



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2012

THESE N° 2012 LYO 1D 003

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2012

par

Sabrina HOUSNI

Née le 11 octobre 1985 à Saint-Etienne (42)

**APERCU DES CARACTERISTIQUES
DE L'EXERCICE DE L'ODONTOLOGIE DANS L'UNION EUROPEENNE**

JURY

Monsieur Denis BOURGEOIS	Président
Monsieur Henry MAGLOIRE	Assesseur
Madame Kerstin GRITSCH	Assesseur
Madame Claire PERNIER	Assesseur
<u>Madame Charlotte HEUZE</u>	<u>Assesseur</u>
Monsieur Didier VOYRON	Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Docteur A. BONMARTIN
Vice-Président du Conseil Scientifique	M. le Professeur J.F. MORNEX
Vice-Président du Conseil des Etudes et de Vie Universitaire	M. le Professeur D. SIMON
Directeur Général des Services	M. G. GAY

SECTEUR SANTE

Comité de Coordination des Etudes Médicales	Président : M. le Professeur F.N. GILLY
Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur J. ETIENNE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : M. le Professeur F.N. GILLY
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directeur : M. le Professeur F. LOCHER
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. le Professeur Y. MATILLON
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directeur : M. le Professeur P. FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. le Professeur F. GIERES
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. le Professeur C. COLLIGNON
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. C. COULET, Maître de Conférences
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. P. FOURNIER
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. le Professeur JC. AUGROS
Institut Universitaire de Formation des Maîtres De l'Académie de Lyon (IUFM)	Directeur : M. R. BERNARD, Maître de Conférences
Observatoire de Lyon	Directeur : M. B. GUIDERDONI, Directeur de Recherche CNRS
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités
Vice-Doyen : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

SOUS-SECTION 56-01 : **PÉDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER
Maîtres de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ

SOUS-SECTION 56-02 : **ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE**

Maîtres de Conférences : M. Jean-Jacques AKNIN, Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY,
M. Laurent MORGON, Mme Claire PERNIER,
Mme Monique RABERIN

SOUS-SECTION 56-03 : **PRÉVENTION - EPIDÉMIOLOGIE
ECONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE**

Professeur des Universités : M. Denis BOURGEOIS
Maîtres de Conférences : M. Bruno COMTE

SOUS-SECTION 57-01 : **PARODONTOLOGIE**

Professeur des Universités Emérite : M. Jacques DOURY
Maîtres de Conférences : M. Bernard-Marie DURAND, Mme Kerstin GRITSCH
M. Pierre-Yves HANACHOWICZ,
M. Philippe RODIER, Mme Christine ROMAGNA

SOUS-SECTION 57-02 : **CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION**

Professeur des Universités : M. Jean-Loup COUDERT
Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,
M. Jean-Pierre FUSARI

SOUS-SECTION 57-03 : **SCIENCES BIOLOGIQUES**

Professeurs des Universités : M. Henry MAGLOIRE, M. J. Christophe FARGES
Maîtres de Conférences : Mme Odile BARSOTTI, M. Christian RIBAUX,
Mme Béatrice RICHARD, Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE

SOUS-SECTION 58-01 : **ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Pierre FARGE, Mme Dominique SEUX
Maîtres de Conférences : Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 : **PROTHÈSE**

Professeurs des Universités : M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
Maîtres de Conférences : M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, M. Gilbert VIGUIE,
M. Stéphane VIENNOT, M. Bernard VINCENT

SOUS-SECTION 58-03 : **SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE,
RADIOLOGIE**

Professeur des Universités : M. Olivier ROBIN
Maîtres de Conférences : M. Patrick EXBRAYAT, Mme Brigitte GROSGOGEAT,
Mme Sophie VEYRE-GOULET

Aux membres de notre jury.

Par votre professionnalisme et vos personnalités respectives, vous incarnez à mes yeux des modèles de vie. Vous êtes pour moi des sources d'inspiration. Je souhaite ici vous témoigner ma profonde reconnaissance pour m'avoir permis de vous côtoyer pendant ces années de formation, et d'apprendre de vous, sur différents plans. Merci.

A notre président de jury.

Monsieur le Pr Denis BOURGEOIS

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-hospitalier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Docteur en Droit (3ème cycle)

Maître en Biologie humaine

Odontologiste des Hôpitaux

Doyen de l'UFR d'Odontologie

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Nous vous en remercions vivement, et tenons à vous exprimer aujourd'hui notre respectueuse reconnaissance. Gardant en mémoire nos cours de santé publique et nos vacations en parodontologie, nous nous souvenons tant de votre accessibilité que de votre gentillesse. Nous souhaitons par ce travail vous témoigner notre admiration à l'égard de vos différents travaux et engagements pour promouvoir la santé au cœur des sociétés humaines. Merci.

A notre directrice de thèse,

Madame le Dr Charlotte HEUZE

Ancien Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon,
Docteur en Chirurgie dentaire.

Nous vous remercions d'avoir accepté d'encadrer notre travail : pour vos conseils, ainsi que pour la confiance que vous avez su nous accorder. Vous nous avez transmis le goût de la précision et de l'attention portée au patient, qui furent des signes pour nous de la grande estime dans laquelle vous tenez notre future profession. Vous nous avez montré qu'on enrichit l'exercice de cette dernière en le nourrissant d'une curiosité intellectuelle et d'une culture allant bien au-delà du domaine dentaire. Merci.

A nos juges.

Monsieur le Pr Henry MAGLOIRE

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-hospitalier
Docteur en Chirurgie dentaire
Docteur en Sciences odontologiques
Habilitation à diriger des Recherches.

Entre toutes les qualités humaines dont vous avez fait preuve durant nos études, nous avons été particulièrement sensible à votre gentillesse, votre disponibilité et votre grande ouverture d'esprit. Vous êtes pour nous la preuve que l'érudition n'empêche pas la modestie, et encore moins le sens de l'humour. Merci.

Madame le Dr Kerstin GRITSCH

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Docteur en Chirurgie dentaire
Docteur de l'Université Lyon I.

Tant à l'Hôtel-Dieu qu'au cours des vacances de parodontologie, nous avons appris de vous le questionnement permanent de notre pratique. Vous avez su éveiller en nous un intérêt pour votre discipline, en transmettant tant votre savoir que votre curiosité scientifique avec simplicité et passion. Nous avons ressenti de votre part une confiance et un respect envers l'étudiant pour lesquels nous vous sommes reconnaissante et admirative. Merci.

Madame le Dr Claire PERNIER

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-hospitalier
Docteur en Chirurgie dentaire
Ancien Interne en Odontologie
Spécialiste qualifié en ODF.

Tant lors de vos cours magistraux que lors des vacations et piquages dans le service d'ODF, vous avez toujours su nous rendre votre discipline accessible et attractive. Nous sommes ravie d'avoir pu connaître votre inaltérable bonne humeur et votre grande simplicité également en tant que patiente. Vous nous avez enseigné l'art de la synthèse et l'importance de la communication – qui sont peut-être la même chose, d'ailleurs. Merci.

Monsieur le Dr Didier VOYRON

Docteur en Chirurgie dentaire.

Nous tenons à vous remercier pour avoir accepté de siéger dans notre jury. Ayant conscience de vos responsabilités, nous vous sommes particulièrement reconnaissante pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Votre disponibilité et votre sens de l'écoute nous ont laissé entrevoir l'étendue du rôle social et des qualités humaines que peut impliquer l'exercice de notre future profession. Merci.

SOMMAIRE

Sommaire	11
Introduction.....	12
1. L'Union européenne.....	13
1.1. Présentation.....	13
1.2. Une brève Histoire de la construction de l'Union européenne.....	15
1.3. L'Europe : un « Objet Politique Non Identifié ».....	18
1.4. L'économie, moteur de l'Europe.....	22
1.5. Une Europe « multilingue »	24
2. Les politiques de santé	26
2.1. A l'échelle de l'Union européenne.....	26
2.2. A l'échelle nationale.....	30
3. La demande et le recours aux soins bucco-dentaires	62
3.1. La demande de soins	63
3.2. Le recours aux soins	68
4. L'offre de soins bucco-dentaire.....	76
4.1. Les praticiens de l'art dentaire	76
4.2. Les hygiénistes dentaires	113
4.3. Les assistants dentaires	118
4.4. Les prothésistes dentaires et prothésistes dentaires cliniciens.....	120
4.5. Les thérapeutes dentaires.....	123
Conclusion	124
Table des matières	126
Table des Illustrations	128
Bibliographie.....	130
Annexe.....	137

INTRODUCTION

De l'itinérance des barbiers et colporteurs du moyen-âge aux premières structurations professionnelles du siècle des Lumières, les praticiens de l'art dentaire européens ont vu leur exercice être progressivement régulé, en corollaire de la reconnaissance de leur statut de professionnels de santé à part entière. C'est ainsi que la santé bucco-dentaire a pu progressivement être objet du champ politique, en premier lieu aux échelles locales, puis nationales. (1)

Cependant, si le XX^{ème} siècle a connu une intensification des échanges à l'échelle internationale, il a aussi vu la concrétisation politique d'un échelon intermédiaire entre la nation et le monde, rêvé par les philosophes des siècles précédents et unique en son genre : l'échelon européen (2) . Ce processus, aboutissant à la création de l'Union européenne, a visé à substituer la coopération aux affrontements militaires, qui prévalaient durant la première moitié de ce siècle et auparavant au sein de ce « petit cap du continent asiatique ». (3)

En 2012, dans une Cité se muant en « village global » (4), le prestataire de l'offre de soins bucco-dentaires est pleinement acteur d'une politique de santé, conduite au sein de systèmes parfois élaborés. Ayant la possibilité d'être en permanence connecté au monde, ce professionnel peut ainsi souhaiter savoir quels sont le système de santé, l'état de la demande de soins et les conditions d'exercice de son métier ailleurs – qu'il ait un projet de mobilité concret ou qu'il souhaite simplement acquérir du recul sur le cadre dans lequel s'inscrit sa pratique, faisant ainsi l'exercice de différents degrés de citoyenneté, en deçà ou au-delà de la nationalité.

Depuis plus d'un demi-siècle, il semblerait que l'Union européenne se soit positionnée comme un niveau supranational unique, idéalement accessible à l'exercice de l'odontologie et à la surveillance de la santé bucco-dentaire grâce à son fondement sur le Droit, ce qui lui confère par ailleurs une indéniable stabilité et attractivité (*soft power*, (5)).

Après une courte description de la création, du fonctionnement et des défis principaux de l'Union européenne, nous aborderons donc les politiques et types de système de santé existant à l'échelle de l'Union et aux échelles nationales, plus particulièrement les aspects concernant la santé bucco-dentaire.

Enfin, nous présenterons les caractéristiques tant de la patientèle que des professionnels de la santé bucco-dentaire de l'Union européenne, en tentant de décrire de manière synthétique d'une part la demande et le recours aux soins, et d'autre part l'offre de soins à travers les ressources humaines qui la proposent.

1. L'Union européenne

1.1. Présentation



FIGURE 1

Telle que définie dans le traité sur l'Union européenne (traité dit de Maastricht ou T. UE, 1992), l'Union européenne est une « association économique et politique », comprenant 27 Etats situés géographiquement à l'ouest du continent eurasiatique : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, la Lettonie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Slovénie et la Suède. (6) (7)

	UNION EUROPEENNE
« Capitales européennes» (accueillant le siège des institutions)	Bruxelles, Luxembourg, Strasbourg
Superficie	4 376 780 Km ²
Population	500,5 millions
Année de création	1951 : traité de Paris (CECA) ; 1957 : traité de Rome (CEE) 1992 : traité de Maastricht (UE)
Dirigeants au 01.01.2011	Président de la Commission : J. E. Barroso Président du Parlement : J. Buzek Président du Conseil de l'Europe (réunion des Chefs d'Etat) : H. Van Rompuy
Monnaies	Euro, autres (Litas lituanien; Lats letton; Lev bulgare; Couronne tchèque; Forint hongrois; Leu roumain; Couronne danoise; Livre sterling; Couronne suédoise; Złoty polonais)
Découpage administratif	Association d'Etats juridiquement <i>sui generis</i> (27 Etats en 2011)

Moyenne du PIB / habitant (Produit Intérieur Brut, en USD PPA) ¹	33 700 USD (28,38% du PIB mondial, 1 ^{er} en volume, 7 ^{ème} par habitant)
Moyenne des dépenses en santé (% du PIB)	7,74 %
Moyenne d'Indice de Développement Humain (IDH) ²	0,850

Données PNUD 2010. (8)

Les politiques mises en place aux échelles communautaire (UE) et nationale (Etat) constituent le cadre économique et social dans lequel s'inscrit l'exercice de tout professionnel de santé bucco-dentaire s'inscrivant dans cet espace géographique en 2012.

Pour mieux comprendre la situation et les enjeux actuels, il semble donc incontournable de présenter le processus de création de l'Union européenne. A la lumière de ce contexte historique, nous nous pencherons ensuite sur le fonctionnement de ses institutions, pour finir par aborder deux domaines interférant directement ou indirectement d'une part avec la mise en place des politiques de santé, d'autre part avec les possibilités d'exercice d'un professionnel : l'économie et le multilinguisme.

¹ PIB : valeur totale de la production interne de biens et services dans un pays donné au cours d'une année donnée par les agents résidant à l'intérieur du territoire national. L'USD est ici utilisé par le PNUD comme monnaie de référence mondiale. (8)

² IDH : indice composite créé par le PNUD quantifiant le développement, en synthétisant les indicateurs d'espérance de vie, de niveau d'études et de revenu. Il est compris entre 0 (minimum) et 1 (maximum). (8)

1.2. Une brève Histoire de la construction de l'Union européenne

1.2.1. Avant 1945 : précurseurs et visionnaires

« Ne soyons plus anglais ni français ni allemands. Soyons européens. Ne soyons plus européens, soyons hommes. Soyons l'humanité. Il nous reste à abdiquer un dernier égoïsme : la patrie. »

V. HUGO, « Choses vues » (1887), in Œuvres complètes, Histoire. (9)

Caractérisée par une diversité de systèmes familiaux et économiques (agaires puis industriels), l'Europe possède une Histoire « longue, brillante et sanglante, accoucheuse simultanément de modernité et de mort » (E. TODD). (10)

Des réalisations telles que la « Pacification » sous l'Empire romain d'Auguste (23 av. JC – 14 apr. JC), le « Code » sous l'Empire byzantin de Justinien (529) ou encore l'organisation administrative de l'Empire carolingien, témoignent des premières tentatives d'y établir une cohérence politique.

La Renaissance puis les Lumières virent apparaître l'idée d'un rapprochement pacifique entre peuples européens, par la voix de philosophes tels qu'Erasmus, mais également par l'influence de certains « despotes éclairés » tel Pierre 1^{er} de Russie.

La perspective des Etats-Unis d'Europe de Victor Hugo correspond ainsi à un idéal humaniste et pacifique. Celle-ci a également pu être considérée par des auteurs aussi divers que Rousseau, Kant ou Bentham comme le moyen de concrétiser le concept dit de paix perpétuelle. Cependant, la montée des nationalismes et les tragiques conflits qui brisèrent le continent durant la première moitié du XX^e siècle apportèrent un brutal démenti à cet idéal. (2)

1.2.2. 1945-1959 - les « Pères fondateurs » : une volonté de paix et de coopération

Il a fallu attendre les réflexions issues des mouvements de résistance au totalitarisme, pendant la seconde guerre mondiale, pour voir émerger un nouvel espoir: dépasser les antagonismes nationaux, créer les conditions d'une paix durable.

Robert Schuman, Konrad Adenauer, Alcide De Gasperi, Winston Churchill, et quelques autres hommes d'Etat se sont engagés entre 1945 et 1950 pour convaincre leurs peuples d'entrer dans une ère nouvelle : celle d'une organisation structurée de l'Europe de l'Ouest fondée sur des intérêts communs, garantie par des traités assurant l'égalité de chaque État et le respect du droit.

Robert Schuman (ministre des affaires étrangères du gouvernement français), reprenant une idée de Jean Monnet, proposa le 9 mai 1950 la création d'une Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA). Placées sous une autorité commune, la Haute Autorité, la production du charbon et de l'acier de pays autrefois ennemis avait une grande portée symbolique.

A la base destiné à la France et à l'Allemagne, ce furent au final six pays qui s'associèrent au sein de la CECA par le traité de Paris (1951) : la Belgique, la France, le Luxembourg, l'Allemagne, l'Italie et les Pays-Bas. En 1957, les six mêmes nations signèrent le traité instituant la Communauté économique européenne (CEE).

L'Europe était née, au sortir de la seconde guerre mondiale, avec l'idée que la coopération économique entre Etats rendrait moins l'arrivée de nouvelles guerres « non seulement impensable, mais économiquement impossible » (R. SCHUMAN). (7) (11) (12)

1.2.3.1960 – 1969 : Le boom économique des années 60

L'économie traverse une période faste, grâce notamment à l'abandon (en 1968), par les pays de l'UE, de l'imposition de droits de douanes dans leurs échanges commerciaux. Les pays européens conviennent également de contrôler conjointement la production agricole, afin d'assurer l'autonomie alimentaire des citoyens de l'Union, avec la mise en place de la Politique agricole commune (PAC) en 1962. Assez rapidement, certains produits agricoles deviennent même excédentaires.

On assiste également à l'émergence d'une « culture de la jeunesse » (ex : les Beatles), qui contribue à la mise en marche d'une révolution culturelle. (7)

1.2.4.1970-1979 - Premier élargissement et fin des dictatures méditerranéennes

Le Danemark, l'Irlande et le Royaume-Uni adhèrent à l'Union européenne le 1er janvier 1973, portant le nombre d'États membres à neuf.

La guerre israélo-arabe, brève mais violente, d'octobre 1973 se solde par une crise énergétique et l'apparition de problèmes économiques en Europe.

La CEE prévoit, dès 1970, la création d'une future monnaie unique. Afin de garantir la stabilité monétaire, les États-membres décident de limiter les marges de fluctuation entre leurs monnaies. Ce mécanisme des taux de change (MTC), créé en 1972, est le premier pas vers l'introduction de l'Euro trente ans plus tard.

Les dernières dictatures de droite en Europe prennent fin avec le renversement du régime de Salazar au Portugal et du régime militaire en Grèce en 1974, ainsi qu'avec la mort du général Franco en Espagne en 1975. L'UE commence à transférer des sommes considérables par le biais d'une politique régionale, afin de créer des emplois et des infrastructures dans les régions les plus démunies.

Quant au Parlement européen, il accroît son influence sur les affaires européennes et voit, en 1979, ses membres élus au suffrage direct pour la première fois. (7) (11) (12)

1.2.5.1980-1989 – Des mutations de l'Europe à la chute du mur de Berlin

Les noms de Solidarność, le syndicat polonais, et de Lech Walesa, son dirigeant, deviennent familiers en Europe et dans le monde à la suite des grèves du chantier naval de Gdansk durant l'été 1980.

En 1981, la Grèce devient le dixième membre de l'UE, puis vient le tour de l'Espagne et du Portugal cinq ans plus tard.

En 1986, l'Acte unique européen est signé. Ce traité sert de base à un vaste programme de six ans destiné à supprimer les entraves à la libre circulation des marchandises au sein de l'UE, donnant naissance au «marché unique».

Le 9 novembre 1989 marque un grand bouleversement politique avec la chute du mur de Berlin. Il symbolise l'effondrement du communisme en Europe centrale et orientale, Pologne et Hongrie en tête. Confronté à un exode massif de sa population vers l'Ouest, le gouvernement est-allemand ouvre ses frontières. L'Allemagne est réunifiée après plus de 40 ans, et sa partie orientale rejoint la CEE en octobre 1990. (7) (11) (12)

1.2.6.1990-1999 – De la CEE à l'UE, une Europe sans frontières

Avec la chute du communisme en Europe centrale et orientale, cette décennie est marquée par une accélération dans le processus de construction politique de l'Europe (intégration).

En 1992 est signé le traité sur l'Union européenne à Maastricht. La CEE franchit une étape importante en établissant des règles claires pour sa future monnaie unique, sa politique étrangère et de sécurité, ainsi que le renforcement de la coopération en matière de justice et d'affaires intérieures. La "Communauté économique européenne" (CEE) laisse officiellement la place à "l'Union européenne"(UE).

Le marché unique est achevé en 1993, avec la mise en place des «quatre libertés»: celles de la libre circulation des biens, des services, des personnes et des capitaux. Plus de 200 textes législatifs couvrant la fiscalité, le droit des affaires, les qualifications professionnelles et d'autres obstacles encore ont été promulgués (depuis 1986) en vue d'ouvrir les frontières. La libre circulation de certains services a toutefois été différée. Par ailleurs, la Convention de Schengen permet progressivement aux Européens de voyager sans contrôle aux frontières dès 1995.

En 1995 toujours, l'UE s'enrichit de trois nouveaux membres, l'Autriche, la Finlande et la Suède. En 1997, les négociations sont ouvertes en vue de l'adhésion de 10 pays d'Europe centrale et orientale : la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Slovaquie et la Slovaquie.

Les Européens légifèrent également sur la protection de l'environnement et sur la mise en place de mesures communes en matière de sécurité et de défense. Par ailleurs, grâce au développement du programme Erasmus, créé en 1987, des millions de jeunes partent étudier dans d'autres pays avec l'aide de l'UE, alors que l'utilisation croissante des téléphones portables et d'Internet révolutionne la communication.

Enfin, le 1^{er} janvier 1999, la troisième phase de l'Union économique et monétaire constitue un véritable tournant : les onze monnaies des États participants (rejoints par la Grèce en 2001)

disparaissent au profit de l'Euro sur les marchés financiers. La Banque centrale européenne (BCE) est désormais responsable de la politique monétaire. (7) (11) (12)

1.2.7. De l'an 2000 à aujourd'hui : l'Europe au défi de la mondialisation

En 2002 sont introduits pièces et billets en Euro, constituant l'une des plus concrètes réalisations de l'Europe auprès des citoyens. Toutes circulent librement : payer son ticket de métro à Madrid avec un euro « finlandais », par exemple, est devenu banal.

La page des divisions politiques entre Europe de l'Ouest et Europe de l'Est est définitivement tournée lorsque dix nouveaux pays adhèrent à l'UE en 2004. Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, République tchèque, Slovaquie et Slovénie rejoignent l'UE, mettant enfin un terme à la séparation de l'Europe décidée soixante ans plus tôt par les grandes puissances à Yalta. Chypre et Malte adhèrent également, ainsi que la Bulgarie et la Roumanie en 2007. Sept pays - la Croatie, l'Islande, la Turquie, le Monténégro, l'Albanie, la Macédoine et depuis octobre 2010 la Serbie - sont en 2011 candidats à l'adhésion.

En février 2005, à la différence d'autres puissances mondiales telles que les Etats-Unis ou la Chine, l'Union européenne ratifie le protocole de Kyoto, traité international visant à limiter le réchauffement de la planète et à réduire les émissions de gaz à effet de serre.

Mais la fin de cette décennie, marquée par une accélération de l'internationalisation des échanges (économie, communication, migrations) est aussi marquée les retentissements d'une crise économique mondiale, entraînant des remises en question sur la poursuite de la construction européenne, notamment entre plus ou moins d' « Intégration » ou d' « élargissement ». Ainsi, par exemple, de nombreux Européens estiment qu'il est temps que l'Europe dispose d'une Constitution, mais il s'avère difficile de trouver un accord sur la forme que cette constitution doit prendre. Enfin, dans plusieurs pays membres, on assiste à une montée en puissance de partis prônant la « préférence nationale » ou encore une sortie de la monnaie unique. (7) (11) (12)

1.3. L'Europe : un « Objet Politique Non Identifié ».

Comme l'évoque cette expression de Jacques Delors devenue célèbre, le système d'organisation de l'Union européenne est unique en son genre, à mi-chemin entre l'association d'Etats et la fédération. (11)

Il s'agit d'une coopération démocratique entre Etats fondée sur le Droit, dont les différents traités peuvent être considérés comme le socle.

