

En France, un niveau de dépenses de soins dentaires inférieur à la moyenne de l'UE-15

En 2016, les **dépenses courantes de santé au sens international (DCSi)** par habitant réalisées en cabinets dentaires s'élevaient en moyenne à 210 euros PPA (parité de pouvoir d'achat) dans les pays de l'UE-15 (*graphique 1*). Elles sont bien inférieures (80 euros PPA) dans les nouveaux États membres de l'UE (NM, [voir glossaire]). L'Allemagne est le pays de l'UE-15 où ces dépenses sont les plus élevées (340 euros PPA), devant la Suisse et les États-Unis (respectivement 330 et 310 euros PPA). En France, ces dépenses sont inférieures à la moyenne de l'UE-15, aussi bien en part de PIB (0,5 % contre 0,6 %) que par habitant (180 euros PPA).

En 2016, les soins curatifs dentaires représentent 22 % des dépenses totales de soins ambulatoires en moyenne dans les pays de l'UE-15. Elles atteignent un tiers de ces dépenses en Allemagne, alors que les soins dentaires et leurs tarifs sont étroitement encadrés et que les assurés sont encouragés financièrement à pratiquer une bonne prévention des caries dentaires. Les soins curatifs sont principalement dispensés en cabinets dentaires dans la plupart des pays de l'UE-15. Toutefois, le rôle des centres de soins peut s'avérer important dans certains pays, en particulier en Finlande, où seule la moitié des dépenses de soins dentaires correspondent à des soins effectués en cabinets dentaires.

La part de la prévention et de la promotion de la santé bucco-dentaire dans les dépenses est mal renseignée et peu comparable entre pays, la plupart des pays enregistrant essentiellement dans leurs comptes des soins curatifs effectués dans les cabinets dentaires. Le système international des comptes de la santé ne permet pas d'appréhender les coûts de traitements évités par des mesures de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire efficaces.

Une couverture par les régimes publics et obligatoires très variable selon les pays

En 2016 au sein de l'UE-15, 44 % des dépenses réalisées en cabinets dentaires sont prises en charge en moyenne par les régimes publics ou des assurances maladie privées obligatoires, 10 % sont couvertes par des

assurances privées facultatives, les 46 % restants sont à la charge des ménages (*graphique 2*). En France, la part des régimes publics ou obligatoires (61 %) s'est accrue de plus de 25 points de 2015 à 2016, depuis l'application de la loi du 14 juin 2013 qui rend obligatoires les contrats privés collectifs. Le reste à charge des ménages (22 %) y est également deux fois moindre qu'en moyenne dans l'UE-15. En Espagne, les dépenses de soins dentaires par habitant sont parmi les plus élevées de l'UE-15 et, comme en Grèce, presque intégralement à la charge des ménages. Cette situation peut conduire à un renoncement aux soins, en particulier pour les plus pauvres (voir fiche 40).

Une offre de soins dentaires disparate dans les pays de l'OCDE

En 2016, le nombre de dentistes en exercice pour 100 000 habitants atteint 72 en moyenne dans les pays de l'UE-15 pour lesquels ces données sont disponibles (*graphique 3*). La Pologne, avec 35 dentistes en exercice pour 100 000 habitants, a la densité la plus faible. À l'autre extrémité, la Lituanie, le Luxembourg ou l'Estonie comptent plus de 90 dentistes en exercice pour 100 000 habitants. En France, avec 64 praticiens pour 100 000 habitants, cette densité est un peu inférieure à la moyenne de l'UE-15 et nettement en dessous de celles de l'Allemagne, de l'Italie de la Suède ou encore du Japon (80 à 85 dans ces pays).

La densité de dentistes est à la hausse depuis 2006 dans la plupart des pays et particulièrement au Luxembourg, en Italie et au Canada. Elle tend à décroître dans les pays nordiques. Cette évolution est toutefois à mettre en regard du développement de la profession d'hygiénistes dentaires, non retracée dans ces statistiques, dont le ratio par rapport aux chirurgiens-dentistes atteint 1,4 au Danemark, selon le *Council of European Dentists*. Cette profession existe dans la moitié des États membres, mais pas en France. Leurs études, leur formation et leur domaine de compétences varient considérablement dans l'Union européenne, mais partout où ils sont présents, ces professionnels sont actifs dans la prévention des caries et des parodontopathies et, de plus en plus, dans la thérapie parodontale non-chirurgicale et la thérapie de maintien, parfois de manière indépendante du chirurgien-dentiste.

Dans cette fiche, la DCSI est ventilée par prestataire de soins et non par fonction. Ainsi, la dépense de soins dentaires fait ici référence à la dépense effectuée en cabinets dentaires uniquement (exclusion des centres de soins et des établissements de santé).