Les différentes institutions de l'Union constituent le reflet de ce caractère hybride. Au centre se trouve le « triangle institutionnel » : Conseil de l'UE (ou des Ministres), Commission et Parlement,

assorti d'une multitude d'institutions parfois tout aussi puissantes. Leur fonctionnement, reflet d'une volonté de consensus, est souvent vu comme complexe par le grand public, qui a parfois du mal à percevoir l'impact aux échelles nationale et régionale de la politique de l'Union.

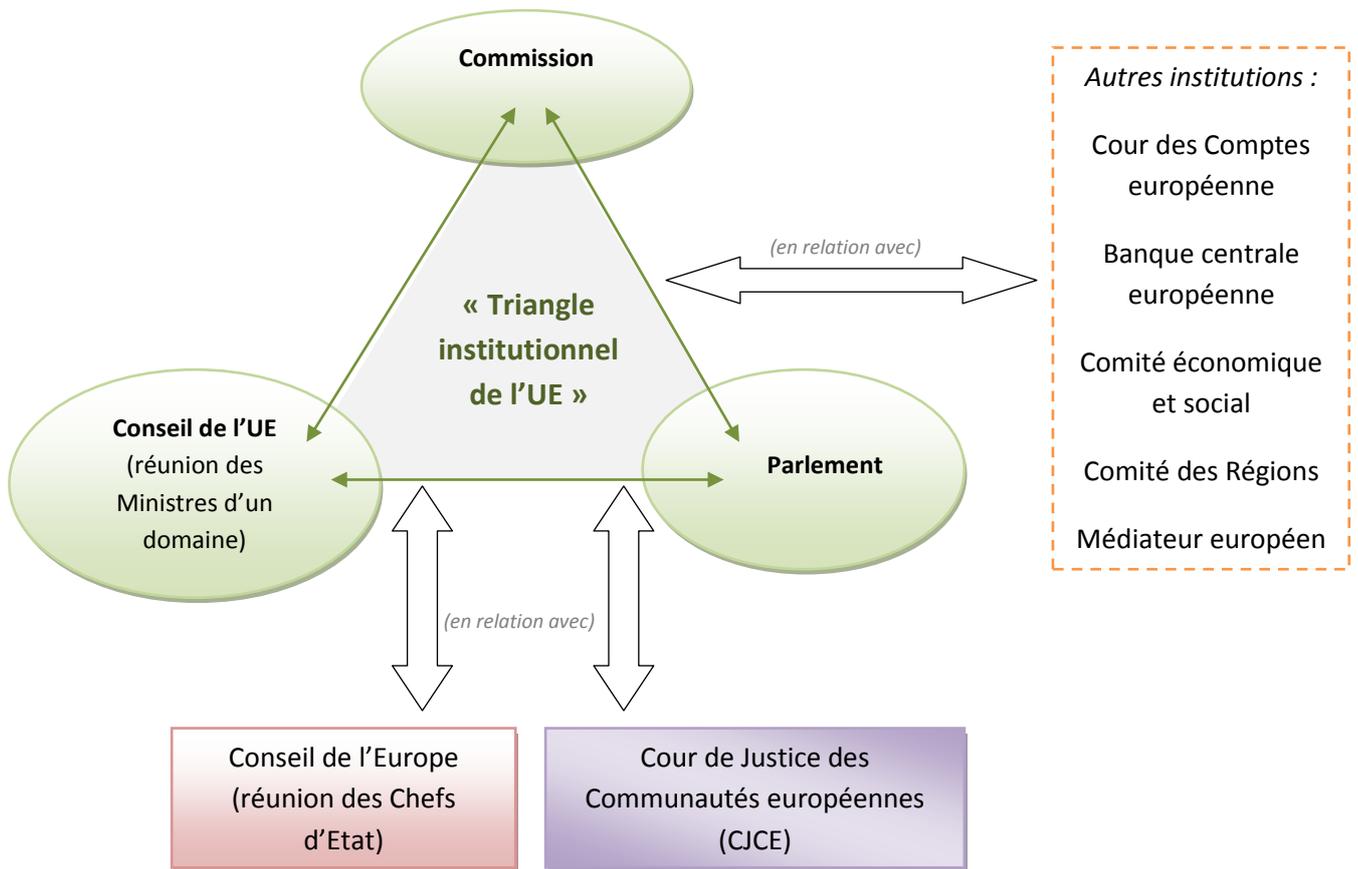


FIGURE 2

1.3.1. Au cœur de l'Union, le « Triangle institutionnel »

Le « Triangle institutionnel » de l'Union est composé du Conseil de l'UE, de la Commission et du Parlement européen.

1.3.1.1. Le Conseil de l'Union européenne (ou Conseil des Ministres) : les gouvernements des pays de l'UE

Le Conseil de l'UE rassemble, au sein de ses différentes formations, les ministres des Etats-membres chargés d'un domaine particulier. En formation "affaires générales", il réunit les ministres des affaires étrangères de l'UE. La présidence du Conseil est exercée par un nouvel Etat-membre tous les six mois par rotation. (11)

1.3.1.2. La Commission européenne : l'intérêt commun dans l'UE

La Commission européenne est une institution qui représente non pas les Etats-membres, mais l'Union européenne. Bénéficiant d'un pouvoir important d'expertise et du quasi-monopole de la proposition des textes européens, elle est composée d'un commissaire par Etat-membre depuis le 1er novembre 2004. Les commissaires européens bénéficient d'une forte garantie d'indépendance qui les protège de la pression des Etats-membres. (11)

1.3.1.3. Le Parlement européen : les citoyens

Le Parlement européen représente les peuples des Etats-membres de l'UE. Il est doté d'une triple compétence législative, budgétaire et de contrôle de l'exécutif. Il est élu au suffrage universel direct depuis 1979. C'est l'un des cœurs de la vie et du débat politique de l'UE : les députés s'y rassemblent en partis politiques européens. (11)

1.3.2. Le Conseil européen et la CJCE : des institutions dont la place a évolué progressivement au sein de l'Union

Réunion officieuse des chefs d'Etat, le Conseil européen (à ne pas confondre avec le Conseil de l'UE) a vu ses pouvoirs progressivement légitimés. Le rôle de la CJCE dans la construction européenne ne doit également pas être sous-estimé. (11)

1.3.2.1. Le Conseil européen

Le Conseil européen est la réunion des chefs d'Etat et de gouvernement des pays membres de l'UE, auxquels sont associés le président de la Commission européenne, un commissaire européen et les ministres des affaires étrangères. Il possède un rôle d'impulsion politique fondamental car il définit les grandes orientations politiques de l'UE. Il a été créé en 1974 à l'initiative de Valéry Giscard d'Estaing et d'Helmut Schmidt, et se réunissait de manière informelle. Intégré au sein des traités depuis l'Acte unique européen (1986), il se réunit désormais deux fois par an. Le président du Conseil européen est le chef d'Etat ou de gouvernement qui exerce la présidence du Conseil de l'UE. (11)

1.3.2.2. La Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE)

La CJCE a été créée en 1952 par le traité de Paris. Son rôle est de veiller à ce que l'interprétation et l'application du droit communautaire soit uniforme dans toute l'Union. La Cour compte un juge par Etat-membre (elle peut néanmoins siéger à seulement 13 membres, dans un souci d'efficacité). Les juges et les avocats généraux sont d'anciens membres des plus hautes juridictions nationales. Grâce à l'important travail de création juridique qu'elle a réalisé, la Cour a

progressivement élargi ses pouvoirs et l'importance du droit communautaire dans la législation des Etats-membres. (11)

1.3.3. Les autres institutions de l'Union européenne

1.3.3.1. La Cour des Comptes européenne.

Elle est chargée d'examiner les comptes et la totalité des recettes et des dépenses de l'Union. Elle établit un rapport annuel après la clôture de chaque exercice. La Cour des Comptes a été instituée par le traité de Bruxelles le 22 juillet 1975. Elle est devenue une institution européenne avec l'entrée en vigueur du traité de Maastricht. (11)

1.3.3.2. La Banque centrale européenne.

Elle est chargée de gérer la politique monétaire de l'Union. Cette institution a été mise en place parallèlement à l'instauration de la monnaie unique dans la zone Euro. Le rôle de la BCE est notamment de fixer le taux d'intérêt afin de garantir la stabilité des prix et de préserver le pouvoir d'achat de l'Euro. (11)

1.3.3.3. Le Comité économique et social.

C'est l'organe chargé de représenter la société civile au sein de l'Union. Il a été créé en 1957 par le traité de Rome. Il est composé de membres nommés par le Conseil de l'Union européenne. (11)

1.3.3.4. Le Comité des Régions.

C'est l'institution qui représente les collectivités locales auprès de l'Union. C'est une autorité consultative ayant été créé en 1994. (11)

1.3.3.5. Le Médiateur européen.

Institué par le traité de Maastricht, il procède à des enquêtes sur des plaintes concernant les cas de mauvaise administration de la part des institutions et organes de la Communauté européenne. Le médiateur s'efforce de trouver une solution amiable entre les plaignants (particuliers, entreprises) et les institutions de l'Union. (11)

1.4. L'économie, moteur de l'Europe

« Un jour viendra où il n'y aura plus d'autres champs de bataille que les marchés s'ouvrant au commerce et les esprits s'ouvrant aux idées. »

V. HUGO. Discours du 21 août 1849 au Congrès international de la Paix de Paris. (2)

La priorité donnée à l'économie au cours de la construction de l'Union européenne est intimement liée à la volonté de ses fondateurs d'instaurer une paix durable. L'Histoire semble leur donner raison : depuis la Pax Romana (70-395 apr. JC), déjà toute relative, l'Europe n'a plus connu d'aussi longue période de stabilité en son sein.

Si la guerre crée des besoins, elle compromet surtout les échanges qui font la prospérité moderne. Partant de ce constat, dans une Europe exsangue au sortir de la seconde guerre mondiale, paix et développement économique sont apparus étroitement corrélés aux yeux des « pères » fondateurs de l'Europe, tels Jean Monnet, Robert Schuman ou Konrad Adenauer. Ceux-ci sont partis du principe que la mise en commun de ressources stratégiques entre pays autrefois ennemis devait rendre la guerre impensable, celle-ci allant ainsi à l'encontre de leurs intérêts. C'est ainsi qu'est née en 1951 la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier (CECA), ancêtre de l'UE.

Puis, en 1957, le traité de Rome (T.CEE) fonda la Communauté économique européenne (CEE). L'objectif de la CEE a été principalement l'établissement d'un marché commun. Certaines politiques économiques communes commencèrent néanmoins à être mises en place, dont la plus importante est la Politique agricole commune (PAC, 1962), garantissant l'autonomie alimentaire.

Enfin, le traité de Maastricht (T.U.E, 1992) lança les bases d'une politique commune d'union économique et monétaire pour la nouvelle Union européenne (UE). Ce T.U.E s'ajouta au traité de Rome (T.CEE), qui sera modifié et renommé T.C.E (Traité sur la Communauté européenne). Depuis, malgré diverses tentatives, les insuffisances du T.U.E peinent à trouver des révisions pertinentes et consensuelles. Le T.C.E, quant à lui, a été modifié notamment en 2007 lors du traité de Lisbonne, et nommé depuis T.F.U.E (Traité sur le Fonctionnement de l'UE). (11) (12)

Aujourd'hui, la politique économique commune de l'Union repose sur deux volets : une monnaie commune à de nombreux pays, l'Euro, et une coordination des politiques économiques et budgétaires des Etats-membres en vue de contribuer à la réalisation des objectifs de l'Union européenne, parmi lesquels la croissance et l'emploi.

Au 1er janvier 2012, 17 Etats ont adopté la monnaie unique et font donc partie de la zone Euro. Afin de garantir la stabilité macro-économique de l'UE, les Etats-membres ont défini en 1997 un Pacte de stabilité et de croissance, qui constitue un engagement politique sur le contrôle des déficits publics. Accompagné de plusieurs directives, le Pacte de stabilité et de croissance (PSC) permet d'éviter les déficits budgétaires excessifs des Etats-membres et de renforcer la convergence

des politiques économiques. Selon le PSC, les Etats doivent notamment maintenir leur déficit public en dessous de 3% du PIB, et maintenir leur dette publique inférieure à 60% du PIB, sauf circonstances exceptionnelles. (13)

Or la crise économique débutée en 2008, qui a révélé et fait bondir la dette et le déficit publics des Etats-membres, a profondément modifié la situation. Les critères du PSC ont donc été temporairement écartés et pourraient même être réévalués. Toutefois, la Commission a exhorté plusieurs pays membres à ramener leur déficit public en-dessous de 3% du PIB en 2013.

Ainsi, suite à l'échec de la stratégie de Lisbonne (2000), qui devait faire de l'UE l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde d'ici à 2010, la Commission européenne a proposé en mars 2011 la mise en place d'une stratégie aux objectifs plus modestes : "Europe 2020", qui vise à instaurer une « économie sociale de marché durable », centrée sur trois axes :

- l'importance de l'innovation avec des politiques encourageant la recherche et les projets communs ;
- l'augmentation du taux d'emploi ;
- une croissance plus verte.

En outre, cinq objectifs quantitatifs sont proposés, dont l'augmentation du taux d'emploi à au moins 75 % (en 2011, seulement 69 % de la population de l'Union en âge de travailler occupe un emploi) et l'affectation de 3 % du PIB à la recherche et au développement (R&D), au lieu des 2 % actuels qui situent l'Union derrière les Etats-Unis et le Japon. (13)

A titre d'exemple, le budget 2011 de l'Union européenne est ainsi réparti :

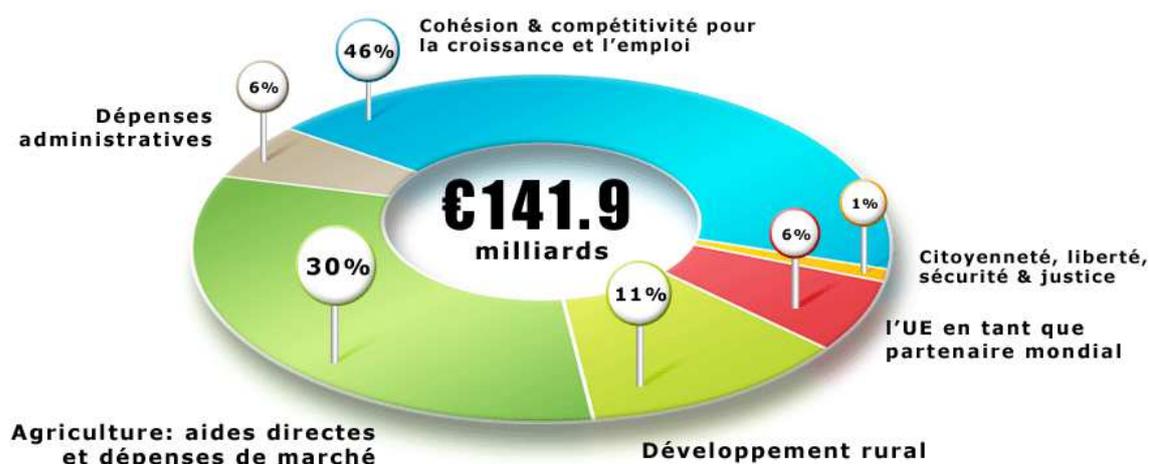


FIGURE 3

L'amélioration de la gouvernance de la zone Euro, le renforcement de la cohésion sociale et territoriale, la réforme de la politique agricole commune (PAC) sont donc quelques-uns des défis de l'économie européenne pour les années à venir.

Quant à l'Euro, même s'il traverse une période difficile, en grande partie liée aux difficultés des dirigeants nationaux à faire consensus, il conserve de nombreux avantages. La monnaie unique a permis de limiter les conséquences néfastes des turbulences financières internationales en fournissant un environnement stable aux échanges entre les opérateurs des Etats-membres, notamment grâce à la disparition des opérations et des commissions de change. (13) (14)

En ce début de nouvelle décennie, les enjeux économiques pour l'avenir de l'Union économique et monétaire sont donc doubles : d'une part une gestion optimale de l'élargissement de la zone Euro aux autres Etats-membres ; d'autre part une poursuite de l'intégration, passant notamment par la définition, probablement progressive, d'un "gouvernement économique européen" - à même de prévenir l'apparition des crises. Cette dernière évolution nécessiterait de nouvelles délégations de compétences de l'échelle nationale à l'échelle européenne auxquelles les dirigeants nationaux actuels, à l'instar de leurs prédécesseurs, devront adhérer ou se résoudre.

Faute de quoi, si aucun compromis n'est trouvé et que la zone Euro devait éclater, les pays européens, divisés, ne pèseraient plus guère dans un monde dominé par des puissances telles que les Etats-Unis ou les BRIC (Brésil, Russie, Inde et Chine). (14)

1.5. Une Europe « multilingue »

Le sujet des langues et du « multilinguisme » en Europe est un sujet central, indissociable de celui des échanges économiques et par conséquent de celui de la mobilité professionnelle.

Le terme "multilinguisme" fait référence à deux réalités distinctes : d'une part à une situation où plusieurs langues sont parlées dans une certaine zone géographique, et d'autre part à la capacité d'une personne de maîtriser plusieurs langues. Dans ces deux sens, le multilinguisme constitue une caractéristique essentielle de l'Europe. (15)

L'Europe compte notamment trois grandes familles de langues, d'origine indo-européenne :

- Langues germaniques (allemand, langues scandinaves, hollandais, anglais).
- Langues latines (français, espagnol, italien, portugais, roumain et leurs dialectes).
- Langues slaves (russe, polonais, tchéco-slovaque, serbo-croate, bulgare, etc.).
- Autres langues indo-européennes : grec, albanais, celtique, balte.
- Autres langues d'origine inconnue : basque, langues finno-ougriennes.

L'anglais est la langue la plus pratiquée au sein de l'Union, parlée par 51% des Européens, suivie de l'allemand (32%) et du français (26%).

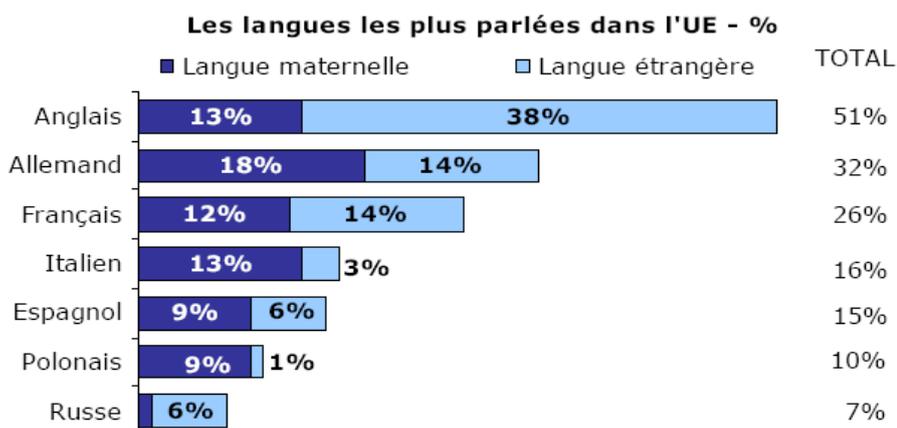


FIGURE 4

Respecter et développer le multilinguisme est la condition sine qua none pour mettre en pratique les directives permettant travail, études, ou encore échanges économiques dans l'Union.

C'est pourquoi l'objectif à long terme, décidé par le Conseil de l'Europe (chefs d'Etat) à Barcelone en 2002 et repris par la Commission, est que **tous les citoyens européens soient capables de parler deux langues en plus de leur langue maternelle.** (15)

Le sondage Eurobaromètre spécial « les Européens et leurs langues » 2006 (publié par la Commission européenne) constate que cet objectif est déjà atteint pour 28 % des Européens, sachant parler suffisamment bien pour pouvoir participer à une conversation au moins deux langues étrangères.

De plus, par rapport aux résultats Eurobaromètre 2001, les évolutions sur quatre ans sont positives : le nombre de citoyens de l'Union européenne capables de participer à une conversation dans une autre langue que leur langue maternelle a augmenté, de même que le pourcentage de personnes pensant que la connaissance de langues étrangères est utile. (15)

Le rapport Eurostat 2006 tire ainsi un bilan globalement positif de ce sondage : l'évolution du multilinguisme dans l'UE est prometteuse.

Pour accompagner cette dynamique, le programme « Education et Formation 2010 », issu de la Stratégie de Lisbonne (2000), a fixé les points de repère pour évaluer le progrès fait par les Etats-membres, accordant la priorité à trois domaines :

1. les méthodes et les moyens d'organiser l'enseignement des langues
2. l'apprentissage précoce des langues
3. les moyens de promouvoir l'apprentissage et la pratique de langues étrangères

Son successeur, le programme « Éducation et formation 2020 » (adopté en mai 2009), s'appuie sur les progrès réalisés dans le cadre du précédent.

L'objectif régissant l'action de l'UE reste le fait que chaque citoyen devrait être capable de parler deux langues étrangères en plus de sa langue maternelle, générant ainsi plus de mobilité et de développement, tant sur le plan économique que culturel. (15)

2. Les politiques de santé

La santé est définie depuis 1946 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « état de complet bien-être, physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité physique ». (16)

2.1. A l'échelle de l'Union européenne

2.1.1. Objectifs

Depuis le traité de Maastricht de 1992 (ou T. UE), l'UE dispose d'une base juridique pour intervenir dans le domaine de la santé, en l'inscrivant dans l'article 129 du T.CE (dit traité de Rome, aujourd'hui T.FUE).

1. La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2. Les États-membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

Journal officiel n° C 191 du 29 juillet 1992 (6)

Le domaine de la santé relève donc essentiellement de la compétence des États-membres. Le rôle de l'Union européenne est, quant à lui, d'entreprendre des actions venant à compléter le travail des États-membres, tout en apportant une valeur ajoutée européenne, notamment dans les domaines des menaces majeures pour la santé, des questions qui ont un impact transfrontalier ou international ainsi que de celles liées à la libre circulation des biens, des services et des personnes.

Le traité de Lisbonne (2008) élargit la politique de santé publique de l'UE, par la modification de l'article 168 du T.CE : la compétence de l'UE est étendue aux "mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical". Par ailleurs, un nouveau domaine d'action existe pour l'UE qui vise à "améliorer la complémentarité des services de santé des États membres dans les régions transfrontalières" (art. 168 T. FUE). (17)

2.1.2.Fonctionnement

- **Une compétence communautaire « d'appui »**

Le domaine de la protection de la santé publique relève de la compétence nationale; l'action de l'UE complète les politiques nationales en la matière mais ne les remplace pas. Les gouvernements nationaux sont donc libres d'organiser et de fournir les services de santé comme ils le souhaitent selon leur politique interne. Des textes contraignants peuvent néanmoins être adoptés par la Communauté européenne. (18)

- **Une programmation pluriannuelle**

Afin d'assurer à l'Union, un plan d'action cohérent et efficace en matière de santé publique, l'UE agit dans le cadre d'une programmation pluriannuelle (décision 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil, du 23 septembre 2002). (19)

Le programme en santé publique 2003-2008 s'est inscrit dans cette perspective. Ses trois objectifs fondamentaux sont les suivants: promouvoir la diffusion et le partage d'informations en matière de santé, améliorer la capacité de réaction face aux menaces sanitaires, et encourager l'adoption de modes de vie sains. Ce programme comporte des calendriers de travail annuels et des actions d'évaluation de ses résultats. (18) (19)

- **Des agences et organismes européens au service de la politique de santé publique**

La Communauté s'est dotée de certains organes spécialisés afin de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé publique dans l'Union européenne. On peut ainsi citer l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) créé en 1993 et situé à Lisbonne (Portugal) qui produit des statistiques comparatives sur la consommation et la circulation des drogues dans l'UE ou bien l'Agence européenne des médicaments (AEME) mise en place en 1995 à Londres (Royaume-Uni) qui délivre des autorisations de mise sur le marché des médicaments valables dans les Etats-membres de l'Union. (18)

2.1.3.Financement

Le programme en santé publique 2003-2008 de l'UE bénéficiait d'une enveloppe de 353,77 millions d'Euros, tandis que le plan 2008-2013 s'élève, quant à lui, à 321,50 millions d'Euros. (20)

De 2008 à 2013, le budget consacré à la santé par l'UE s'élève donc en moyenne à 64,3 millions d'Euros par an, et représente à titre d'exemple et en moyenne pour l'année 2011, **0,00045% du budget total** de l'UE – celui-ci s'élevant à 141,9 milliards d'Euros.

Ce pourcentage de 0,00045% est à mettre en relation avec les 7,74 % du PIB consacrés à la santé en moyenne par chaque Etat-membre en 2010 (8), et **confirme le caractère dit « d'appui » de la compétence communautaire dans le domaine de la santé** – laquelle ne se substitue pas à celle des Etats.

En revanche, l'UE a alloué 6 milliards d'Euros à la recherche sur la santé, au titre du 7ème programme-cadre de recherche et de développement technologique (7ème PC) adopté pour la période 2007-2013. Cette enveloppe servira à financer des études sur les moyens d'améliorer la santé, et à stimuler la compétitivité et la capacité d'innovation des institutions, secteurs et entreprises liés à la santé en Europe. (20)

2.1.4. Réalisations et perspectives

2.1.4.1. Le plan 2003-2008

En vertu du T.CE (devenu en 2007 T.FUE), les mesures prises par l'Union européenne doivent viser à améliorer la santé publique, à prévenir les maladies et les affections humaines, et à déterminer les sources de danger pour la santé humaine. (17)

Ainsi, complétant les politiques de santé nationales, le plan 2003-2008 s'est articulé autour de différents objectifs, concrétisés par de multiples réalisations :

- **La lutte contre les grandes épidémies et les grandes maladies**

Au niveau épidémiologique, un réseau de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles permet une coopération et une coordination entre Etats membres, afin d'améliorer la prévention et le contrôle des maladies transmissibles. C'est le cas en cas de pandémie, comme en 2009 avec la crise de la grippe A. L'UE a adopté des communications développant une approche européenne coordonnée sur les fermetures d'écoles les plus appropriées pour protéger la santé humaine. Il s'agissait dans le même temps de concilier la liberté de circulation et la protection de la santé publique pour les voyageurs présentant des symptômes grippaux.

Par ailleurs, L'UE a mené des actions de recherche et de prévention des grandes maladies (contre le cancer ou la SIDA par exemple). L'UE développe des actions de coopération avec les pays tiers afin de lutter contre le SIDA tout en apportant un large soutien au Fonds mondial de lutte contre le SIDA et à d'autres organismes. Sur le sol européen, l'action de l'UE porte sur les points suivants: renforcer la prévention et l'information ; améliorer la surveillance ; mettre en place des réseaux reliant les principaux acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA ; encourager la diffusion des bonnes pratiques. (18)

- **La lutte contre les drogues**

La consommation de drogues, illégales (amphétamines, héroïne...) ou légales (alcool, médicaments...), constitue une préoccupation majeure. L'UE agit à deux niveaux : non seulement, elle lutte contre leur vente via l'Office européen de police (EUROPOL) créé en 1999 et situé à La Haye (Pays-Bas), mais elle promeut aussi la santé publique à travers des campagnes d'information.

Le plan d'action dans la lutte contre les drogues 2009-2012 a ainsi fixé cinq priorités à mettre en œuvre. (18)

- **La mise en place d'un système d'information et d'éducation élevé**

L'UE met à la disposition du grand public, des professionnels de la santé et des pouvoirs publics des données comparatives sur la santé des citoyens européens. Elle s'appuie aussi sur des campagnes d'information, afin, notamment, de mettre en avant l'influence des modes de vie et autres facteurs déterminants sur la dégradation de la santé. (18)

- **La Santé « transfrontière »**

Le traité de Lisbonne a élargi les compétences partagées entre Union européenne et Etats-membres via l'article 168 (T.FUE) aux mesures concernant la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé.

De plus, les Etats prennent de plus en plus en compte cette dimension pour leurs citoyens. Le premier hôpital transfrontalier européen ouvrira en 2012 à Puigcerdá (Espagne) et soulagera des milliers de Français des Pyrénées Orientales qui devaient jusque là faire jusqu'à 100 km pour des soins. La facture de 31 millions d'Euros a été réglée à 60% par le Fonds européen de développement économique et régional (FEDER). Les 12,4 millions restant ont été pris en charge par la Généralité de Catalogne (60%), région autonome du nord-est de l'Espagne, et la France (40%). (18)

- **La protection du consommateur**

Le Parlement européen travaille sur l'adoption de nouvelles règles relatives à l'étiquetage des produits alimentaires. Celle-ci deviendrait obligatoire et sera beaucoup plus lisible grâce à un tableau nutritionnel au dos des emballages et la valeur calorique sur le devant. Le nouvel étiquetage prévoit également l'obligation d'indiquer le pays d'origine du produit alimentaire. Pour l'instant, ce n'est obligatoire que pour les viandes bovines, le miel et l'huile d'olive. Si le règlement entre en vigueur, ce type de signalisation se trouvera également sur toutes les catégories de viandes ainsi que sur l'ensemble des produits laitiers. (18)

- **L'intégration de la santé dans les autres politiques**

L'ensemble des politiques communautaires doit prendre en compte les exigences en matière de santé publique. C'est le cas, par exemple, de la politique de recherche avec des actions portant sur la nutrition, les maladies infectieuses, le vieillissement... (18)

2.1.4.2. Le plan 2008-2013

Les objectifs du premier plan (2003-2008) n'étant que partiellement atteints, un « livre blanc » présenté par la Commission le 23/10/2007 définit une nouvelle stratégie communautaire en matière de santé publique pour la période 2008 – 2013, de manière à faire face à des problèmes majeurs tels que le vieillissement, les menaces transfrontalières pour la santé ou des maladies liées à des styles de vie peu sains.

Ce plan comporte quatre principes guidant la réalisation de trois objectifs, en continuité avec ceux du plan 2003-2008 :

- Principe I: une stratégie fondée sur des valeurs partagées en matière de santé
- Principe II: la santé est le plus précieux des biens
- Principe III: la santé dans toutes les politiques
- Principe IV: faire mieux entendre la voix de l'UE en matière de santé au niveau mondial
- Objectif I: favoriser un bon état de santé dans une Europe vieillissante
- Objectif II: protéger les citoyens des menaces pour la santé
- Objectif III: agir en faveur de systèmes de santé dynamiques et des nouvelles technologies

Il vise ainsi à poursuivre la coopération communautaire dans les domaines dans lesquels les États-membres ne peuvent agir seuls, à assurer une plus grande compréhension de la santé au niveau européen, et à réserver plus de place à la santé dans l'ensemble des politiques. (20)

Cependant, parallèlement à une politique communautaire de plus en plus ambitieuse, le domaine de la santé relève toujours principalement de la compétence des États-membres, conservant une diversité de systèmes de santé. (21) (22)

2.2. A l'échelle nationale

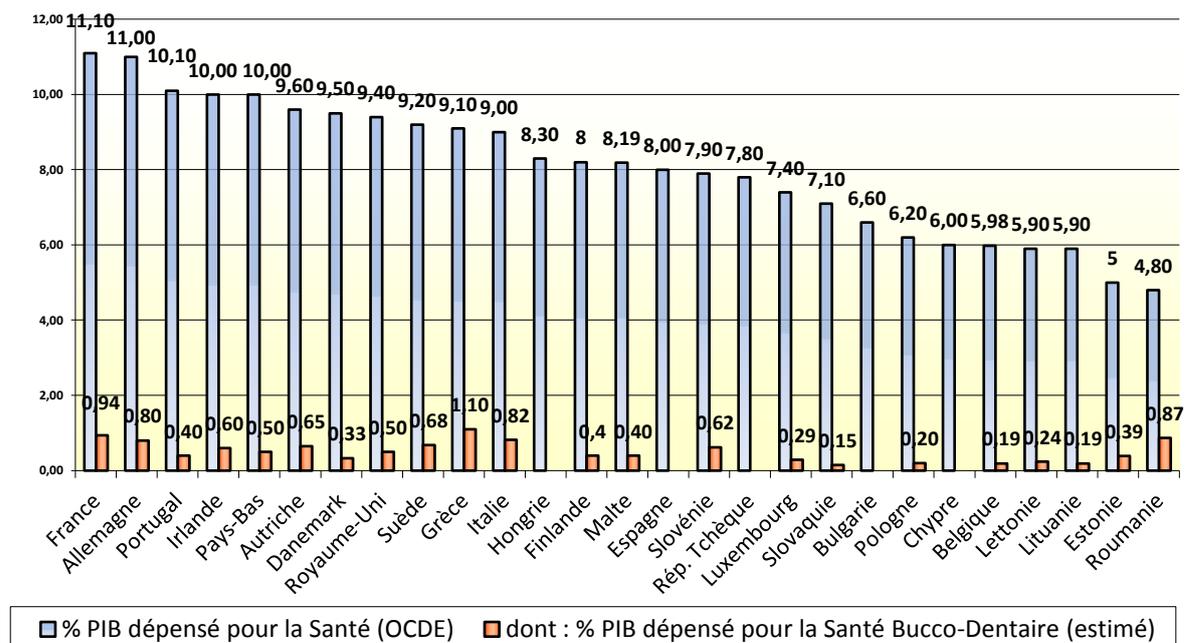
L'OMS définit un système de santé par l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Il fonctionne grâce à des décideurs (politiques), des financeurs (publics et privés), des producteurs (les professionnels, les établissements de soins, l'industrie biomédicale), et des consommateurs (les patients). (23)

Comme nous l'avons vu, l'action de l'UE complète les politiques nationales en matière de santé mais ne les remplace pas. En effet, les systèmes de santé nationaux dans l'UE restent divers, pour des raisons tenant à leurs origines philosophiques et à leur histoire. (21) (22)

Ainsi, sur le plan des dépenses de santé, nous constatons une diversité entre pays membres, comme en témoigne le graphique suivant pour l'année 2007.

La dépense de santé dans l'UE (2007)

données : European MDP 2009



Données non communiquées au CECD0 :

% du PIB pour la Santé Bucco-Dentaire pour : Hongrie, Espagne, Rép. Tchèque, Bulgarie, Chypre.

FIGURE 5

Les évolutions récentes des systèmes de santé ont été marquées principalement par la maîtrise des coûts et l'introduction des mécanismes de marché. (24) (25)

Toutefois, l'adoption de la charte de Ljubljana en 1996 par les Etats européens membres de l'OMS à Ljubljana (Slovénie), traduit la nécessité d'inscrire les réformes des systèmes de santé dans un cadre éthique. De philosophie universaliste, la charte réaffirme que l'objectif principal d'un système de santé doit être « l'amélioration de la santé » - le « mode de financement viable » n'étant que l'un des moyens de sa mise en place. (26)

Aussi, au delà des différences sur le budget accordé, dans quels systèmes de santé la pratique de l'odontologie s'inscrit-elle aujourd'hui dans l'Union ?

Nous présenterons les différents grands types de systèmes de santé sur la base d'une classification en six types proposée par Wiström et Eaton. Après avoir décrit les principes qui ont sous-tendu à leur création, nous aborderons leurs fonctionnements actuels via l'exemple d'un pays donné, ainsi que certaines de leurs spécificités concernant l'odontologie. (27)

2.2.1. Le système d'assurance maladie obligatoire (AMO) et ses variantes

2.2.1.1. Le modèle bismarckien et son évolution : l'Allemagne

- **L'assurance maladie obligatoire (AMO)**

Le système sur laquelle a été fondé le modèle bismarckien est celle de l'assurance. Il s'agit du partage entre tous les membres d'un groupe du préjudice subi par l'un d'entre eux.

L'assuré doit payer une cotisation, qui le protège en fonction de la valeur de ce qui est assuré et de la probabilité de l'événement dont il cherche à se prémunir.

Cette technique se différencie donc de celle de l'assistance, née de la charité (cf. le modèle beveridgien et son évolution) ; en effet, les donateurs font acte volontaire, ce qui ne garantit pas que la charité soit permanente, contrairement à l'assurance.

Cependant, dans le domaine social et plus particulièrement de la santé, l'assurance maladie (aussi appelée assurance santé) n'est pas une assurance au sens strict : c'est une mutualisation des risques engendrés par la maladie. En effet, les cotisations ne sont pas fonction du risque couvert mais du revenu du cotisant. De plus, la participation au financement de cette assurance n'est pas volontaire mais obligatoire (AMO) - dans le contexte d'un Etat-providence producteur de normes - et historiquement liée à la notion de travail. (21) (22)

- **Le modèle bismarckien d'AMO**



FIGURE 6

« L'évolution progressive de l'idée moderne de l'Etat (...) veut qu'il accomplisse non seulement une mission défensive tendant à protéger les droits existants, mais également une mission tendant à promouvoir positivement, par des institutions appropriées (...), le bien-être de tous ses membres. »

Otto Von Bismarck, in *Sécurité sociale*, Dupeyroux J. J., Prétot X., Sirey, Paris, 2000. (cité par (21), p. 10)

Ce système est également appelé « professionnel », car son financement est assuré par des cotisations sociales issues du travail. Il est tenu pour le premier système d'AMO mis en place.

Face à la rapidité du développement industriel et à la peur du socialisme naissant, Bismarck, premier Chancelier de l'Empire allemand, mis en place une politique sociale en créant les bases d'un Etat-providence. A partir de quelques expériences locales, il lance dès 1881 trois lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie, créant ainsi l'assurance maladie, l'assurance accidents du travail, et l'assurance invalidité et vieillesse.

L'assurance maladie allemande a dès le départ eu des caractéristiques qui la rendent unique au monde, et révolutionnaire pour l'époque (dans un contexte industriel et social proche de celui restitué par Emile Zola dans Germinal par exemple), avec notamment :

- La conclusion de contrats entre caisses professionnelles et médecins de circonscription, pour fournir gratuitement soins et médicaments aux assurés sociaux.
- Le versement d'indemnités journalières égales à 50% du salaire pendant 13 semaines.

Après la démission de Bismarck en 1890, le système continuera de s'étendre. Une assurance chômage sera mise en place lors de la crise économique de 1929. Les mêmes principes perdureront ensuite en République fédérale allemande après la seconde guerre mondiale.

Le système bismarckien d'AMO s'appuie sur des « caisses d'assurance maladie » financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. L'AMO est ainsi liée au travail.

A l'origine, pour être protégé, l'appartenance à une catégorie professionnelle était donc nécessaire, d'où un financement fondé sur les cotisations des employeurs et des employés au sein de différentes « caisses ». Pour sa part, l'Etat a pour initialement pour tâche de fixer le cadre de l'action des caisses, et redresser la situation en cas de déséquilibre financier.

Le grand principe fondateur du système bismarckien d'AMO est donc le lien protection sociale-travail. Si le lien avec la notion d'activité professionnelle disparaît, le principe d'assurance sociale n'est en principe plus respecté. Aujourd'hui cependant, le lien protection sociale-travail semble plus relever de l'héritage historique que d'un véritable choix politique, comme nous allons le voir. (21) (22)

- **L'exemple de l'Allemagne**



FIGURE 7

	ALLEMAGNE
Capitale	Berlin
Superficie	357 026 Km ²
Population	81,8 millions
Année d'adhésion	1957
Chefs de l'Etat et de Gouvernement au 01.01.2011	Christian Wulff (Président), Angela Merkel (Chancelière)
Monnaie	Euro
Découpage administratif	16 Länder, 32 Regierungsbezirke, 439 Kreise, 14.308 communes.
PIB / habitant, en SPA (Standard de Pouvoir d'Achat)	118 (moyenne UE 27 : 100)
Dépenses en santé (% du PIB)	8.0 %
Indice de Développement humain (IDH)	0.885 (10 ^{ème} mondial)

Données PNUD 2010, CIA. (8) (28)

- **Systeme politique**

L'Allemagne est une république fédérale ; le gouvernement fédéral est dirigé par le Chancelier (équivalent du Premier ministre) ; le Président de la République a un rôle restreint. L'Etat fédéral délègue au niveau régional (les *Länder*) la plupart des décisions politiques de dépenses, qui disposent également du levier des taxes locales.

Le Parlement est bicaméral, comprenant l'Assemblée fédérale ou *Bundestag* (députés élus grâce à un système combinant suffrage universel direct et à la proportionnelle) et le Conseil fédéral ou *Bundesrat*, représentant les gouvernements des *Länder* (aussi élus au suffrage universel). (29)

- ***Système de santé***

Le système d'AMO, le plus ancien du monde, repose sur l'appartenance de l'individu à une « caisse d'assurance maladie ». Ces caisses sont des assurances de santé à but non lucratif agréés par l'Etat, au nombre de 353 dans le pays en 2009. Parallèlement à ces caisses existent des organismes d'assurance santé privés.

87,5% de la population sont membres d'une caisse d'assurance maladie, fournissant un ensemble standard de soins instauré légalement.

L'adhésion à l'assurance maladie est obligatoire (AMO) pour toutes les personnes ayant des revenus inférieurs à 4 012.50 € brut / mois.

Les travailleurs indépendants, et ceux dont les revenus dépassent ce plafond à leur entrée en fonction, sont exclus de l'adhésion et doivent recourir à une assurance privée. Cependant, les personnes déjà membres de l'AMO et dont les revenus viendraient à dépasser le plafond ont le choix entre rester ou sortir de l'AMO.

Les personnes recourant exclusivement à une assurance santé privée se voient toutefois offrir un panier de soins plus large et personnalisé, selon le niveau de couverture requis, l'âge ou l'état de santé du membre. Ces organismes sont régis exclusivement par le code des assurances ; à chaque personne correspond donc un contrat (pas de personnes « ayant-droits »). (30)

La disposition actuelle des soins de santé est gérée conjointement par les caisses d'assurance maladie et les organisations de médecins et dentistes. Comme pour beaucoup d'autres aspects de la politique allemande, les accords ont lieu tant au niveau fédéral de l'Etat qu'au niveau régional des *Länder*. (29)

- ***Système de santé au niveau bucco-dentaire***

En Allemagne, la prestation de soins de santé bucco-dentaire est gérée par différents organismes :

- Les caisses d'assurance maladie

Il ya plus de 350 caisses d'assurance maladie en Allemagne, organisées en cinq groupes principaux. Elles sont autonomes, à but non lucratif et agréées par l'Etat. Elles sont gérées conjointement par les employeurs et les représentants des travailleurs. Elles assurent les employés et leurs personnes à charge dont le revenu est inférieur à un montant déterminé.

- Les assurances santé privées

Ce sont des organisations à but lucratif, qui peuvent assurer ceux qui ne sont pas membres obligatoire des Caisses. Les activités des compagnies d'assurance privées ne sont réglementées que par le Code général des assurances.

- Les KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigungen)

Les KZV sont les 22 autorités régionales autonomes, auxquelles chaque dentiste doit appartenir pour traiter les patients au sein du système de sécurité sociale.

Les KZV sont ainsi les principaux partenaires des dentistes avec les caisses d'assurance maladie ; ce sont elles qui gèrent les budgets et payent les praticiens.

- La KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)

C'est l'entité juridique nationale, avec qui les caisses d'assurance maladie définissent l'ensemble standard de prestations de soins inclu dans le cadre juridique. Il fournit également des services de soutien pour les KZV régionales.

- Les Zahnärztekammern (« chambres dentaires »)

Les 17 chambres dentaires, au niveau des *Länder*, sont des associations professionnelles de dentistes (syndicats), ayant pour mission la défense des intérêts de la profession, mais aussi la protection de la santé publique. Chaque dentiste doit obligatoirement être membre d'une chambre dentaire.

- La BZÄK (Bundeszahnärztekammer)

Il s'agit de l'union volontaire des chambres dentaires au niveau national. Elle représente l'intérêt commun des praticiens, au niveau national et international.

La KZBV et les KZV ont un rôle clé dans l'organisation de la prestation des soins dentaires, interfaces entre les dentistes et les caisses d'assurance maladie. Il y a 17 KZV dans les 16 *Länder* allemands (un par *Länder*, avec deux pour Nordrhein-Westfalen, le plus peuplé). Tous les dentistes souhaitant traiter les patients couverts par l'une des caisses d'assurance maladie doivent être membre d'une KZV. Les KZV ont plusieurs missions :

- Assurer la prestation standard des soins dentaires à tous les membres de caisses d'assurance maladie et à leurs ayants droits ;
- Superviser et contrôler les fonctions de leurs membres (les dentistes) ;
- Négocier des contrats avec les associations régionales des caisses d'assurance maladie ;
- Protéger les droits de ses dentistes membres ;
- Etablir et gérer les comités pour l'admission des dentistes en son sein, et la résolution des différends ;
- Recueillir les versements des caisses et les distribuer aux dentistes ;
- Tenir le registre des membres ;
- Désigner les représentants des dentistes au sein des tribunaux régionaux d'arbitrage et de différents comités. (29)

- **Le système d'AMO au niveau bucco-dentaire**

En principe, les caisses d'assurance maladie financent à tous ses membres et ayant droits un large panier de soins bucco-dentaires.

Pour les radiographies, diagnostics, obturations, inlays, chirurgies buccales, traitements préventifs, traitements de parodontologie et d'endodontie, les caisses d'assurance maladie paient 100% des soins. Pour les traitements prothétiques tels que les couronnes et les bridges, les caisses financent 50% du montant, et pour l'ODF chez les enfants, 80%. L'implantologie n'est pas incluse dans ce panier de soins pour l'instant.

75% des adultes et 70% des enfants en moyenne utilisent le système d'AMO chaque année.

Avant de bénéficier de soins dans le cadre de l'AMO, le patient doit avoir un bon délivré par la caisse d'assurance maladie, qu'il doit montrer au dentiste lors de sa première visite. Ce bon est à la fois un certificat montrant l'affiliation du patient à une caisse, et un formulaire que le dentiste remplira et enverra trimestriellement à la KZV. Une carte électronique remplace désormais les bons dans la plupart des cas. Le patient n'a rien à régler, si les soins sont pris en charge à 100%.

La KZV vérifie les factures, les envoie à la caisse d'assurance maladie, recueille l'argent correspondant de la part de la caisse, et paie le montant total au praticien. Depuis janvier 2004, par visite trimestrielle chez le dentiste, les patients adultes doivent payer 10 € de « frais de pratique », que le dentiste doit transférer aux caisses d'assurance maladie.

Pour les traitements prothétiques, toutes les personnes assurées par l'AMO peuvent choisir une assurance maladie privée complémentaire à l'AMO. (29)

Le système d'assurance santé privée au niveau bucco-dentaire

En Allemagne, l'assurance maladie n'est plus obligatoire pour tout le monde. Certaines personnes peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance à partir d'une société privée d'assurance maladie - par exemple, les travailleurs indépendants, les membres des professions libérales, les employés de la fonction publique et du secteur privé dont le revenu dépasse la limite fixée.