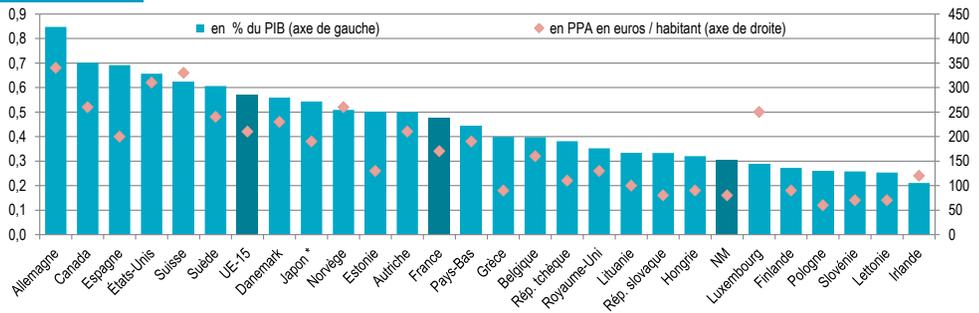
Les **dentistes en exercice** sont les dentistes exerçant directement au contact des patients, y compris stomatologues, chirurgiens-dentistes et spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, salariés ou libéraux. La plupart des pays incluent aussi les « internes ». Les **dentistes professionnellement actifs** incluent également ceux qui ne sont pas directement au contact de patients, dans l'administration, la recherche ou participant à des actions de santé publique.

Pour en savoir plus

> **Luciak-Donsberger, C., Eaton, K.**, « Dental Hygienists in Europe Trends towards Harmonization of Education and Practice since 2003 ». *International Journal of Dental Hygiene*, 7: 273–284, 2009. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-5037.2009.00402.x/abstract>

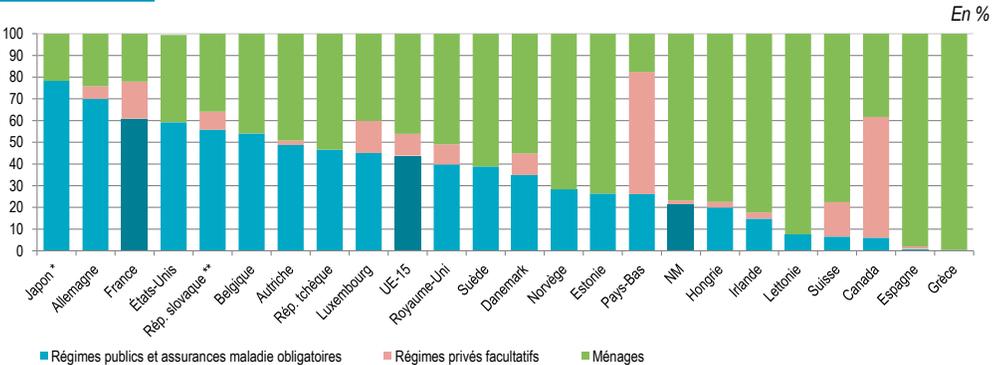
> **Kravitz, A., Bullock, A., Cowpe, J.**, (février 2015), « Council of European Dentists - EU Manual of Dental Practice 2015 », http://www.eoo.gr/files/pdfs/en/merosi/EU_Manual_of_Dental_Practice_2015_Edition_5.1.pdf

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international dans les cabinets dentaires en 2016



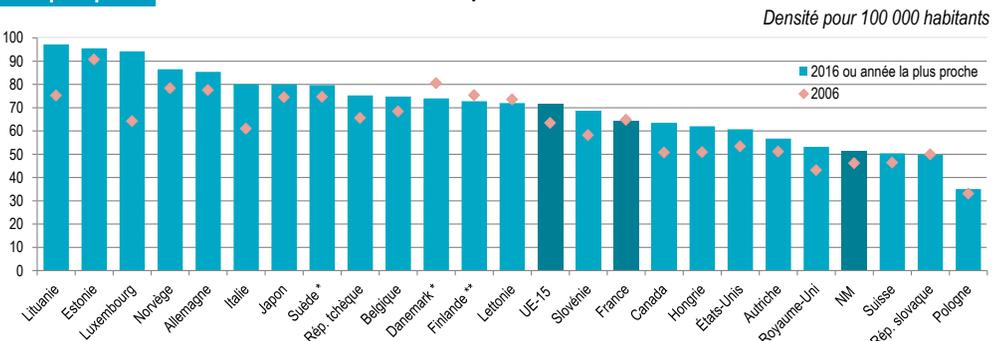
* Données 2015 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.
Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.
Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Répartition de la dépense courante de soins en cabinets dentaires par financeur en 2016



* Données 2015 ; ** Données 2014 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.
Note > Seuls sont présentés les pays pour lesquels les données sont disponibles et dans lesquels au moins 80 % des soins dentaires sont réalisés en cabinets dentaires. En Finlande, en Lituanie, en Pologne et en Sloveie les soins dentaires sont réalisés à plus de 20 % en centres de soins en ambulatoire. Pour la France, l'écart important par rapport aux valeurs 2015 présentées dans la précédente édition de cet ouvrage vient du fait que les régimes privés facultatifs ne comportent désormais plus que des contrats privés individuels, les contrats privés collectifs étant devenus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 en application de la loi du 14 juin 2013 (voir annexe 1).
Champ > UE-15 et NM, hors données manquantes et pays dans lesquels les soins dentaires sont réalisés à plus de 20 % en centres de soins ou en établissements de santé, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.
Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 Nombre de dentistes en exercice pour 100 000 habitants en 2006 et en 2016



* Données 2015 ; ** Données 2014 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.
Note > Pour la République slovaque et les États-Unis, il s'agit des dentistes professionnellement actifs et non des dentistes en exercice.
Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.
Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.