Le contenu de la couverture est fixé contractuellement et flexible - c'est-à-dire qu'une partie de la couverture santé peut-être soustraite au contrat si nécessaire. En 2006, 8,5 millions de personnes étaient couvertes par une assurance santé privée.

En 2008, il y avait environ 48 assureurs-maladie privés, constitués juridiquement soit en tant que sociétés anonymes, soit en tant que mutuelles, organisées sur une base coopérative. Les compagnies d'assurances privées diffèrent sensiblement selon leur importance économique et leur taille - les trois plus grandes entreprises, avec quelque 3,3 millions d'assurés, rassemblent plus de 40% du total des assurés privés.

Moins de 2% des dentistes se consacrent aux patients assurés privés, et ne sont pas en contrat avec les caisses d'assurance maladie. (29)

2.2.1.2. Les systèmes mixtes : exemple de la France

- **Les évolutions du système bismarckien**

A la suite de l'Allemagne à la fin du XIX^{ème} siècle, plusieurs pays de l'Union européenne actuelle ont adopté le système bismarckien d'AMO : la France, l'Autriche, la Belgique, le Luxembourg et les Pays-Bas.

Toutefois les systèmes bismarckiens, basés sur le travail et qui sont en général les plus anciens, ont évolué fortement dans ces pays à partir des années 1970, conduisant à des systèmes dits « mixtes », avec deux orientations :

- Des mesures d'inspiration « beveridgienne » venant de plus en plus limiter l'aspect corporatiste et inéquitable de l'accès aux soins :
 - A) Généralisation à tous les résidents d'une couverture de base (ex : Couverture Maladie universelle en France depuis 2000). Ce n'est donc plus le travail qui détermine l'accès aux soins, comme c'est le cas en théorie dans les systèmes bismarckiens.
 - B) Financement des caisses d'assurances maladies par l'impôt (ex : Contribution sociale généralisée – CSG– en France depuis 1998), et non plus seulement par les cotisations des employeurs et des employés.
- L'introduction de protections privées (assurances privées, mutuelles), substitutives à l'AMO ou complémentaires.

Chaque pays a réformé de manière différente le modèle bismarckien initial, notamment dès les années 1970 et dans une logique de limitation des coûts. Le contexte de fin du plein-emploi et de diminution de la croissance économique a ainsi limité la pertinence d'une assurance santé financée par les revenus du travail. Par exemple, certains pays (ex : les Pays-Bas) ont établi comme l'Allemagne, un plafond d'affiliation, tandis que d'autres (France, Belgique, Luxembourg) non.

Il est ainsi parfois impossible de déterminer empiriquement l'origine bismarckienne ou beveridgienne de certains systèmes de santé, tels celui de la Belgique par exemple, hybrides.

C'est aussi le cas du système français qui, tout en gardant les caractéristiques bismarckiennes de sa création (Plan de Sécurité sociale, 1945-1946), y a introduit des composantes beveridgiennes au fil du temps, sans jamais pour autant créer de système national de santé en tant que tel. (21)

- **L'exemple de la France**



FIGURE 8

	FRANCE
Capitale	Paris
Superficie	544 000 Km ²
Population	64,71 millions
Année d'adhésion	1957
Chefs de l'Etat et de Gouvernement au 01.01.2011	Nicolas Sarkozy (Président de la République) ; François Fillon (Premier ministre)
Monnaie	Euro
Découpage administratif	26 régions, 101 départements (dont 5 départements d'Outre-Mer), 1 territoire d'Outre-Mer, 4 collectivités d'Outre-Mer

PIB / habitant, en SPA (Standard de Pouvoir d'Achat)	108 (moyenne UE 27 : 100)
Dépenses en santé (% du PIB)	8,7%
Indice de Développement Humain (IDH)	0,872 (14 ^{ème} mondial)

Données PNUD 2010, CIA (8) (28).

- **Systeme politique**

La France est une république, avec un Président élu par suffrage universel direct et possédant des pouvoirs élargis, et un Premier ministre à la tête du gouvernement. Le Parlement, bicaméral, se compose du Sénat (331 membres, élus par suffrage indirect) et de l'Assemblée nationale (577 sièges, élus au suffrage universel).

Une troisième chambre, le Conseil économique et social, ayant fonction de conseil, est composée de représentants des associations et du monde professionnel. Les professions libérales y sont représentées, et deux dentistes siègent au sein de ce Conseil.

Bien que l'organisation du gouvernement soit centralisée à Paris, deux structures politiques et administratives existent en dessous du niveau national: les 22 régions et 101 départements (dont 5 outre-mer – dont l'île de Mayotte depuis mars 2011). Cependant, certaines entités, les Territoires d'outre-mer, tout en étant partie intégrante de la République française, possèdent des gouvernements territoriaux, indépendants dans le domaine de la santé. (29)

Systeme de santé

Le système d'assurance sociale (« Sécurité sociale ») a été créé par la loi en 1945, et est divisé en trois grandes branches : maladie (assurance maladie), pensions (retraite) et famille (allocations familiales). (30)

Elle est financée principalement par les cotisations sociales issues du travail salarié (employeurs et employés), mais aussi depuis 1990 par la Cotisation sociale généralisée (CSG) – taxe qualifiée d'impôt en droit français et de cotisation sociale en droit européen. (31)

Chaque branche est gérée par des Conseils indépendants de l'Etat, constitués de représentants des employeurs et des employés, qui les financent. Les caisses d'assurance maladie (branche maladie), sont administrées par un Conseil avec un président élu et un administrateur nommé par le gouvernement.

L'ensemble de la Sécurité sociale est une "association de droit privé", à budget indépendant de l'Etat, mais sous sa tutelle : celui-ci exerce un droit de regard sur sa gestion. Ainsi, suite à la réforme de 2004, le gouvernement prépare chaque année – en automne – un projet de loi (« Projet de loi de financement de la Sécurité sociale ») et le soumet au Parlement. Celui-ci discute et vote le texte, y compris sur les nouveaux budgets annuels des caisses. Ensuite, les caisses contrôlent l'application de la loi et négocient des conventions avec les représentants de chaque discipline de la santé, y compris la profession dentaire. (30)

Il existe trois grandes caisses d'assurance maladie : la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), qui couvre les salariés et leurs personnes à charge (82% de la population totale) ; la CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie des professions Indépendantes) et l'UCCMA (Union des caisses centrales de la mutualité agricole). Il existe également de nombreux autres régimes spéciaux (donc de caisses), minoritaires. De plus, une assurance maladie dite « universelle » (Couverture maladie universelle, CMU) a été créée le 1er Janvier 2000, afin de promouvoir l'accès aux soins pour les personnes les plus fragiles économiquement (chômeurs...). (32)

Chaque individu est affilié à une caisse en fonction de son statut. Tous les résidents légaux sur le territoire national ont un droit égal et constitutionnel à recevoir des soins de santé. Le patient avance les frais (sauf s'il est CMU), et l'AMO lui donne le droit d'être totalement ou partiellement remboursé, y compris pour les soins dentaires. Par ailleurs, le système est organisé de la même

manière dans tout le pays, sans distinction de région. Des Agences régionales de santé, structures publiques, ont été créées en 2010 dans une optique de décentralisation de la gestion de la santé. (33)

Le système d'AMO au niveau bucco-dentaire

La plupart des soins sont prodigués en cabinet privé par des travailleurs indépendants, les «praticiens libéraux», et dans le cadre d'un accord avec les caisses d'assurance maladie appelé Convention. Presque tous les dentistes - 98% - sont conventionnés. (29)

Près des 2/3 de la population se rendent chez le dentiste au moins une fois par an. Il n'y a aucune restriction sur la fréquence des traitements. Les enfants et les adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans peuvent bénéficier d'un examen de prévention couvert à 100% par l'assurance maladie, ainsi que des soins découlant de cet examen (odontologie conservatrice, obturations). (34)

Pour les traitements conservateurs et chirurgicaux, le patient règle la somme au praticien, et se fait rembourser par sa caisse par le biais d'un formulaire, dans la plupart des cas de 70% des frais. Pour les traitements d'orthodontie et prothèses, les dentistes peuvent fixer leurs propres tarifs, après avoir informé le patient du coût estimé. La caisse - sous réserve de son approbation - ne rembourse généralement ensuite qu'une partie de ces frais, sur la base d'une échelle qui n'a pas beaucoup changé au cours des 40 dernières années. Les formulaires de remboursement sont désormais remplacés par une carte électronique personnelle pour l'assuré et ses ayants-droits, transmettant sur le boîtier du praticien un code correspondant au soin effectué (lettre-clé affectée d'un coefficient) directement à la caisse d'assurance maladie, qui rembourse automatiquement le patient. (29) (34)

Dans le cas de la CMU, le patient n'a pas à faire l'avance des frais, et le praticien est payé directement par la sécurité sociale. Les frais de soins conservateurs et chirurgicaux sont fixés dans ce cas aussi par la Convention, et les frais de prothèses sont soumis à une échelle spécifique. Les montants de ces soins pris en charge dans le cadre de la CMU n'ont pas été revus depuis leur création au 1er janvier 2000. (32)

Le système d'assurance santé privée au niveau bucco-dentaire

Environ 90% des assurés par l'AMO possèdent également une assurance dite « complémentaire » : soit par adhésion volontaire (payante), soit par l'intermédiaire de la partie complémentaire de la CMU - s'ils en sont bénéficiaires.

Ces assurances complémentaires sont très diverses, et permettent au patient de couvrir tout ou partie de leur traitement. En ce qui concerne les soins conservateurs et chirurgicaux, ces assurances complémentaires peuvent couvrir tout ou partie des frais non couverts (30%) par l'AMO. Pour la prothèse et l'orthodontie, ces assurances complémentaires couvrent au moins 30% des frais non couverts par l'AMO. Il est à noter que, pour un acte de prothèse ou d'orthodontie donné, le montant remboursé par certains de ces régimes peut être plus important que celui remboursé par les caisses de sécurité sociale.

Il existe deux types d'assurances complémentaires :

- Les mutuelles : elles sont couvertes par le "code de la mutualité» ; leurs membres, dans la plupart des cas, n'ont pas à fournir un questionnaire de santé. Beaucoup regroupent des patients appartenant à une même entreprise ou à un même groupe professionnel.
- Les assurances privées : elles sont couvertes par le code des assurances ; leurs membres doivent, dans la plupart des cas, remplir un questionnaire de santé.

Le dentiste n'a pas de rôle à jouer dans la promotion de ces assurances complémentaires, ni dans le remboursement des frais ; c'est au patient d'en faire la démarche, après remboursement partiel par sa caisse d'assurance maladie. (29) (34)

2.2.1.3. Les systèmes issus des systèmes de santé des anciennes « républiques populaires » : exemple de la Hongrie

- **Du système Semashko à l'introduction de l'AMO**

Le système Semashko, du nom de son fondateur Nikolai Alexandrovitch Semashko, a été le système national de santé de l'URSS puis de ses démocraties populaires satellites, de 1945 à la chute de l'URSS en 1991.

En 1918, le parti bolchevik inscrit dans son programme un système complet de sécurité sociale pour entretenir la force du travail. Nommé Commissaire du Peuple en Santé publique par Lénine, Semashko organise un système national de santé gratuit qui voit le jour en 1925. En 1936, la constitution de l'URSS garantit le droit d'être assuré par une sécurité sociale aux frais de l'Etat.

A l'image des paysans incorporés dans les kolkhozes, les médecins sont donc devenus officiers de santé des Soviets, salariés des hôpitaux publics. Dès lors, les services sanitaires appartenaient à l'Etat et les professionnels de la santé étaient salariés de l'Etat. Les services étaient normalement gratuits, mais les patients devaient payer une somme forfaitaire pour certains d'entre eux, comme par exemple les médicaments.

Le système Semashko fournissait un accès universel aux soins de santé. Cependant, les services sanitaires à la fois manquaient de ressources et étaient surdimensionnés, surtout en hôpitaux et médecins, mais sous équipés en technologies modernes. Leurs médecins, en général salariés, ainsi que leurs personnels de soins étaient sous-payés, et de ce fait à la fois inefficients et incités à demander des paiements officieux en compensation ; enfin, les systèmes de gestion et d'information étaient bureaucratiques et peu réactifs. (24)

Après l'effondrement des régimes communistes, les systèmes de santé des pays de l'ex-bloc soviétique vont se retrouver profondément remaniés.

La réforme s'est déroulée dans un environnement macroéconomique difficile, avec un PIB décroissant et une augmentation du chômage - une situation réputée peu propice aux réformes à l'Ouest. Il s'agissait pour ces pays de réformes radicales : il ne leur fallait rien moins qu'adopter ou inventer de nouveaux systèmes de santé. Beaucoup d'entre eux se sont inspirés des principes et des outils expérimentés dans les pays d'Europe de l'Ouest, et les ont combinés. (24)

Les anciens systèmes nationaux de santé furent donc abandonnés, au profit de systèmes hybrides, reposant sur un système d'assurance maladie obligatoire nationale financée par le travail (cotisations sociales des employeurs et employés, bismarckien donc), mais comportant aussi des aspects issus du modèle beveridgien (selon les pays, un financement complémentaires de l'AMO par l'impôt ou encore une part de capitation dans la rémunération des praticiens, par exemple). (35)

La Hongrie offre l'un des exemples les plus cohérents de ce type de réforme, avec la création de fonds indépendants du budget de l'Etat pour le financement (caisse nationale d'assurance maladie, 1993), et une organisation axée vers la prévention et les soins primaires. (36)

- **L'exemple de la Hongrie**



FIGURE 9

	HONGRIE
Capitale	Budapest
Superficie	93 029 Km ²
Population	11,3 millions
Année d'adhésion	2004
Chefs de l'Etat et de Gouvernement au 01.01.2011	Pal Schmitt (Président); Viktor Orbán (Premier ministre)
Monnaie	Forint
Découpage administratif	19 <i>comitats</i> (« comtés »), 22 villes à statut provincial
PIB / habitant, en SPA (Standard de Pouvoir d'Achat)	65 (moyenne UE 27 : 100)
Dépenses en santé (% du PIB)	5,2 %
Indice de Développement humain (IDH)	0,805 (36 ^{ème} mondial)

Données PNUD 2010, CIA. (8) (28)

- **Systeme politique**

La Hongrie est une république ; le Président de la République, élu par l'Assemblée nationale tous les 5 ans, a un rôle essentiellement protocolaire, mais aussi quelques pouvoirs incluant la nomination du Premier ministre. Celui-ci nomme ou révoque les ministres de son gouvernement. L'Assemblée nationale, unique chambre parlementaire, est le plus élevé des organes d'Etat ; elle initie les lois ou approuve celles proposées par le Premier ministre et son gouvernement. (29)

- ***Systeme de sante***

La loi de décentralisation de 1990 a déplacé la responsabilité de la propriété et la gestion des services de santé et sociaux au niveau local et municipal. Une caisse nationale d'assurance maladie a été introduite en 1993, indépendante de l'Etat et financée par les contributions sociales obligatoires des employeurs (à hauteur de 5%), des employés (à hauteur de 6%), et des travailleurs indépendants (9%). Par ailleurs, un budget est fixé chaque année par le Parlement pour les dépenses en santé publique. (37)

- ***Le systeme d'AMO au niveau bucco-dentaire***

Les soins dentaires sont effectués soit par les dentistes en contrat avec la caisse nationale d'assurance maladie, soit par des praticiens hors contrat. Les dentistes sous contrat exercent dans des centres de soins dentaires subventionnés par l'AMO nationale, créés en fonction de la démographie d'une zone géographique donnée.

La répartition des financements des centres de soins au niveau local est décidée par le ministère de la santé, après avoir été conseillé par le « Bureau national de la Dentisterie ». Ce dernier organisme dispose de 23 membres, tous dentistes, et son président est nommé par le ministre de la santé. Ils tiennent réunion 4 fois par an, et les représentants d'autres institutions, comme le ministère de la santé par exemple, sont invités aux séances.

Il ya environ 8 millions de visites annuelles de patients au sein des centres gérés par la caisse nationale d'assurance maladie, sur un total de 10 millions de patients enregistrés à l'AMO. Etant donné que certaines personnes effectuent des visites plus d'une fois par an et d'autres pas du tout, on estime que 50% de la population se rend chez le dentiste au moins une fois par an dans le cadre de l'AMO. Les examens peuvent être effectués chaque année pour les adultes, deux fois par an pour les enfants.

Trois groupes d'âge de patients sont définis, ayant droit à différentes prestations : 0-18 ans, 19-60 ans, et plus de 60 ans.

Les soins d'urgence, les examens et diagnostics, les soins d'odontologie conservatrice, incluant les obturations et les soins d'endodontie, les traitements en parodontologie et les extractions, sont gratuits pour les patients des trois groupes d'âge.

Il en va autrement pour certains traitements considérés comme complexes ou esthétiques, tels que les couronnes et bridges, implants, et appareils orthodontiques fixes notamment. Les personnes actives âgées de 19 à 60 ans paient 100% de la partie « soins dentaires » et de la partie « frais techniques » de ces traitements (les deux étant distincts). Il est à noter qu'il existe une recommandation de tarifs pour ces traitements, mais son application n'est pas obligatoire. En revanche, les personnes de moins de 18 ans et de plus de 60 ans n'ont pas à payer la partie « soins dentaires » de ces traitements, mais ils doivent participer aux frais techniques : par exemple, pour les appareils orthodontiques des 0-18 ans, 15% des frais techniques seront payés par le patient et 85% par l'AMO. Pour ceux âgés de plus de 60 ans, concernant les prothèses partielles, 50% des coûts techniques seront payés par le patient, 50% par l'AMO.

Dans certains cas particuliers (par exemple, patients allergiques à certains matériaux), la caisse d'assurance maladie devra donner préalablement son approbation au traitement, et se prononcera aussi sur le niveau de contribution du patient au frais du traitement.

Les dentistes sont rémunérés directement par la caisse, en partie par une indemnité mensuelle fixe et en partie sur la base de leur production de soins. Le patient ne doit régler au praticien que la part lui restant éventuellement à charge (« co-paiement » ou ticket modérateur). La quantité de travail effectué par chaque dentiste est contrôlée par des rapports mensuels sur les traitements effectués, délivrés à la caisse d'assurance maladie.

Dans le système d'assurance maladie, chaque acte de soins dentaires se voit attribuer un certain nombre de points. La valeur monétaire de chaque point est réévaluée tous les trois mois (« lettre-clé flottante ») : en effet, le nombre total de points gagnés sur la période est divisée sur le montant d'argent dans le budget. Ainsi, la valeur d'un point peut varier au cours d'une année, suivant le budget alloué par la caisse nationale d'assurance maladie et les gouvernements locaux. (29)

Le système d'assurance santé privée au niveau bucco-dentaire

Seules 160 000 personnes, soit 1,6% de la population (données 2008), ont recours à l'une des 42 compagnies privées d'assurance santé (dont 9 seulement ont plus de 5000 membres) – ce qui leur confère une importance mineure au sein du système de soins de santé bucco-dentaire hongrois.

Cependant, environ 30% des dentistes travaillent exclusivement en privé (cabinet libéraux) et hors conventionnement avec l'assurance maladie. Il est à noter que parmi les 70% des dentistes exerçant au sein du système national d'assurance maladie, certains travaillent également en privé, à temps partiel ; mais dans ce cas, ils sont autorisés à fournir en cabinet privés uniquement les soins non couverts par l'AMO. Dans ce cas, les patients règlent la totalité des frais de soins au praticien ; celui-ci fixe ses honoraires librement. (29)

2.2.2. Le système national de santé et ses variantes

2.2.2.1. Le modèle beveridgien et son évolution : le Royaume-Uni

- **L'assistance sociale à financement fiscalisé**

Il s'agit d'un système d'inspiration socio-démocrate, mis en place après la seconde guerre mondiale.

La social-démocratie est une doctrine politique réformatrice, inspirée des travaux de l'économiste Keynes, alliant l'impulsion de l'État (*Welfare State*, Etat-providence) à l'initiative privée, tout en conservant le cadre économique du capitalisme.

Au niveau de la santé, elle se concrétise par la mise en place d'un système national de santé (public), fonctionnant sur le principe des « trois U » :

- *Unité* : système unifié (ensemble des branches de prestations) géré par un organisme étatique unique et centralisé
- *Universalité* : couverture de l'ensemble de la population
- *Uniformité* : à la fois des cotisations et des prestations, à taux bas.

Les décisions et le paiement des soins sont assurés par la même instance administrative. Les principes d'accès universels sont garantis sans procédure justificative préalable. Le financement est fiscalisé et le secteur public en situation de quasi-monopole. (21)

Les systèmes d'assistance répondent bien à l'objectif d'« universalité » inscrit en 1996 dans la charte de Ljubljana (couverture de l'ensemble de la population), contrairement aux systèmes d'assurance purs – « qui travaille est assuré ». (21) (26)

Cependant, l'« uniformité » de la protection sociale a conduit les plus hauts revenus à rechercher des mécanismes complémentaires, en particulier par l'assurance privée. Dans le domaine de la santé, ces assurances complémentaires ont été à l'origine d'une médecine « à deux vitesses », avec d'une part une médecine libérale fournissant des soins à une « sélection » de patients à partir de critères financiers, et d'autre part des files d'attente parfois conséquentes dans le secteur public. (21)

- **Le modèle beveridgien de service national de santé**



FIGURE 10

« Il faut libérer l'Homme du besoin et du risque. »

William Henry Beveridge, in Du travail pour tous dans une société libre, Ed. Domat-Monchrestien, 1945. (38)

A la fin du XIX^{ème} siècle, dans un Royaume-Uni marqué par un développement industriel majeur qui en faisait la première puissance mondiale, la pauvreté était répandue, comme en témoigne l'œuvre de Charles Dickens par exemple. Ce n'est que près d'un quart de siècle après l'Allemagne qu'un premier système légal de protection sociale a été mis en place (loi de 1887 sur l'indemnisation des accidents du travail). Auparavant, le système de protection sociale du XIX^{ème} siècle n'était pas national et reposait sur l'adhésion du travailleur à l'une des multiples sociétés mutualistes (*friendly societies*) ou à une compagnie d'assurances.

Devant cette situation où l'initiative individuelle l'emportait sur l'intervention de l'Etat, quelques réformateurs (Churchill, Lloyd George) s'alarmèrent des inégalités générées par cette absence de couverture sociale universelle. En 1911 est créé un premier système d'assurance sociale nationale (maladie et chômage). Cependant, au vu du grand nombre de catégories échappant toujours à cette couverture (fonctionnaires, travailleurs indépendants...), Lord Beveridge publia un rapport en 1942, proposant un droit à chacun à la sécurité sociale – droit que l'on retrouvera dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de l'ONU en 1948.

Inspiré par le *New Deal* de Roosevelt et par les travaux de Keynes, Beveridge y présentait le principe d'une assurance sociale généralisée, sans référence à la situation professionnelle des individus (contrairement au système bismarckien), ni au risque les concernant (contrairement au système privé d'assurance santé).

Les propositions de Beveridge ont exercé une influence considérable par leur aspect rationnel : une protection uniforme et une unification du service public (toutes les institutions sociales étant réunies au sein d'un ministère de la sécurité sociale). Ce rapport a conduit à 5 lois :

- loi sur l'assurance nationale, unifiant tous les régimes existants (1946) ;
- loi sur le service national de santé (*National Health Service* ou *NHS*), fournissant des soins gratuits et géré au sein du ministère de la sécurité sociale ;
- loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- loi sur l'assistance, en 1948, qui définit un seuil de pauvreté pour bénéficier des prestations sans pour autant cotiser ;
- loi sur les allocations familiales, créant le premier régime d'allocation destiné aux familles d'au moins deux enfants.

Le *NHS* a ainsi été conçu comme un programme étendu mais minimal, destiné à couvrir uniquement les besoins de subsistance selon le principe des « trois U ».

En Irlande, le gouvernement élu en 1948 instaurera également un *NHS* en s'inspirant du Royaume-Uni, qui sera modifié lui aussi par la suite.

Dans les années 50 et 60, des critiques commencèrent à être apportées à ce système, principalement concernant le niveau des prestations de base - « uniformes » -, jugé trop bas. Elles conduisirent à des modifications, introduisant des assurances sociales proportionnelles au revenu (« à l'allemande »), contraires aux principes de Beveridge, et ce dans différents domaines : retraites, maladie, chômage. Cependant, en 1988 et 1989, Margaret Thatcher introduisit une série de réformes dans tous les domaines de l'Etat-providence, et marquèrent le retour aux prestations sociales uniformes, dans un souci de contrôle des budgets sociaux. (21)

- **L'exemple du Royaume-Uni**



FIGURE 11

	ROYAUME-UNI
Capitale	Londres
Superficie	244 820 Km ²
Population	61,89 millions
Année d'adhésion	1973
Chefs de l'Etat et de Gouvernement au 01.01.2011	Elisabeth II (Reine), David Cameron (Premier Ministre)
Monnaie	Livre Sterling
Découpage administratif	4 Nations d'Origine (<i>Home Nations</i>) : Angleterre, Ecosse, Pays de Galle et Irlande du Nord, 14 territoires d'Outre –Mer.
PIB / habitant, en SPA (Standard de Pouvoir d'Achat)	112 (moyenne UE 27 : 100)
Dépenses en santé (% du PIB)	6,9%
Indice de Développement humain (IDH)	0,849 (26 ^{ème} mondial)

Données PNUD 2010, CIA. (8) (28)

- **Systeme politique**

Le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord est monarchie parlementaire. La Reine joue un rôle cérémonial dans le processus législatif, et le gouvernement est dirigé par le Premier ministre.

Le parlement est bicaméral. La chambre des élus locaux, la Chambre des Communes, est le lieu principal où se débattent et se modifient les politiques gouvernementales. La seconde chambre, la Chambre des Lords, se compose de membres entièrement nommés, dont une faible proportion en sont membres héréditaires ; elle joue un rôle significatif dans la révision et l'adoption des lois.

Certains domaines, en particulier la santé, ont récemment été confiés, à des degrés divers, à un Parlement élu en Ecosse et au Pays de Galles et à l'Assemblée d'Irlande du Nord. (29)

- **Systeme de santé**

Le Royaume-Uni possède un système national de santé depuis 1948 : le *National Health Service (NHS)*, fournissant des soins de santé à tous. Environ 95% des fonds du *NHS* sont fournis par la fiscalité générale, le reste provenant d'une participation financière des patients (*co-payment*) notamment pour les médicaments, les soins dentaires et optiques.

Sa politique est mise en œuvre par les ministères de santé dans les quatre pays du Royaume-Uni, et les autorités sanitaires locales - municipales en Angleterre (*Primary Care Trusts - PCTs*), régionales dans les trois autres pays.

Les soins médicaux de base sont gratuits pour tous les adultes et enfants. Chaque patient est rattaché nationalement à un médecin généraliste (*General Practitioner, GP*). Celui-ci, faisant fonction de médecin référent « gardien » (*gatekeeper*) délivre ensuite l'accès aux services des spécialistes et des hôpitaux. Le patient est enregistré pendant 15 mois chez un *GP*, et l'accès aux soins est contrôlé par un système de liste d'attente. Par ailleurs, le recours des patients à une assurance santé privée est faible mais croissant. (29) (37)

- **Le service national de santé au niveau bucco-dentaire**

Les soins bucco-dentaires sont prodigués à partir de trois secteurs distincts du *NHS*.

Tout d'abord, comme dans beaucoup d'autres pays européens, la majorité des soins sont prodigués par des dentistes indépendants (« libéraux »), en cabinet. Ces *General Dental Practitioners* (omnipraticiens, *GDPs*), s'ils acceptent les patients dans le cadre du *NHS*, font partie du *General Dental Service* (service dentaire général, *GDS*), coordonné par les autorités sanitaires locales. Quelques centaines de dentistes n'acceptent que des patients hors cadre du *NHS*, réglant entièrement leurs soins. Une grande majorité de dentistes exerce dans le cadre du *NHS*, mais proposent aussi des soins hors *NHS* (entièrement payants).

Outre les *GDPs*, le *Community Dental Service* (service dentaire de la communauté, *CDS*) est la deuxième composante du *NHS*. Les centres du *CDS* (appelés *Primary Care Trusts, PCTs*) emploient des

dentistes salariés et des dentistes spécialisés en santé publique, qui prennent en charge des groupes de patients à accès réduit aux soins - par exemple aux enfants et adultes « à besoins spécifiques ». Ces praticiens effectuent également des soins à domicile ou en institutions, et permettent la collecte de données épidémiologiques. Les *PCTs* peuvent être également établis dans les zones à faible démographie professionnelle.

Enfin, au Royaume-Uni, les hôpitaux généraux et les hôpitaux hébergeant les services des universités d'odontologie fournissent des traitements dentaires spécialisés, au sein de l'*Hospital Dental Service* (service dentaire hospitalier, *HDS*). Les patients s'y rendent généralement après orientation d'un *GDP* ou d'un dentiste du *CDS*. Toutefois, une quantité croissante de soins spécialisés sont pris en charge en cabinet libéral, en particulier en chirurgie buccale ; de même, l'ODF est traditionnellement proposée par les *GDPs*. (39)

Il existe enfin des différences locales, entre d'une part l'Ecosse et l'Irlande du Nord, et d'autre part l'Angleterre et au Pays de Galles.

- Angleterre et au Pays de Galles

Les patients ne sont pas officiellement enregistrés auprès d'un *GDP* (comme cela se fait pour les *GP*, en médecine générale). Les rendez-vous sont donnés sur le principe « premier arrivé, premier servi ». Les patients ne paient pas au dentiste un pourcentage des coûts du traitement, mais un montant fixe selon la nature de ce traitement (*co-payment*). Il y a quatre *co-payments* ; ces montants sont réévalués chaque année, allant de £ 16,20 pour des traitements « de routine » tels qu'un contrôle ou un détartrage, à £ 198 pour les traitements prothétiques tels que les couronnes et bridges.

- Ecosse et Irlande du Nord

En Ecosse, les patients du *NHS* sont traités par un *GDP* par contrat de 36 mois, renouvelable. Ils doivent souscrire un contrat soit en *occasional care* (soins épisodiques), soit en *continuing care* (soins continus). Seul un nombre limité de traitements est disponible pour l'*occasional care*. La plupart des patients qui reçoivent un traitement dentaire par un *GDP* dans le cadre du *NHS* doivent payer une participation au *NHS* (habituellement 80%), avec une limite maximale de €550 par traitement (données 2008). (29)

Les *GDPs* sont rémunérés directement par le *NHS*, avec une rémunération uniquement à l'acte pour les adultes, et mixte pour les enfants : à l'acte (selon le nombre et la nature des traitements effectués) et, pour un pourcentage moins important, par capitation (selon le nombre d'enfants traités). Ce montant versé au dentiste par le *NHS* est complété par une participation directe aux frais par le patient (*co-payment*). Les *co-payments* demandés dans le cadre du *NHS* sont généralement environ moitié moindres, voire moins, des tarifs demandés au patient hors du *NHS*.

Un comité indépendant, le *Doctors and Dentists' Review Body*, rend un rapport annuel concernant la rémunération des professionnels de santé ; ce rapport n'est établi toutefois qu'à titre de recommandation, et le gouvernement n'est pas obligé de le suivre. Les dentistes nouvellement qualifiés sont salariés sur un taux national spécifique.

Quant aux patients, des groupes spécifiques peuvent recevoir des soins dentaires totalement gratuitement dans le cadre du *NHS*. Il s'agit des enfants de moins de 18ans, des femmes enceintes ou allaitantes, les personnes bénéficiant d'aides sociales, et les étudiants à temps plein de moins de 19 ans. De plus, certains traitements sont gratuits quel que soit l'âge, comme les soins à domicile pour les personnes en institution (domaine du *CDS*) ou les réparations de prothèses.

Environ 50% des adultes et 60% des enfants (âgés de 0 à 18 ans) se rendent chez un *GDP* au moins une fois par an. Dans de nombreuses zones du Royaume-Uni, il existe une difficulté d'accès aux soins dans le cadre du *NHS*, aboutissant à la création de listes d'attente.

La participation financière totale du patient aux soins dentaires a augmenté au fil des années, si bien qu'elle atteint en moyenne 60% des dépenses dentaires, contre 40% pris en charge par l'Etat. Ceci est lié à une participation plus importante demandée au patient pour certains soins du *NHS* (*co-payment*), mais aussi à un recours en progression aux soins fournis dans le cadre privé, hors *NHS*. (29)

Le système d'assurance santé privée au niveau bucco-dentaire

Au Royaume-Uni, moins de 10% de personnes ont recours à une assurance santé privée pour payer leurs soins dentaires, soit en tant que complémentaire au *NHS*, soit pour couvrir la totalité des coûts des soins hors *NHS*.

La plupart des régimes d'assurance santé privés, au Royaume-Uni, sont des régimes individuels (et non mutuels). Les individus paient eux-mêmes des frais nommés primes (*premiums*) auprès d'une société d'assurances spécialisée (ex : Denplan), qui rémunère quand à elle directement les dentistes participants (à l'instar du *NHS*).

Les régimes privés de soins et les compagnies d'assurance sont autorégulateurs et fixent leurs propres niveaux de *premiums*. En général, les *premiums* suivent une échelle standard pour tous les membres. Cependant, pour les plans de traitement personnalisés, l'étendue de la couverture fournie par la compagnie sera fonction de la santé bucco-dentaire de l'adhérent. (29)

2.2.2.2. Les systèmes du Nord de l'Europe : exemple de la Suède

- **L' "Etat-providence" réaménagé des pays nordiques**

Après une transition de la monarchie absolue au parlementarisme aux XVIIIème et XIXème siècle, les pays du Nord de l'Europe (Suède, Finlande, Danemark – et Norvège hors UE) ont été profondément imprégnés du début du XXème siècle à aujourd'hui par la social-démocratie, développant ainsi le fonctionnement et la culture politique propre à cette doctrine. Celle-ci repose sur le pluralisme social et défend la « modération », le « compromis » politique et le fonctionnement de structures médiatrices pour la négociation et la concertation. (40)

L' Etat-providence cher à Beveridge (*welfare state*) étant partie intégrante de la social-démocratie, les pays d'Europe du Nord ont adopté au cours du XXème siècle des systèmes nationaux universels de santé financés par l'impôt (de 80 à 90 %), avec un mode de rémunération des praticiens comportant une part importante de capitation. (41)

Cependant, à la différence du monopole public historique de la santé au Royaume-Uni, tous n'ont pas donné lieu à la création d'un service national de santé – mais c'est le cas de la Suède, par exemple, le plus ancien. (42)

L'originalité du Nord de l'Europe, formée de pays faiblement peuplés et à faible densité de population à l'exception du Danemark, est d'avoir favorisé la décentralisation de la gestion au niveau des départements (« comtés » en Suède et au Danemark) ou des municipalités (Finlande), avec des praticiens pour la plupart salariés de centres de santé locaux ou d'hôpitaux. Ainsi, même si les ressources des municipalités proviennent toujours plus des subventions de l'Etat que de la fiscalité locale - ce qui ne résout donc pas en soi les déséquilibres résultant des besoins de financement des hôpitaux - on constate toutefois des dépenses de santé nationales dans les pays nordiques inférieures à la moyenne européenne.

L'organisation de la santé et de la protection sociale a ainsi apporté aux pays d'Europe du Nord une sécurité sociale efficace, où le ministère de la sécurité sociale et de la santé délègue aux municipalités et aux centres de soins publics une offre de prestations généreuse.

Cependant, comme l'affirmait Beveridge, l'Etat-providence n'est possible que dans des conditions proches du plein emploi. Les pays nordiques, à l'instar de beaucoup d'autres, sont ainsi aujourd'hui exposés à de nouveaux risques sociaux, tels que le chômage et le vieillissement de la population, pesant inéluctablement sur la charge des dépenses de santé.

C'est pourquoi, au delà de restructurations temporaires consistant à fermer des lits d'hôpitaux et des petits centres, la mise en place de divers financements complémentaires de la santé est à l'étude dans ces pays, afin de tenter d'apporter des réponses structurelles aux défis posés par les évolutions sociales. (43) (44)

- **L'exemple de la Suède**



FIGURE 12

	SUEDE
Capitale	Stockholm
Superficie	441 369 Km ²
Population	9,29 millions
Année d'adhésion	1995
Chefs de l'Etat et de Gouvernement au 01.01.2011	Carl XVI Gustav (Roi), Fredrik Reinfeldt (ministre d'Etat)
Monnaie	Couronne suédoise
Découpage administratif	3 régions (<i>Landsdelar</i>), 21 départements ou « comtés » (<i>Län</i>).

PIB / habitant, en SPA (Standard de Pouvoir d'Achat)	123 (moyenne UE 27 : 100)
Dépenses en santé (% du PIB)	7,4 %
Indice de Développement humain (IDH)	0,885 (9 ^{ème} mondial)

Données PNUD 2010, CIA. (8) (28)

- **Systeme politique**

La Suède est une monarchie parlementaire. Le Roi, chef de l'Etat, a une fonction cérémonielle, et le gouvernement est dirigé par un ministre d'Etat. Le Parlement suédois (*Riksdag*) se compose de 349 membres réunis en une chambre unique, représentants des 29 circonscriptions différentes du pays.

85% des habitants vivent dans la moitié sud du pays. De nombreux champs de la politique gouvernementale, y compris les soins de santé, sont délégués au niveau du comté (*Län*) ou de la municipalité (290 municipalités en 2008). Comtés et des municipalités fonctionnent en « conseils », qui décident de nombreux aspects de la gestion financière publique au niveau local, et collectent également les impôts locaux. (29)

- **Systeme de santé**

La plupart des soins de santé sont assurés au sein du système national d'Assurance sociale, qui fournit également des allocations familiales, indemnités d'invalidité, retraites... Le système national d'assurance sociale est dirigé par une agence gouvernementale, le Conseil national des assurances sociales (*Riksförsäkringsverket*), et fonctionne par le biais des bureaux d'assurance sociale (*Försäkringskassan*). Toute personne qui réside en Suède est enregistrée auprès d'un bureau d'assurance sociale dès l'âge de 16 ans.

Le système de santé est organisé sur trois niveaux depuis le milieu des années soixante-dix, de manière hiérarchisée et décentralisée.

- Au premier niveau se trouvent un millier de « centres de soins primaires », placés sous l'autorité des comtés, auxquels les Suédois s'adressent pour tous leurs problèmes de santé. Ces centres comprennent l'ensemble des professions médicales et paramédicales, avec une répartition des rôles qui ne fait intervenir le médecin que pour les cas les plus graves, alors que la majeure partie des consultations est effectuée par les infirmiers et les prises de sang et visites de routine par les aides-soignants. La plupart des centres de soins sont publics ; 20 % à 25 % sont cependant détenus par le secteur privé (50 % dans le comté de Stockholm), mais la quasi-totalité sont placés sous contrat avec les comtés.

- Au deuxième niveau, soixante-cinq « hôpitaux de comté » ou de district offrent des soins dans diverses spécialités ; ils sont également responsables des secteurs psychiatriques.

- Au troisième niveau, la Suède est divisée en six régions rassemblant un ou deux hôpitaux de soins intensifs, pour les soins très spécifiques. Ces hôpitaux, au nombre de huit, sont également impliqués dans la recherche.

Comme les autres professionnels de santé, les médecins sont essentiellement des salariés des comtés (à hauteur de 90 %) et non des professionnels libéraux. Les salaires et les conditions d'emploi sont négociés, du côté des employeurs, par les fédérations de collectivités locales et, du côté des professionnels de santé, par les associations qui les représentent. A leur salaire fixe s'ajoute

une part de leur rémunération par capitation et une part de rémunération à l'acte. 80 % des praticiens travaillent en secteur hospitalier (deuxième et troisième niveaux) et sont des spécialistes.

Enfin, du point de vue du patient, l'utilisation de ce système à trois niveaux est caractérisée par la liberté de choix : dans la plupart des comtés, celui-ci a le choix de son centre de soins primaire, de son médecin et de son hôpital. Il peut également décider d'être examiné et traité dans un centre de soins ou directement en hôpital, en ambulatoire. Le passage préalable par un généraliste pour l'accès à un spécialiste n'est la plupart du temps pas requis, sauf parfois pour les soins donnés en-dehors du secteur de prise en charge du comté où réside le patient. L'accès aux soins est contrôlé si besoin par un système de liste d'attente. (44)

Au total, 85% (2005) des dépenses de santé sont financées par l'Etat. Du milieu des années quatre-vingt à la fin des années quatre-vingt-dix, l'organisation décentralisée de la santé a été utilisée pour assurer un meilleur contrôle de l'augmentation des dépenses.

Par ailleurs, la participation aux coûts par le patient (co-paiement ou ticket modérateur) est devenue systématique et ne fait l'objet d'aucun remboursement par un système de couverture complémentaire. Ainsi, les patients hospitalisés versent un forfait journalier de 80 Couronnes (8,6 €). Pour l'ensemble des autres prestations, ce sont les conseils généraux des comtés qui fixent eux-mêmes le niveau de participation de l'utilisateur en fonction du service rendu : de 100 à 260 Couronnes sont à la charge du patient par consultation – 11 à 28 €.

Le co-paiement des patients est plafonné par période de douze mois : 900 Couronnes pour les consultations de professionnels de santé (environ 100 €) et 1800 Couronnes pour les médicaments prescrits sur ordonnance (environ 200 €). Des systèmes de gratuité existent cependant pour certaines tranches d'âges et affections. (29)

Le service national de santé au niveau bucco-dentaire

Une assurance santé nationale en santé bucco-dentaire a été mise en place en 1974, couvrant tous les résidents de plus de 20 ans. La quasi-totalité des soins de santé bucco-dentaire est délivrée dans l'un des deux secteurs suivants.

Tout d'abord, le service dentaire national (*Folktandvården*) fournit des soins dentaires gratuits pour les enfants jusqu'à l'âge de 19 ans, principalement dans les centres de soins gérés par les comtés.

D'autre part, les adultes et personnes âgées peuvent obtenir des soins dentaires couverts par l'assurance santé nationale - ou non - en cabinet libéral. Moins de 1% des praticiens ne proposent aucun soin dans le cadre de l'assurance santé nationale.

Les dentistes peuvent exercer soit dans l'un des centres de soins du *Folktandvården*, avec tarifs fixés par le comté, soit en « cabinet libéral », en fixant leurs tarifs eux-mêmes. Les niveaux de remboursement du patient sont toutefois basés sur des « tarifs de référence » fixés par l'assurance santé, induisant une forme d'harmonisation des tarifs entre cabinets autour de cette base.

En 2004 (dernières données disponibles), le coût total des soins dentaires a été d'environ 2,1 milliards d'Euros. La participation financière directe des patients s'est élevée à 1,3 milliard d'Euros de

cette somme, alors que la part du contribuable a été de 0,8 milliards d'Euros (dont 0,2 issus de l'assurance santé nationale). En proportion, la participation financière publique est donc moins élevée pour la santé bucco-dentaire (38%) que pour la santé générale (85 % en 2005, précédemment citée).

En Suède, à l'instar d'autres pays tels que la France par exemple, les patients règlent eux-mêmes les frais, et se font rembourser de manière plus ou moins importante par l'assurance maladie selon le type de soins, avec une priorité mise sur la prévention (« invitation dentaire ») et les soins importants (haut pourcentage de remboursement).

Ainsi, une nouvelle prise en charge des soins dentaires a été établie avec la réforme de l'assurance santé du 1er Juillet 2008.

Le remboursement est ainsi de 0% pour les soins inférieurs à 320 €, 50% pour les soins compris entre 321 € et 1590 € et 85% pour les soins de plus de 1590 €. Le patient règle donc la totalité des soins inférieurs à 320 €. Cependant, les personnes atteintes d'une maladie longue durée ou à besoins spécifiques peuvent obtenir une subvention supplémentaire pour les soins dentaires.

Par ailleurs, une « invitation dentaire » a été introduite – d'un montant de 32 € par an pour les personnes âgées de 30 à 74 ans, et d'un montant de 64 € par tranche de deux ans pour les personnes de 20 à 29 ans et de plus de 75 ans. L'invitation peut être utilisée pour régler une consultation dentaire dans un centre de soins, ou un cabinet de dentiste ou d'hygiéniste dentaire, puis une part des éventuels soins en découlant.

Au cours d'une période d'un an (2004) 68% de la population âgée de 16 à 84 a consulté au moins une fois un professionnel de l'odontologie (hygiéniste ou dentiste), et 85% sur une période de deux ans. (29) (45)

Le système d'assurance santé privée au niveau bucco-dentaire

En Suède, l'assurance santé privée volontaire ne concerne pas les biens et services pris en charge par le système public. Elle permet l'accès à un réseau de professionnels entièrement privés : c'est une assurance supplétive, dès le premier euro. De fait, leur recours y est rare. (46)

2.2.2.3. Les systèmes du Sud de l'Europe : exemple de l'Espagne

- **Les variantes méridionales du système universel**

L'Europe du Sud a été une région d'industrialisation tardive. Elle a toutefois connu un développement économique rapide au sein des "Trente glorieuses" (1950-1975) - développement qui, pour la plupart de ces pays, s'est accéléré avec la chute des régimes dictatoriaux en place et l'adhésion à l'Union européenne.

Au sortir de la seconde guerre mondiale, des systèmes d'assurance maladie sur un modèle bismarckien furent d'abord mis en place. Les régimes autoritaires et populistes de l'époque, s'appuyant sur une organisation corporative marquée, cherchèrent à favoriser la participation des organisations mutualistes à la protection sociale et à la gestion des établissements de soins.

Cependant, avec la phase de prospérité des années 60 et 70, la nécessité apparut d'assurer une sécurité sociale à l'ensemble de la population hors corporations professionnelles. En effet, les économies des pays d'Europe méridionales se caractérisaient par un secteur d'emploi de travailleurs agricoles indépendants, de services à la personne et de tourisme plus important que dans le reste de l'Europe, de même que par un secteur d'économie informelle développé. La couverture sociale de ces groupes d'actifs, échappant au regroupement corporatif, était ainsi partielle ou incomplète, tandis que, par ailleurs, le chômage commençait à prendre de l'ampleur.

Des services nationaux de santé ont donc été créés afin d'universaliser les systèmes de soins, dès 1978 en Italie, puis en Grèce et sur la péninsule ibérique. Cette création de services nationaux de santé, réforme majeure des systèmes de santé d'Europe du Sud, a aussi été liée à un enjeu de décentralisation, plus particulièrement en Italie et en Espagne - territoires caractérisés par de fortes inégalités régionales. Contrairement aux systèmes beveridgiens anglo-saxons (Royaume-Uni, Irlande) ou nordiques, un financement proche du modèle bismarckien (contributif, cotisations salariales) a été conservé pour financer ces services nationaux de santé – même si aujourd'hui une part de financement fiscalisé a été introduite.

Cependant, bien que permettant l'accès gratuit aux soins de base pour les groupes de population défavorisés, la création des services nationaux de santé s'est accompagnée de pénuries qui ont favorisé la renaissance du secteur privé.

Parallèlement, dès les années 1950, la démographie médicale progressa fortement, favorisée par le retard des gouvernements à la contrôler ; par exemple, on constata ainsi dès la fin des années 1970 l'apparition du chômage chez les médecins en Italie, qui ne cessa ensuite de s'accroître.

Au delà de ces caractéristiques communes, les systèmes de santé des quatre pays ont évolués différemment depuis les années 1980 à aujourd'hui. L'Espagne peut être considérée comme assez représentative d'un tel système de santé dualiste, où le système national de santé d'inspiration beveridgienne cohabite avec un secteur privé développé, le tout répondant à un enjeu marqué d'autonomie régionale. (22)

- **L'exemple de l'Espagne**



FIGURE 13

	ESPAGNE
Capitale	Madrid
Superficie	505 911 Km ²
Population	45,32 millions
Année d'adhésion	1986
Chefs de l'Etat et de Gouvernement au 01.01.2011	Juan Carlos Ier (Roi), José Luis Rodriguez Zapatero (Président du gouvernement)
Monnaie	Euro
Découpage administratif	17 « communautés autonomes » (<i>Comunidades autónomas</i> , régions) ; 50 « provinces » (<i>Provincias</i> , départements)
PIB / habitant, en SPA (Standard de Pouvoir d'Achat)	100 (moyenne UE 27 : 100)
Dépenses en santé (% du PIB)	6,1 %
Indice de Développement humain (IDH)	0,863 (20 ^{ème} mondial)

Données PNUD 2010, CIA. (8) (28)

- **Systeme politique**

L'Espagne est une monarchie parlementaire ; le Roi y a un rôle protocolaire. Elle est dirigée par un gouvernement central national, avec à sa tête un Président du gouvernement (équivalent du Premier ministre), et par des gouvernements régionaux élus.

Actuellement, toutes les régions disposent de pouvoirs autonomes, grâce à un système de délégations de compétences dans les secteurs de la santé, l'éducation, et la police notamment. Le gouvernement central conserve la pleine autorité en politique étrangère et en politique de défense. Il y a 17 régions (*Autonomias*), et deux villes à statuts autonomes. (29)

- **Systeme de santé**

Le système national de santé, l'*Insalud*, fonctionne de manière majoritairement décentralisée : chaque région a ainsi sa propre institution de santé (l'Institut catalan de la santé, le Service andalou de santé...). Des programmes nationaux complètent les lois régionales.

L'hôpital et les soins de base sont gratuits pour tous les résidents ; le patient paye les médicaments à hauteur de 30% en moyenne ; sauf s'ils sont fournis dans le cadre de l'hôpital. Toutefois, l'odontologie (sauf urgences), la psychiatrie et soins esthétiques (chirurgie plastique) sont exclus des soins proposés.

L'accès aux soins est contrôlé par un système de liste d'attente. Le personnel médical employé au sein des *Insalud* régionaux complète la plupart du temps ses revenus par la pratique privée. Par ailleurs, dans certaines régions, l'*Insalud* préfère avoir recours à des prestataires privés plutôt que de développer le système public existant. (29)

L'*Insalud*, au niveau national et régional, est d'abord financée par les cotisations des employeurs et des employés, fixées de manière progressive selon le revenu. Ces fonds sont regroupés en un pôle de sécurité sociale nationale, à partir duquel les retraites, le chômage et les prestations de compensation maladie sont également financés. Une branche séparée de la sécurité sociale existe pour les fonctionnaires. Cependant, le budget global de la santé est véritablement établi par un rapport national annuel, où l'impôt national complète le financement par le travail de la sécurité sociale. (30) (37)

- **Le service national de santé au niveau bucco-dentaire**

Il existe un service de soins dentaires public, opérant au sein de centres de soins primaires (*ambulatorios*) gérés par chaque *Insalud* régional. Ceux-ci procurent uniquement des soins d'urgence, tels que les extractions ou la prescription d'antibiotiques.

Les régions, possédant des compétences déléguées pour la santé, peuvent compléter ce service par des programmes spécifiques (ex : *Programa de Atencion Dental Infantil, PADI*, au pays basque). Actuellement, ces programmes sont essentiellement axés sur la prévention et la dentisterie pédiatrique ; ils peuvent également concerner les dentistes en cabinet privé qui, s'ils sont volontaires, sont rémunérés par capitation par la région. (29)

- ***Le système d'assurance santé privée au niveau bucco-dentaire***

Presque tous les soins de santé bucco-dentaire en Espagne sont assurés en cabinet libéral ou centre de soins privé, sans participation financière de la part de *l'Insalud* : praticiens et patients paient le coût total.

Pour cela, plusieurs compagnies d'assurances (ex : Asisa, Caja Salud, Adeslas, Previa, Sanitas) proposent une prise en charge des soins dentaires. Ces régimes d'assurance santé privée sont des contrats personnels et non mutuels, où chaque individu souscrit à un contrat personnalisé, puis règle les frais (primes) directement à la compagnie d'assurance en fonction des soins reçus.

Les compagnies d'assurance privées sont autorégulatrices, régies par le Droit des assurances (via le bureau général des assurances), et fonctionnent en tant qu'intermédiaires financiers entre le patient et le dentiste.

Les patients qui souscrivent à ces régimes possèdent un «chéquier» pour chaque procédure de soins couverte. Après le traitement, le dentiste est rémunéré par la compagnie d'assurance. Ces chèques peuvent être utilisés comme un paiement partiel pour traitements coûteux, par exemple pour les couronnes et bridges.

Cependant, seuls 18% de la population (2007) utilise ces régimes d'assurance privés pour couvrir leurs frais de soins dentaires. (29)

3. La demande et le recours aux soins bucco-dentaires

En passant brièvement en revue les types de systèmes de santé existant dans l'Union européenne, nous avons abordé essentiellement les aspects relevant des décideurs (politiques) et financeurs (publics et privés).

Cependant, nous assistons récemment à une évolution dans le domaine de la santé publique, visant à recentrer cette dernière sur le consommateur de soins plutôt que de se focaliser sur la seule offre, en tentant avant tout d'évaluer les besoins et/ou demandes de ce consommateur. (21)

Il semblerait qu'une telle évaluation puisse permettre aux décideurs et les financeurs précités d'optimiser leur prise de décision, tant aux échelles nationales qu'à l'échelle de l'Union. De même, le prestataire de l'offre de soins bucco-dentaire souhaitant exercer dans un autre pays de l'Union peut être lui aussi à la recherche de ces informations, pour des raisons similaires d'adaptation et d'optimisation – de son exercice, dans ce cas.

Ainsi, après un passage en revue des données existantes sur l'état de santé bucco-dentaire des patients de l'Union et au vu de leurs limites, nous présenterons un programme visant à harmoniser le recueil des données les concernant, pour enfin aborder le sujet de leur recours aux soins à l'échelle nationale ainsi qu'à l'échelle transfrontalière de l'Union.

3.1. La demande de soins

« Poser le problème des indicateurs de santé, c'est poser le problème de la politique de santé. »

A. GEORGES-GUITTON, Rapport du HCSP « *La santé en France* », 1995. (47)

Un professionnel de l'Odontologie souhaitant exercer dans un pays de l'Union peut légitimement s'interroger sur les spécificités de la patientèle de ce pays : y a-t-il des points communs, des différences entre l'état bucco-dentaire de celle-ci et celle de son pays d'origine ?

La santé bucco-dentaire des patients est ainsi relevée par le biais de divers « indicateurs ».

L'OMS définit les indicateurs comme : « des variables qui aident à mesurer, directement ou indirectement, les changements dans la situation sanitaire et à apprécier dans quelle mesure les objectifs et cibles d'un programme sont atteints ». (48)

Ils englobent donc la notion de « statistiques », car ils définissent des objectifs à atteindre. Les indicateurs permettent ainsi d'analyser et de comparer les performances de groupes de populations ou d'habitants de zones géographiques données, et sont prêts à être utilisés ensuite pour déterminer les priorités politiques. La décision politique se trouve donc à la fois en amont (détermination des objectifs) et en aval de l'indicateur de santé. (47)

Cependant, malgré la multiplicité des études réalisées dans les différents pays, il est relativement difficile de collecter des études portant sur les mêmes indicateurs, réalisées selon la même méthode et à dates fixes. La comparaison entre les données publiées au sein de chaque pays est donc difficile et doit être considérée avec circonspection, comme l'indiquent en préambule (p.26) les auteurs de l'*European Manual of Dental Practice (MDP)* 2009. (29)

3.1.1. Indicateurs de l'OMS en santé bucco-dentaire

L'indice CAO (ou *DMFT* en anglais) du *CAPP (Country/Area Profile Program)* de l'OMS recense le nombre de dents cariées, absentes ou obturées par personne. (49)

Simple d'utilisation, il n'en reflète pas moins un aspect limité de la santé bucco-dentaire des patients (ne reflète rien de l'état de santé du patient en parodontologie, en endodontie, en ODF, en prothèse...). Il est reconnu et utilisé dans tous les pays de l'Union.

3.1.1.1. Le CAO A 12 ans

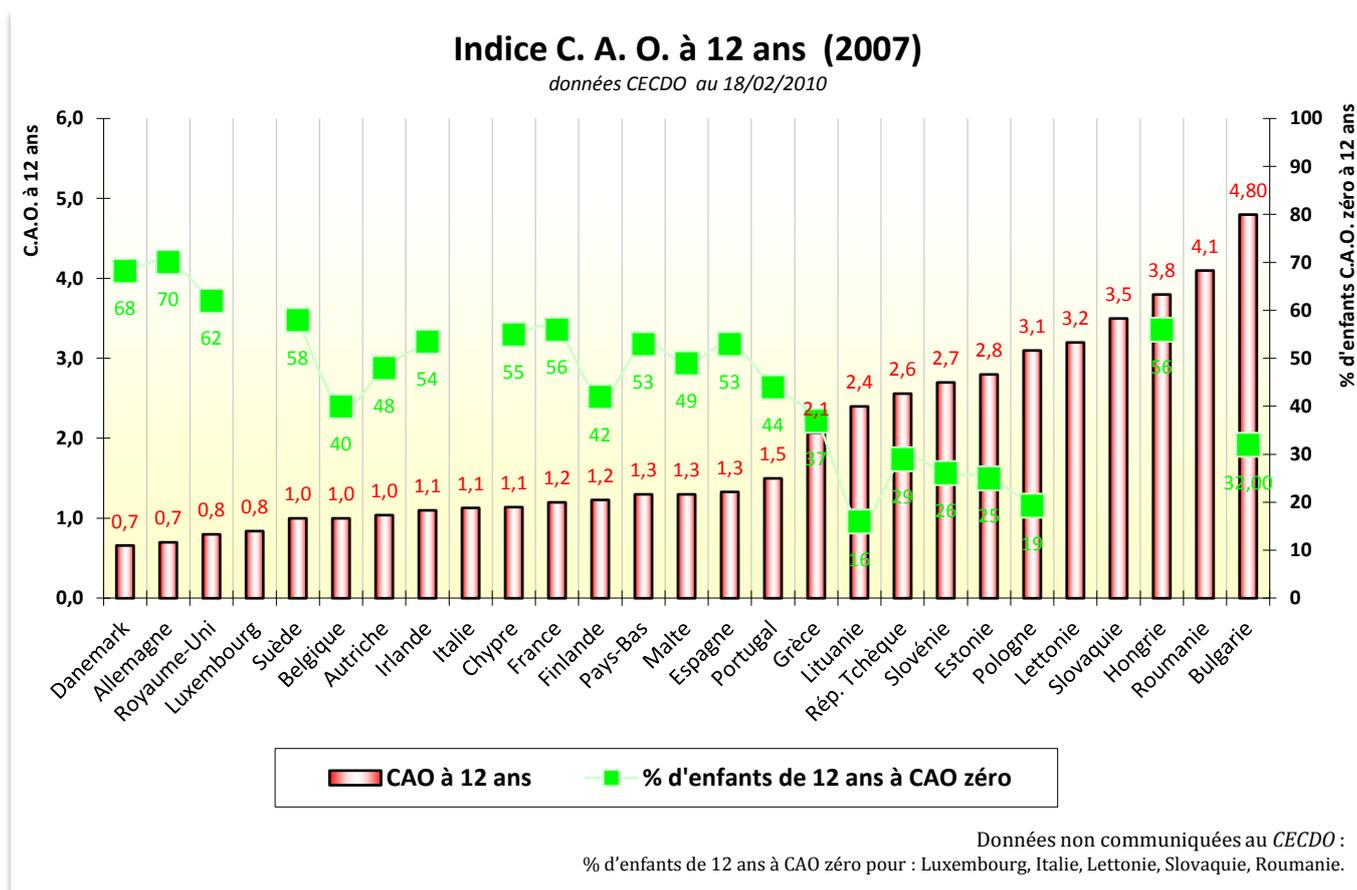


FIGURE 14

Selon l'OMS, une tendance majeure depuis quinze ans, commune à tous les pays de l'Union, constitue en l'amélioration de l'indice CAO chez les enfants de 12 ans (49). Cette évolution est majoritairement attribuée à un changement des habitudes d'hygiène bucco-dentaire, notamment à l'usage massif des dentifrices fluorés (50) (51). Cependant, au vu des données communes les plus récentes (2007), on constate toujours des disparités entre pays, avec un score de 4,8 dents cariées, absentes ou obturées à 12 ans en Bulgarie, contre 0,7 au Danemark.

Il apparaît également que le pourcentage d'enfants de 12 ans obtenant un score CAO égal à zéro est globalement inversement proportionnel au CAO, avec néanmoins des exceptions comme pour la Hongrie par exemple, dont le CAO moyen à 12 ans et le pourcentage d'enfants de 12 ans à CAO zéro sont tous deux relativement élevés. Une exception de ce type suggère une hétérogénéité dans la répartition du CAO au niveau national, autrement dit le fait qu'un pourcentage restreint d'enfants concentre un grand nombre de dents cariées, absentes ou obturées.

Comment expliquer ces différences entre pays ? Certains auteurs ont tenté d'en trouver les facteurs responsables.

Contrairement à celui des adultes, il semblerait que les variations du CAO chez les enfants de 12 ans soient indépendantes de l'accès aux professionnels de l'odontologie et du type de système de

santé du pays. Les facteurs faisant diminuer le CAO à 12 ans seraient plutôt les niveaux de revenu et d'éducation des populations (nombre d'années de scolarité) (52). Il se trouve que ces deux paramètres font toujours l'objet de différences entre pays au sein de l'Union, se répercutant donc vraisemblablement sur le CAO à 12 ans. Toutefois, il est à noter que les inégalités de revenus sont en train de se réduire entre l'Est et l'Ouest de l'Union (cf. partie 4.1.6 : « Revenus »).

3.1.1.2. Le pourcentage d'édentés totaux à 65 ans

Les données récentes concernant le CAO chez les patients entre 12 et 65 ans sont difficiles à collecter pour tous les pays de l'Union, à l'heure actuelle (29).

Le pourcentage de patients édentés totaux à 65 ans est en revanche une donnée accessible et mesurée dans tous les Etats-membres.

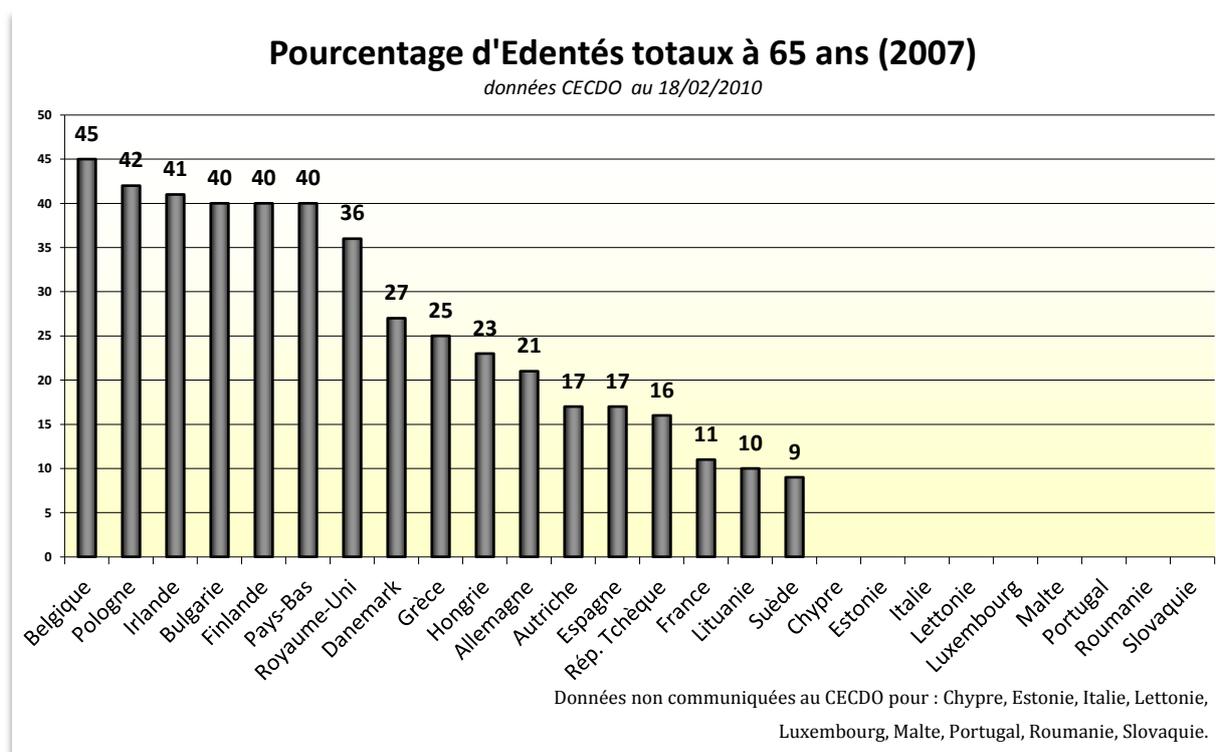


FIGURE 45

Le pourcentage d'édentés totaux à 65 ans semble faire l'objet de différences importantes entre pays membres, dans un écart allant de plus de 1 à 6 – de 9% en Suède à 45% en Belgique.

Par rapport à ce que l'on peut observer chez les enfants, il semblerait que les différences entre pays chez les adultes soient liées non seulement aux niveaux de revenus et d'éducation des populations, mais également au recours aux professionnels de l'odontologie (évaluée comme étant plus importante dans les systèmes bismarckiens) et à la proportion de jeunes adultes - ces deux derniers facteurs faisant diminuer le CAO (52).

Les différences de niveaux de revenus et d'éducation ainsi que de recours aux professionnels de l'odontologie pourraient donc notamment expliquer, selon ces auteurs, les écarts de résultats observés sur le pourcentage d'édentés totaux à 65 ans entre pays européens.

3.1.2. Le projet *EGOHID*

En dehors des indicateurs OMS, il existe de nombreux autres indicateurs en odontologie, établis par divers auteurs et associations, différents ou communs entre certains pays.

Cependant, il semblerait qu'une profusion d'indicateurs internationaux conduise inévitablement à un manque d'informations standardisées entre pays, peu compatible d'une part avec une politique efficace de surveillance de la santé, et d'autre part avec la volonté de simplifier la recherche d'informations pour le prestataire de soins envisageant un exercice dans un autre pays de l'Union. En effet, ces informations, de part leurs sources et leurs natures variées, sont difficiles à collecter, à transmettre et à mettre en relation.

C'est pour répondre à ce besoin que le projet *ECHI* a été mis en place dans le domaine de la santé générale par l'Union européenne (*European Community Health Indicators – Indicateurs de santé de la communauté européenne*), dans le cadre du plan santé 2003-2008 de l'Union. (53)

Une liste de 88 indicateurs officiels est née de ce projet, dont 40 étaient déjà appliqués en 2010, et mis à disposition du public sur internet via l'outil de recherche *HEIDI (Health in Europe : Information and Data Interface)*. *ECHI* est poursuivi par le projet *ECHIM* de 2008 à 2013, poursuivant la collecte des données pour les indicateurs *ECHI* restants, et visant à les installer dans un système durable de surveillance de la santé. (54)

A l'instar du projet *ECHI*, dans le domaine de la santé bucco-dentaire, le projet *European Global Oral Health Indicators Development (EGOHID I et II)*, appartenant au Programme SANCO de l'Union (surveillance de la santé), a été conduit de 2003 à 2008.

Après avoir établi un consensus sur les cinq principaux déterminants de la santé bucco-dentaire (facteurs de risque et de prévention - *Oral Health Determinants*) et sur les critères de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (*Oral Health Related Quality of life*) (55), les chercheurs du projet *EGOHID* se sont accordés pour définir les 40 principaux indicateurs de la santé bucco-dentaire (*Oral Health Indicators*), en concertation avec les professionnels et associations dentaires des différents pays de l'Union. (56)

Les indicateurs y sont classés en 4 grands thèmes :

- Santé bucco-dentaire des enfants et adolescents
- Santé bucco-dentaire de la population générale
- Systemes de santé bucco-dentaire
- Qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.

Au sein de chacun de ces thèmes, les indicateurs présentés peuvent porter respectivement sur les déterminants, les processus ou les conséquences de l'état de santé bucco-dentaire (« avant, pendant, après »). Ils couvrent les différents domaines de l'odontologie (parodontologie, odontologie pédiatrique...). Citons quelques-uns de ces indicateurs à titre d'exemple :

- Couverture en traitement orthodontique
 - Arrêt de la consommation de tabac
 - Prévalence de la prothèse amovible
 - Inconfort psychologique lié à la santé bucco-dentaire
- Etc.

La liste complète des titres des 40 indicateurs figure en annexe (annexe I).

Suivant la norme de l'OMS (1996), chaque indicateur y est défini par 9 aspects : un titre, une justification de sa sélection, une définition, une définition des termes importants, les sources de données, les méthodes recommandées pour la collecte de données, les utilisations de l'indicateur, les formats recommandés de présentation, et les références d'informations complémentaires.

L'une des réalisations majeures de l'*EGOHIDP* a ainsi été la publication du catalogue des 40 principaux Indicateurs de la santé bucco-dentaire en 2005, dans une optique d' « aide à la décision » dans la gouvernance en santé bucco-dentaire. Le but de ce catalogue est de servir de base aux études à mener, afin de fournir à terme des informations standardisées aux décideurs pour leur permettre d'organiser, évaluer et planifier les politiques et stratégies de la santé les plus adaptées, selon le concept actuel de « surveillance de la santé », englobant l'épidémiologie. (56)

Après 2008, une deuxième phase doit consister notamment en la diffusion d'un questionnaire précis, déjà créé spécifiquement pour mesurer les 40 indicateurs du catalogue. Pour cela, la surveillance de la santé bucco-dentaire devra se développer et s'installer dans chaque pays, par la mise en place d'un réseau de dentistes « sentinelles » en santé publique chargés de la collecte régulière des informations, et aidés par un manuel adéquat proposé par l'*EGOHIDP*. (57)

Le projet *EGOHID* a donc abouti sur la création d'outils qui, s'ils sont mis en place – possiblement dans un futur proche –, pourraient être à même d'établir non seulement une analyse comparative fiable, complète et synthétique des états de santé des patients et des systèmes de santé bucco-dentaire de l'Union, mais aussi une régulière et nécessaire réactualisation des données obtenues.

Un tel processus d'évaluation de la demande pourrait ainsi contribuer de manière importante à ajuster les politiques de promotion de la santé au plus près des patients.

3.2. Le recours aux soins

Selon J.S. Bradshaw, si la demande peut être considéré comme synonyme de « besoin exprimé », le recours aux soins est, quant à lui, qualifié de « demande effective » : il a lieu quand la demande rencontre l'offre et l'utilise. (58)

3.2.1. Fréquence du recours aux soins et facteurs l'influençant

Les données sur la fréquence de consultation d'un professionnel de l'odontologie au cours de l'année écoulée (2007) ont été recueillies par le *CECDO* auprès des associations nationales.

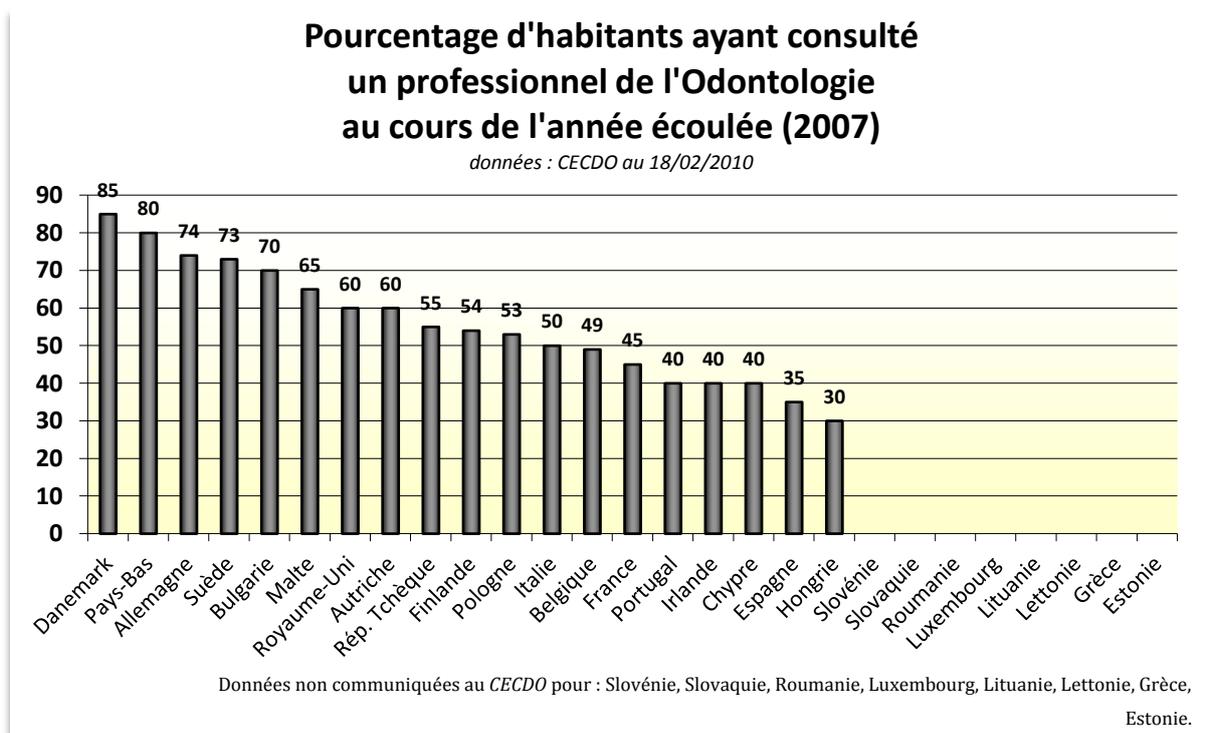


FIGURE 16

Nous pouvons constater que dans l'Union européenne, un pourcentage de la population allant de 30 à 85% selon le pays s'est rendu chez un professionnel de l'odontologie au cours de l'année écoulée (les données n'ont pas pu être recueillies pour huit pays). Aucune tendance marquée, par type de système de santé par exemple, ne semble se dessiner.

Peut-on à l'heure actuelle tenter d'expliquer ces variations ?

K.A. Eaton, chercheur en santé publique dans le domaine de la santé bucco-dentaire, s'est notamment intéressé dans sa thèse de *Physician Doctor* aux facteurs influençant la demande et le recours aux soins des individus en collectant des études menées dans divers pays européens, et en résume les conclusions au sein d'un document présenté dans l'*EGOHID Report's Procedure*.

Ainsi, les facteurs influençant la demande effective en prévention, diagnostic et traitements bucco-dentaires (« recours aux soins ») n'auraient que « peu à voir avec la biologie ou la pathologie », selon ses termes, mais dépendraient de chaque individu.

Ces facteurs semblent faire consensus dans les différentes études rapportées :

- L'âge : les personnes âgées auraient moins fréquemment recours aux soins que les individus jeunes et d'âge moyen.
- Le genre : les femmes auraient plus fréquemment recours aux soins que les hommes.
- Le niveau d'éducation, le statut professionnel : s'ils sont élevés, le recours aux soins augmente.
- La capacité à savoir parler la langue du pays de résidence : elle augmenterait le recours aux soins.
- Les facteurs psychologiques, les croyances : la peur, la paresse, et le souvenir d'une mauvaise expérience passée diminueraient la fréquence du recours aux soins, tandis que le fait d'accorder de l'importance aux soins et à l'hygiène dentaires, ainsi que d'avoir un mode de vie sain augmenteraient cette fréquence.
- Le besoin en soins perçu : le fait d'être édenté total ou de posséder un petit nombre de dents diminuerait la fréquence de recours aux soins. A l'inverse, elle augmenterait chez les individus percevant pour eux-mêmes un besoin important en soins.
- Le coût des soins : il semble avoir une grande influence sur le recours aux soins des personnes âgées, et une influence moindre sur celui des jeunes adultes. Différents facteurs relatifs au coût des soins ont été rapportés : le système de prise en charge du coût des soins semble jouer un rôle significatif. Ainsi, le recours aux soins augmente en présence d'un système tiers (assurance santé par exemple) payant le coût des soins autre que le patient lui-même. Par ailleurs, le coût imaginé par le patient peut être supérieur au coût réel des soins.
- L'offre de soins : l'influence en elle-même sur le recours aux soins de la variation nombre de dentistes dans une région ou un pays donnés fait débat. Les auteurs s'accordent toutefois à dire que vivre en zone urbaine augmente la fréquence du recours aux soins par rapport au fait de vivre en zone rurale. Mais d'autres facteurs liés au lieu de vie (revenus, éducation, croyances...) semblent avoir une influence conjointe.

Cependant, Eaton relève qu'aucun de ces facteurs ne semble avoir d'effet de manière isolée sur le recours aux soins. Ceux-ci font l'objet de variations à diverses échelles – nationale, régionale et individuelle entre autres. C'est pourquoi l'analyse des différences constatées entre Etats-membres lors du recueil des données CEEDO paraît difficile à l'heure actuelle.

Eaton conclue d'ailleurs cette partie en soulignant le faible nombre d'études menées sur différents pays et portant sur l'influence de l'offre et du système de santé (lié également à la prise en charge du coût) sur la fréquence du recours aux soins ; il estime ainsi indispensable de mettre en place un système de surveillance de la santé bucco-dentaire performant à l'échelle européenne. (59)

3.2.2. Répartition par secteur (public/privé) du recours aux soins

Il n'existe pas de définition juridique européenne de la notion de « secteur public ».

Il est néanmoins d'usage de le définir comme le secteur regroupant toutes les activités économiques et sociales prises en charge par trois composantes : les administrations, les entreprises publiques et les organismes publics de sécurité sociale (dont les caisses nationales). (21)

Cette troisième composante est particulièrement intéressante à prendre en compte dans le cas des structures de santé bucco-dentaires ; il peut exister en effet, dans les pays à caisses d'assurance maladie, une offre de centres de soins dentaires gérés par celles-ci. Par ailleurs, les établissements des systèmes nationaux de santé peuvent appartenir à la première ou à la deuxième composante du secteur public.

Le secteur privé regroupe donc, à l'inverse, les activités économiques et sociales non prises en charge financièrement par les trois composantes du secteur public. Dans le secteur de la santé, il comprend principalement les cabinets libéraux et les centres de soins privés (« cliniques »). (25)

En l'absence de données fiables et comparables concernant le recours par les patients aux structures de soins selon leur caractère public ou privé (données sur la fréquentation par exemple), nous souhaitons tout de même tenter d'en obtenir une indication, en nous penchant sur la répartition des dépenses en santé bucco-dentaire dans chaque pays de l'Union selon le type de structure : plutôt dans le secteur public, ou dans le secteur privé ?

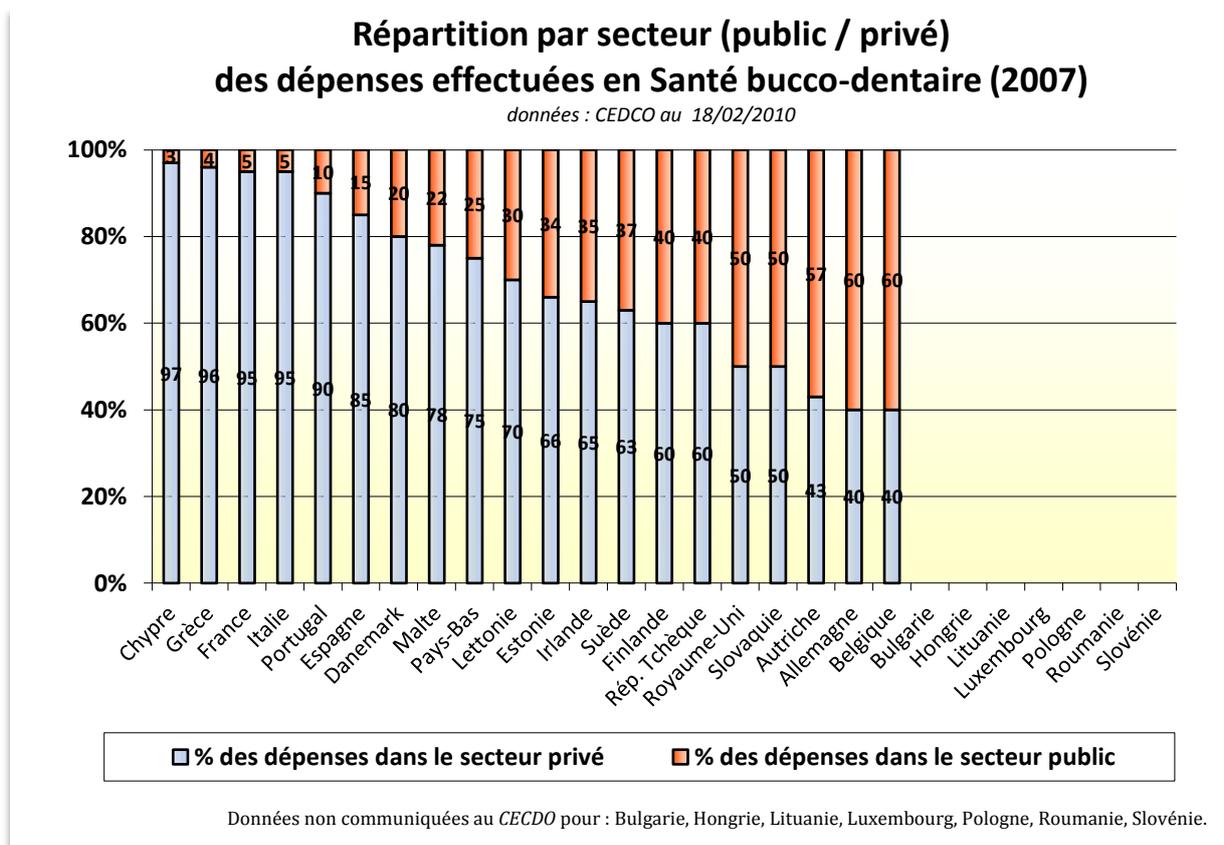


FIGURE 17

On constate une certaine diversité dans l'Union en ce qui concerne la répartition des dépenses de santé bucco-dentaire selon le secteur, public ou privé (données non disponibles pour sept pays).

Pour certains pays, celle-ci semble suivre la répartition apparente de l'offre de soins, lié au système de santé en vigueur. Il apparaît que les dépenses dans le secteur privé sont les plus importantes dans les pays d'Europe du Sud (Espagne, Portugal, Italie, Grèce), où, comme nous l'avons vu pour l'exemple de l'Espagne, les soins dentaires publics se limitent à la prise en charge des urgences et à quelques programmes spécifiques, laissant un quasi-monopole au secteur privé.

Dans d'autres pays, tels la France ou le Danemark, la prédominance du secteur privé peut s'expliquer par une forte tradition d'exercice libéral au sein des professions de santé. De plus, en France par exemple, les caisses d'assurance maladie n'interviennent pas directement dans le financement du cabinet et la rémunération de son équipe soignante : c'est au patient de se faire rembourser (hors cas de la CMU).

On trouve ensuite des pays à système bismarckien mixte et d'Europe centrale et de l'Est, tels les Pays-Bas, Lettonie, Estonie.

Les données n'ont pas été obtenues pour six pays de l'Est de l'Europe et pour le Luxembourg.

Enfin, certains pays à système national de santé, tels que la Suède, l'Irlande, et le Royaume-Uni, avec respectivement 37, 35 et 50% de dépenses de santé bucco-dentaire dans le secteur public, sont au-dessus de la moyenne des pays étudiés, mais se placent pourtant derrière la Belgique (60%), l'Allemagne (60%) et l'Autriche (57%), pays de type bismarckien ne comportant pas de systèmes nationaux de santé.

Ces derniers résultats peuvent sembler paradoxaux, mais pourraient s'expliquer en partie par deux facteurs : d'une part la saturation de l'offre de soins dépendant des systèmes nationaux de santé (listes d'attente), poussant la demande non encore satisfaite vers le secteur privé, et d'autre part la part directe de financement des caisses d'assurance maladie (assimilé au secteur public) dans les cabinets libéraux en Allemagne (via les KZV) par exemple - mode d'exercice majoritaire.

Nous ne pouvons donc pas tirer de conclusions rationnelles de l'étude de ces données, à interpréter avec précaution : le CEEDO ne précise pas si un seuil de financement issu du secteur public était fixé dans cette étude (2007) pour que la structure soit considérée comme appartenant au secteur public (exemple des cabinets dentaires en Allemagne financés partiellement par les KZV) ou pas, et si oui lequel.

3.2.3. Recours aux soins à l'échelle de l'UE : la mobilité transfrontalière

Les patients de l'Union européenne peuvent recevoir des soins bucco-dentaires dans leur pays de résidence, mais également dans les autres Etats-membres. Comment y sont-ils autorisés légalement, et dans quelle mesure ont-ils effectivement recours à ce droit ?

Deux textes majeurs autorisent et encadrent le recours aux soins transfrontaliers dans l'UE : l'Acquis de Schengen, et la directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

3.2.3.1. L'Acquis de Schengen

L'Acquis de Schengen autorise la libre circulation des personnes et harmonise les contrôles des voyageurs au sein de l'espace constitué par ces Etats. Aujourd'hui, l'ensemble de ce dispositif participe à l'objectif de faire de l'UE un « espace de liberté, de sécurité et de justice ». L'article 2.2 permet toutefois de rétablir de façon temporaire un contrôle des personnes à ses frontières ou dans certaines régions d'un pays pour des raisons d'ordre public ou de sécurité, laissées à la libre appréciation de chaque Etat et conformément à la convention européenne des Droits de l'Homme.

L'espace Schengen regroupe, en 2011, 22 Etats-membres de l'UE et 3 Etats associés : deux des trois pays supplémentaires de l'Espace économique européen (EEE ; l'Islande et la Norvège, mais pas le Lichtenstein) et la Suisse. Le Royaume-Uni, l'Irlande, la Bulgarie, la Roumanie et Chypre sont les pays de l'UE à ne pas avoir rejoint totalement l'espace Schengen.

L'espace Schengen repose sur les accords de Schengen (1985, entre les pays suivants : Allemagne, France, Belgique, Pays-Bas, Luxembourg), ratifiés ensuite par différents pays, puis adoptés par la convention de Schengen (1995) et appliqués par différentes mesures. L'ensemble de ces textes constitue l'Acquis de Schengen. Inclut dans le traité d'Amsterdam en 1999, l'Acquis de Schengen fait partie du Droit de l'UE (décisions du Conseil 1999/435/CE et 1999/436/CE). (60)

3.2.3.2. La directive 2011/24/UE sur les soins transfrontaliers

La directive sur les soins transfrontaliers, proposée en 2008 par la Commission, a été votée par le Parlement et validée par le Conseil le 9 mars 2011. Elle doit maintenant être transposée dans le Droit national de chaque pays, et la Commission devra rendre un rapport sur son application dans cinq ans. Elle fait suite au règlement de coordination des régimes de sécurité sociale existant depuis 1971, élargissant les soins concernés. (61)

L'objectif de la directive 2011 est de permettre aux citoyens de se faire rembourser des soins effectués dans un autre Etat de l'Union que dans celui dans lequel ils cotisent, conformément à la jurisprudence de la Cour de justice européenne (Arrêts Kohll et Decker, C-120/95 et C-158/96, 1998). (62)

Concrètement, un praticien devra établir aux patients étrangers venant d'un Etat de l'UE les mêmes tarifs que pour sa clientèle nationale, et le patient sera remboursé par le système de sécurité sociale obligatoire de son pays, sur la même base que si le soin y avait été effectué, et sans excéder le coût réel des soins. Cependant, pour les soins nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation ou certaines technologies coûteuses en ambulatoire, le patient aura toujours

l'obligation d'obtenir une autorisation préalable de son assurance maladie. Il a l'obligation dans tous les cas d'avancer lui-même les frais.

Par ailleurs, en cas de besoin de soins dits « imprévus et médicalement nécessaires » lors de séjours dits « temporaires » (vacances, études, déplacements professionnels), la Commission administrative sur la sécurité sociale des travailleurs migrants (CASSTM) a adopté dès 2003 trois décisions (n°189, 190 et 191) introduisant la « carte européenne d'assurance maladie » (CEAM) pour tous les affiliés aux systèmes nationaux de sécurité sociale de l'UE, de l'EEE et de Suisse, remplaçant ainsi l'ancien formulaire E111. Avec la CEAM, si la prestation est gratuite dans le pays de séjour, elle le sera aussi pour le titulaire de la carte ; si ce dernier doit avancer les frais, il lui sera possible de se faire rembourser soit par le système de sécurité sociale du pays de séjour, soit par celui de son pays d'origine. Le but est ainsi d'éviter d'interrompre un séjour « temporaire » en raison de soins de santé. (63)

Cependant, au delà du remboursement des soins, la directive 2011 sur les soins transfrontaliers innove. Tout d'abord, en matière d'information du patient, elle prévoit des points de contact par pays pour informer le patient des conditions dans lesquelles sont effectués les soins dans les autres pays. Par ailleurs, le texte soutient la création de différents réseaux européens :

- des réseaux européens de référence des prestataires de soins de santé, dont l'objet est de contribuer à favoriser l'accès à des soins hautement spécialisés ;
- un réseau d'évaluation des technologies de la santé ;
- un réseau lançant et coordonnant l'offre de services de santé en ligne, tout d'abord par le biais d'actions pilotes. (61)

3.2.3.3. Le recours effectif aux soins transfrontaliers dans l'UE : le projet *E4P*

Bien que ce sujet connaisse un certain engouement médiatique par le biais de l'expression « tourisme médical », nous pouvons, à l'instar des contributeurs au projet *Europe for Patients (E4P)*, constater le manque d'études fiables existantes à ce jour, rendant délicate la mise en place de décisions politiques optimales.

Le projet *E4P* est un projet de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé – branche de l'OMS – soutenu financièrement par l'Union européenne. Lancé en février 2004, il a pour mission d'étudier les avantages et les défis présentés par la mobilité des patients dans l'UE. L'objectif est de permettre aux décideurs politiques au niveau européen et national de prendre des décisions concertées et coordonnées afin que la mobilité se fasse dans le bénéfice des citoyens/patients, à différents niveaux (régional, national, européen). (64)

Dans le rapport *E4P* 2006, cinq types de recours aux soins transfrontaliers ont ainsi été distingués et illustrés par des exemples :

- 1^{er} type : Les patients ayant besoin d'un soin lors d'un séjour à l'étranger temporaire : vacances, travail.... Ex. : la région de Venise (Italie).

- 2^{ème} type : Les patients résidant dans un autre pays de l'UE au long cours. Ex : certaines régions d'Espagne.
- 3^{ème} type : Les patients appartenant à une communauté culturelle ou linguistique divisée par une frontière. Ex : certaines régions d'Allemagne, Belgique, Estonie, France, Irlande, Slovaquie, Espagne.
- 4^{ème} type : Les patients recherchant des soins de prix, de qualité ou d'accès (absence de listes d'attente) plus avantageux que dans leur pays d'origine. Ex : Belgique, Slovaquie, Estonie.
- 5^{ème} type : Les patients envoyés à l'étranger par leur propre système de santé, afin de bénéficier de soins hautement spécialisés. Ex : Malte, patients du *Zeeuws-Vlaanderen* (Pays-Bas) se rendant en Belgique.

Le rapport *E4P* met avant tout en évidence la quasi-inexistence de données recueillies par les systèmes de santé sur la nationalité des patients, et pour celles néanmoins collectées, leur caractère incomplet. Les auteurs soulignent également un niveau de coopération moindre du « secteur privé » par rapport au « secteur public » en ce qui concerne la transmission d'informations, mais également le manque de communication entre les deux secteurs.

L'une des rares études exploitables, effectuée en 2001 par la *Techniker Krankenkasse* (Allemagne) citée dans le rapport *E4P*, a mis en évidence la mobilité de ses affiliés : 80% se déplacent au moins une fois à l'étranger chaque année. De 2 à 5% de ces 80% ont eu recours à des soins à l'étranger, ceux-ci représentant 0,5% de leurs dépenses totales de santé.

Les zones de l'UE à forte fréquentation touristique semblent toutefois comporter un taux plus élevé de soins transfrontaliers que les autres (1^{er} type). Une étude détaillée dans le *E4P* concernant la région de Venise, rapporte que pendant la saison d'été 2004, 25% des recours à des soins en ambulatoire ont concerné des étrangers, contre 75% de nationaux. Les trois régions autour de la ville de Venise ont ainsi mis en place un service saisonnier de 18 centres de soins spécialement dédié aux touristes.

Une autre étude citée dans le rapport *E4P* est plus spécifiquement ciblées sur les soins dentaires transfrontaliers, non pas à l'échelle d'une région (touristique ou non), mais à l'échelle d'un pays.

Elle prend l'exemple d'un entrant 2004 de l'UE, la Slovaquie. 40% des 730 dentistes contactés ont répondu. Il en ressort qu'entre 2000 et 2002, 75 % des dentistes slovaques ont traité 5 cas ou moins de patients étrangers par an. De plus, 15 dentistes sur 730 ont concentré 70% des cas, ceux-ci se concentrant sur les régions frontalières avec l'Italie et l'Autriche, et les patients étrangers étant dans leur quasi-totalité Italiens ou Autrichiens. L'étude ne précise pas les facteurs conduisant ces patients étrangers à avoir recours à des soins dentaires en Slovaquie.

Il ressort toutefois de cette dernière étude que la **présence simultanée de deux facteurs** semble jouer un **rôle déterminant dans le déclenchement d'une mobilité transfrontalière dans un but de recours aux soins** : la proximité géographique (absence de patients étrangers autres qu'Italiens et Autrichiens, et concentration des dentistes les recevant aux zones frontalières avec ces

deux pays), et l'écart de pouvoir d'achat entre pays (absence de patients Croates et Hongrois, pourtant également frontaliers – cf. partie 4.1.6 : « Revenus »). (64)

Enfin, selon C. GASS, qui a consacré une thèse de doctorat d'Etat en odontologie à « l'exemple de patients français partis en Hongrie dans un but de recours aux soins » (Strasbourg, 2007), le comportement des patients suivrait l'évolution du marché mondial, les soins peu pris en charge dans un pays donné tels les prothèses optiques et dentaires étant soumis au jeu de la concurrence. L'augmentation du trafic aérien et l'utilisation d'internet seraient des facteurs supposés faciliter le recours aux soins transfrontaliers – du 4^{ème} type de l'*E4P* (65). Cependant, le phénomène actuel de diminution de l'écart de niveau de vie entre les pays de l'UE (cf. partie « Revenus ») entraînera probablement, s'il se poursuit, une homogénéisation des tarifs à moyen terme, et par conséquent une diminution de la mobilité des patients dans l'Union dans le but de réduction des frais de santé – l'un des facteurs motivant le 4^{ème} type de mobilité de l'*E4P*.

Ainsi, après passage en revue des études disponibles, le rapport *E4P* conclue sur le fait que le recours aux soins transfrontaliers dans l'UE semble être un phénomène marginal, « la plupart des patients préférant être traités à proximité de leur domicile, près de leurs proches, dans un système avec lequel ils sont familiers et auprès de professionnels de santé parlant la même langue, où il savent ce qu'ils sont en mesure de demander et de recevoir. Les soins à l'étranger ne sont presque jamais le premier recours, mais plutôt le résultat de circonstances spécifiques » (p.195).

Néanmoins, la conclusion du rapport rappelle l'importance relative du phénomène de recours aux soins transfrontaliers dans certains domaines et contextes, tels que dans les zones touristiques et les régions frontalières, où les fournisseurs de soins ont développé des stratégies spécifiques. En outre, alors qu'il représente une faible part des soins, ce phénomène peut entraîner des dépenses supplémentaires au sein des systèmes de santé, en raison des coûts engagés pour le transport et l'hébergement, ainsi que pour assurer la coopération entre les prestataires de soins dans une recherche de qualité et de continuité. (64)

Il semble donc exister un besoin en mécanismes de planification, de mise en œuvre et de suivi des soins concernant les soins transfrontaliers, ainsi qu'au niveau de la collecte et de la transmission des informations entre les différents acteurs des systèmes de santé.

4. L'offre de soins bucco-dentaire

4.1. Les praticiens de l'art dentaire

Diversement nommés selon les pays – chirurgiens-dentistes en France, *Zahnartz* en Allemagne ou encore *dental practitioners* au Royaume-Uni –, les dentistes sont nommés légalement « praticiens de l'art dentaire » par l'Union européenne. Ce sont des professionnels de santé ayant validé une formation leur conférant, selon la directive 2005/36/CE ou « PQD » (art. 22), les « compétences nécessaires pour l'ensemble des activités de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants ». (66)

Récemment, le 15/12/2009, l'ISO, organisation internationale de normalisation, a publié une nouvelle norme intitulée ISO1942, remplaçant le terme « art dentaire » par celui de « médecine bucco-dentaire ». Ce dernier terme sera donc amené à être employé dans les textes futurs en langue française des pays membres de l'ISO, parmi lesquels les pays de l'UE. (67)

4.1.1. Formation initiale

4.1.1.1. Présentation : les traditions odontologique et stomatologique

« La profession de praticien de l'art dentaire repose sur la formation dentaire visée à l'article 34 et constitue une profession spécifique et distincte de celle de médecin, qu'il soit ou non spécialisé. »

Directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (« PQD »)

2005/36/CE, art. 36, alinéa 2. (66)

En 2011, la formation initiale des praticiens de l'art dentaire est réalisée à travers un cursus spécifique et unique : les études en odontologie, filière indépendante de la formation des études de médecine dans tous les pays de l'UE, suivant la directive PQD.

Cependant, cela n'a pas toujours été le cas. En effet, deux traditions se sont côtoyées en Europe : l'odontologie (dentisterie en tant que discipline autonome) et la stomatologie (dentisterie en tant que spécialité de la médecine).

L'odontologie a été en vigueur principalement dans les pays de l'Ouest et du Nord de l'Europe, tandis que la stomatologie a concerné les pays du Sud et de l'Est de l'Europe. Au sein des deux traditions, un minimum de cinq années d'études était requis, celles-ci comportant à la fois des parties théoriques et des parties pratiques. (68)

Les deux types de formation comportaient néanmoins d'importantes différences. Une étude de T. Zelles et al. relève que le nombre d'heures dévolues aux matières scientifiques et médicales pures était de 56% supérieur dans les études stomatologiques par rapport aux études odontologiques, et que le nombre d'heures dévolues aux sujets purement dentaires y était de 27% inférieur. (69)

Cependant, les premières directives de reconnaissance mutuelle des qualifications pour les praticiens de l'art dentaire (à partir de 1978) ont instauré l'odontologie comme base commune de formation initiale pour les Etats-membres. Dès 1978 ou à partir de leur entrée dans l'UE, les pays à formation stomatologique ont ainsi dû effectuer une transition progressive vers une formation odontologique, indépendante des études de médecine.

En Italie, par exemple, les universités en odontologie les plus anciennes ont été créées dans les années 1980 ; tandis qu'en Autriche, Etat-membre depuis 1995, les premières formations en odontologie ont débuté en 1998. Par ailleurs, les pays de l'Est de l'Europe ont dû investir dans de nouvelles infrastructures lors de cette transition, accompagnant leur entrée dans l'UE – le niveau d'équipement clinique, notamment, ayant été plus faible dans les formations stomatologiques des anciennes républiques satellites de l'URSS. (70)

Aujourd'hui, la stomatologie peut être reconnue dans certains pays en tant que spécialité des praticiens de l'art dentaire qui en ont suivi la formation. Plus exceptionnellement, en France par exemple, les études en stomatologie et études en odontologie coexistent, et sont toujours maintenues depuis l'entrée en vigueur des directives – la filière en odontologie existant en parallèle. (68)

D'une part, dans leur transformation en études odontologiques, les filières stomatologiques ont effectivement eu la nécessité d'inclure des heures d'enseignement de matières dentaires, et ont supprimé des heures de sciences médicales pures en échange. Mais d'autre part, depuis la fin des années 1990 notamment, on assiste à une prise de conscience au sein des formations odontologiques sur l'importance d'inclure plus de matières liées aux pathologies générales (*human diseases*), liée à la reconnaissance d'une interdépendance entre santé générale et santé bucco-dentaire, et ce dans le but d'une meilleure intégration des praticiens de l'art dentaire au sein d'un « réseau de soins primaires » (*primary health care network*). (70) (71)

4.1.1.2. A l'échelle de l'UE

- **Législation**

Selon l'annexe V de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles 2005/36/CE (dite « PQD »), les praticiens de l'art dentaire constituent l'une des sept professions dites « sectorielles ». Celles-ci sont des professions « réglementées » et à « formation harmonisée » dans tous les Etats-membres de l'UE – ainsi que, dans des modalités parfois différentes, dans les pays de l'Espace économique européen (EEE). Le diplôme obtenu dans un pays de l'UE, si la formation a été

commencée après une certaine date précisée pour chaque pays dans la même annexe, est ainsi reconnu automatiquement dans les autres pays de l'UE et de l'EEE.

Cette « formation harmonisée » est présente depuis les premières « directives dentaires » (1978 : directives 78/686, 687, 688/EEC). Elle repose sur trois impératifs :

- une durée d'études de 5 années minimum ;
- un socle d'enseignement commun, constitué obligatoirement d'un ensemble de matières.

Une ou plusieurs d'entre elles peuvent être enseignées au sein d'une autre matière ou en association.

- l'élaboration et modification de ce socle par un comité spécialisé, l'ACTDP (Advisory Committee on the training of Dental Practitioners). Celui-ci émet également des outils d'évaluation à l'intention des Universités et Ecoles dentaires – non incorporés légalement dans les directives. (72)

Les matières constituant le « socle commun » mentionné dans la récente directive « PQD » 2005/36/CE sont les suivantes :

Matières médico-biologiques et matières médicales générales	Matières liées à l'odontologie	
<ul style="list-style-type: none"> - anatomie - anatomie pathologique - anesthésiologie - biochimie (ou chimie physiologique) - chirurgie générale - dermato-vénérologie - embryologie - histologie, y compris cytologie - hygiène - médecine générale, y compris pédiatrie - médecine préventive et épidémiologie - microbiologie - neuropathologie - oto-rhino-laryngologie - pathologie générale - pharmacologie - physiologie - physiothérapie - psychologie générale - psychopathologie - radiologie 	<ul style="list-style-type: none"> - anesthésiologie et sédation en dentisterie - aspects sociaux de la pratique dentaire - biomatériaux dentaires et d'équipement - chirurgie spéciale - dentisterie préventive - occlusion dentaire et fonctions liée à l'ATM - odontologie conservatrice - organisation professionnelle, éthique et législation - orthodontie - parodontologie - pathologie spéciale - pédodontie - pratique clinique - prothèse - radiologie dentaire 	
		Matières de base
		<ul style="list-style-type: none"> - biologie - chimie - physique

Source: Journal officiel de l'Union européenne 30/9/05, p.115 (traduit de l'anglais) (66)

Ces listes de matières peuvent être modifiées selon la procédure visée à l'article 58, paragraphe 2 de la PQD, en vue de leur adaptation au progrès scientifique et technique. (66)

S'il doit obligatoirement respecter la base commune énoncée dans les directives, le contenu de la formation reste de la responsabilité de chaque Etat-membre, ce qui laisse la possibilité de différences. (68)

- **Le processus de Bologne**

Cependant, la liberté d'exercice accordée à travers l'Union d'une part, la volonté d'optimiser la formation par un échange de « bonnes pratiques » d'autre part, conduisent à une convergence progressive de la formation en odontologie sur certains critères, tant dans l'intérêt des professionnels que dans celui des patients.

Le processus de Bologne engage chaque pays signataire à réformer sur une base volontaire son propre système d'enseignement. Cette réforme n'est pas imposée aux gouvernements nationaux ni aux universités, mais est souscrite sur une base volontaire.

Ce processus a été initié par la déclaration de Bologne (1999) (73). Non publiée au Journal officiel, il s'agit d'une déclaration conjointe des ministres de l'éducation de 29 pays – dont ceux de l'UE de l'époque et de l'EEE (Espace économique européen) –, s'engageant à mettre en place un « espace européen de l'enseignement supérieur » à l'horizon 2010 par les moyens suivants :

- Adoption d'un système de **diplômes facilement lisibles et comparables**, afin de promouvoir l'employabilité des citoyens européens et la compétitivité du système européen d'enseignement supérieur au niveau international ;
- Adoption d'un système fondé essentiellement sur **trois cycles**. L'accès au deuxième cycle nécessitera la réussite des études de premier cycle, d'une durée minimale de trois ans. Le diplôme de fin de premier cycle (Licence, *Bachelor* en anglais) délivrera un niveau de qualification approprié au marché du travail européen. Le deuxième cycle devra conduire au Master, et le troisième au Doctorat.
- Mise en place d'un système de **crédits à valider** - comme celui du système **ECTS** (*European Credits Transfert System*) utilisé dans le programme Erasmus – en tant que moyen approprié pour promouvoir la mobilité des étudiants. Les crédits pourraient également être acquis dans des contextes d'enseignement non supérieur, notamment la formation continue, à condition qu'ils soient reconnus par les universités concernées ;
- Promotion de la **mobilité** en surmontant les obstacles à l'exercice effectif de libre circulation:
 - o Pour les étudiants, l'accès aux possibilités d'études, de formation et de services connexes dans l'espace européen d'enseignement supérieur ;
 - o Pour les professeurs, chercheurs et personnels administratifs, la reconnaissance et la valorisation des périodes passées sans préjudice de leurs droits statutaires ;
- Promotion de la coopération européenne pour une **assurance de qualité** (*quality assurance* ou QA), par l'élaboration de critères et de méthodologies comparables ;
- Promotion de la **dimension européenne** au sein de l'enseignement supérieur.

En 2011, 47 pays sont signataires de la déclaration de Bologne – dont tous les membres de l'UE –, le dernier pays signataire en date étant le Kazakhstan en 2010. Les pays faisant partie de la

« convention culturelle européenne », signée en 1954 sous l'égide du Conseil de l'Europe, sont admissibles comme membres de l'espace européen de l'enseignement supérieur, à condition qu'ils déclarent leur intention de mettre en œuvre les objectifs du processus de Bologne dans leur propre système d'enseignement supérieur. Leurs demandes d'adhésion doivent ainsi comporter des informations sur la façon dont ils mettront les principes et les objectifs en œuvre. (74)

Depuis 1999, les ministres responsables de l'enseignement supérieur se sont réunis régulièrement et ont publié une série de communiqués, rendant compte de l'achèvement du processus de Bologne ainsi que des éventuelles difficultés et nouveaux objectifs.

La déclaration de Budapest-Vienne de 2010 a marqué la fin de la première décennie du processus de Bologne, et a institué officiellement l'espace européen de l'enseignement supérieur tel qu'envisagé dans la déclaration de Bologne de 1999. Avec cette déclaration, les ministres:

- ont souligné la **nature spécifique** du processus de Bologne, à savoir un partenariat unique entre les pouvoirs publics, les établissements d'enseignement supérieur, les étudiants et le personnel, et les employeurs, les agences de garantie de la qualité, les organisations internationales et les institutions européennes;
- ont souligné que le processus de Bologne et l'espace européen de l'enseignement supérieur qui en a résulté sont des **exemples sans précédent d'une coopération régionale transfrontalière dans le domaine de l'enseignement supérieur**, qu'ils ont suscité un intérêt considérable dans d'autres parties du monde et qu'ils ont assuré plus de visibilité à l'enseignement supérieur européen à l'échelle mondiale. Les ministres ont également déclaré qu'ils envisagent d'intensifier le dialogue et la coopération politiques avec leurs partenaires dans le monde entier;
- ont reconnu les conclusions de différents rapports, qui indiquent que **certaines lignes d'action du processus de Bologne ont été appliquées à différents degrés** et que les protestations récentes dans certains pays ont démontré que les objectifs et les réformes de Bologne n'avaient pas été correctement mis en œuvre et expliqués ;
- ont renouvelé leur engagement en faveur de la mise en œuvre complète et appropriée des objectifs convenus et d'un **agenda pour la prochaine décennie (Bologne 2020)**. (75)

- **L'ADEE et les projets DentEd**

Conjointement au processus de Bologne, l'*Association for Dental Education in Europe (ADEE)* a vocation à guider cette convergence dans le domaine de l'odontologie.

L'*ADEE* est une association non gouvernementale fondée en 1975, visant à représenter la communauté des personnes concernées par l'enseignement en odontologie. Plus de 160 universités et écoles dentaires en sont membres dans l'Union (environ 75%), ainsi que des structures et associations nationales en lien avec l'enseignement en odontologie. L'*ADEE* publie l'*European Journal of Dental Education*, et est membre de l'*International Federation of Dental Educators and Associations (IFDEA)*.

Concernant la convergence des formations en odontologie dans l'UE, l'*ADEE* a contribué à mettre en place un réseau de projets thématiques (*Thematic Network Project* ou *TNP*) nommé

DentEd, avec le soutien financier de la direction générale « éducation et culture » de la Commission européenne.

DentEd (1997-2000) et son successeur *DentedEvolves* (2001-2003) ont proposé aux universités et écoles volontaires de compléter un document d'auto-évaluation, puis de recevoir la visite durant cinq jours d'une équipe internationale d'autres professionnels de l'enseignement en odontologie. Au terme de ces visites, des rapports ont été établis par les équipes de visiteurs, relevant les faiblesses potentielles mais aussi les forces, innovations et « bonnes » pratiques de l'université ou école. Certains de ces rapports, confidentiels, ont pu être publiés sur le site de *DentEd* avec l'accord des doyens concernés. (68) (76)

Suite à ces deux premiers programmes, le programme *DentEd* III (2004-2007) a poursuivi ces évaluations au sein des universités. Après la fin de *Dented* III, l'*ADEE* a poursuivi la mise en place des groupes de travail : les trois premiers définissent les objectifs à atteindre à l'intention des universités et écoles en odontologie, et les deux autres groupes travaillent au développement de réseaux inter-associatifs.

- Groupe I : Profil et compétences du dentiste diplômé (rapport mis à jour en 2009)

Sept domaines ont été identifiés. Au sein de chacun, des compétences majeures y sont présentées – devant constituer les objectifs des universités pour les étudiants –, ainsi que des compétences dites d'appoint – plus détaillées, dont l'acquisition n'est pas obligatoire mais contribue à celle des compétences majeures. (77)

- Groupe II : Structure et contenu du cursus (rapport mis à jour en 2010)

Des recommandations primaires et secondaires sont émises sur les plans suivants : structure du cursus (conformément aux recommandations du processus de Bologne : modules et *ECTS*, grade de Master en odontologie) ; contenu du cursus ; méthodes d'enseignement et d'apprentissage (avec un accent mis sur des méthodes à même de favoriser l'« éducation tout au long de la vie ») ; évaluations ; échanges d'enseignants et d'étudiants. (78)

- Groupe III : Assurance qualité (QA) et *benchmarking* (rapport 2006)

La QA y est définie par 14 critères. Le terme « qualité » y est défini comme n'étant pas synonyme de « perfection » ou de « norme », mais étant la réalisation concrète d'objectifs découlant de besoins identifiés. Le *benchmarking* est un processus d'analyse comparative, pour lequel il convient de définir des indicateurs. (79)

- Groupe IV : Congrès global sur la formation dentaire

L'objectif est de développer un réseau à l'échelle mondiale entre associations continentales de formation en odontologie, et avec l'*IFDEA*.

- Groupe V : Etudiants

L'objectif est de maximiser les relations entre l'*ADEE* et l'*EDSA* (*European Dental Students'Association*). (76)

4.1.1.3. A l'échelle nationale

La formation initiale en odontologie est construite sur la base d'un contenu commun, précisé légalement, et évolue vers de plus en plus de convergence au sein de l'Union européenne, par le biais notamment du processus de Bologne et du travail de l'ADEE.

Toutefois, les Etats-membres sont toujours responsables des modalités d'enseignement de ce contenu. Le CECDO a ainsi recueilli certaines données concernant les universités/écoles et leurs étudiants.

- **Etablissements de formation**

A l'échelle nationale, selon la PQD 2005/35/CE, la formation initiale délivrant la qualification de praticien de l'art dentaire doit être « effectuée dans une université, ou dans un établissement d'enseignement supérieur d'un niveau reconnu comme équivalent ou sous la surveillance d'une université » (art. 34, par. 2, (66)).

Combien existe-t-il de structures de formation initiale en odontologie dans l'UE, et dans quels Etats-membres sont-elles situées ? Et dans quelle mesure ces établissements sont-ils « publics » ou « privés » ?

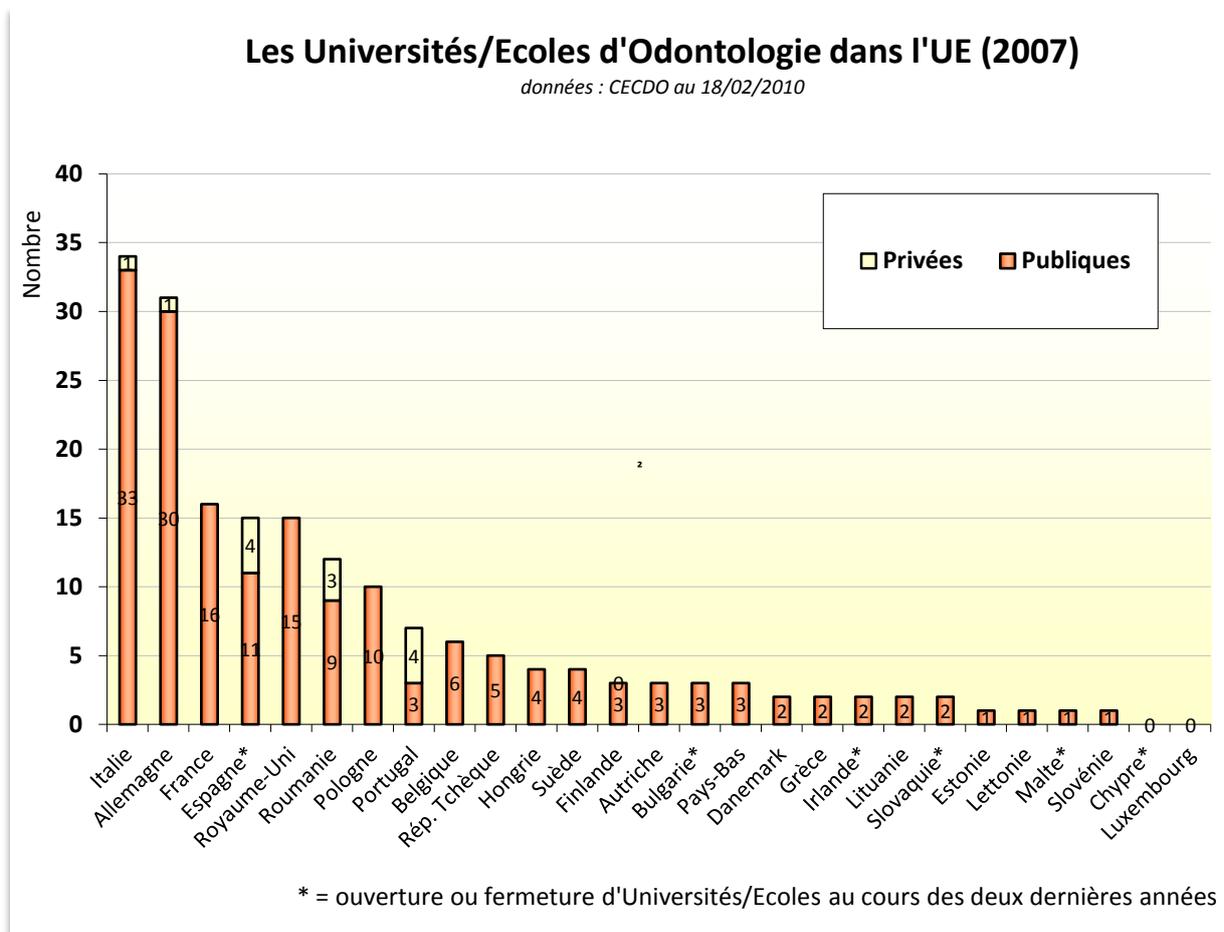


FIGURE 18

L'Union européenne comporte 185 établissements d'enseignement supérieur en odontologie au total. On constate que 25 Etats-membres sur 27 en possèdent au moins un. Seuls deux Etats-membres n'en possèdent aucun : Chypre et le Luxembourg.

Le pays possédant le plus grand nombre d'universités ou écoles d'odontologie est l'Italie, avec 34 Universités ou Ecoles d'Odontologie, suivie de l'Allemagne et de la France.

Enfin, sur 185 établissements d'enseignement supérieur en odontologie, 7 % (13) seulement sont privés, c'est-à-dire ici ne dépendant d'aucun financement de l'Etat ou d'organismes rattachés à l'Etat. Ils se concentrent dans cinq pays : ils sont majoritaires en nombre au Portugal (57% du total des établissements), minoritaires en Espagne (27%) ainsi qu'en Roumanie (25%), et faiblement présents en Allemagne (3%) et en Italie (0,7%).

- **Démographie**

Le mode d'admission des étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur en odontologie n'est pas mentionné dans les directives communautaires ; il relève également de la responsabilité de chaque Etat-membre.

La plupart des pays doivent respecter un *numerus clausus* émis par les décideurs politiques. Par conséquent, le nombre de postulants dépassant généralement le nombre de places définies, une sélection est effectuée dans la majorité des pays : par le critère des notes obtenues à l'examen national de fin d'études secondaires (Allemagne, Danemark, Irlande, Espagne...), par un concours national (Italie, France...) ou encore par des concours locaux (Finlande, Hongrie, Pays-Bas, Suède). Des éléments complémentaires à la sélection peuvent être mis en place, tels qu'une part de tirage au sort (Pays-Bas), des tests psychotechniques, ou des entretiens individuels (Royaume-Uni). (68)

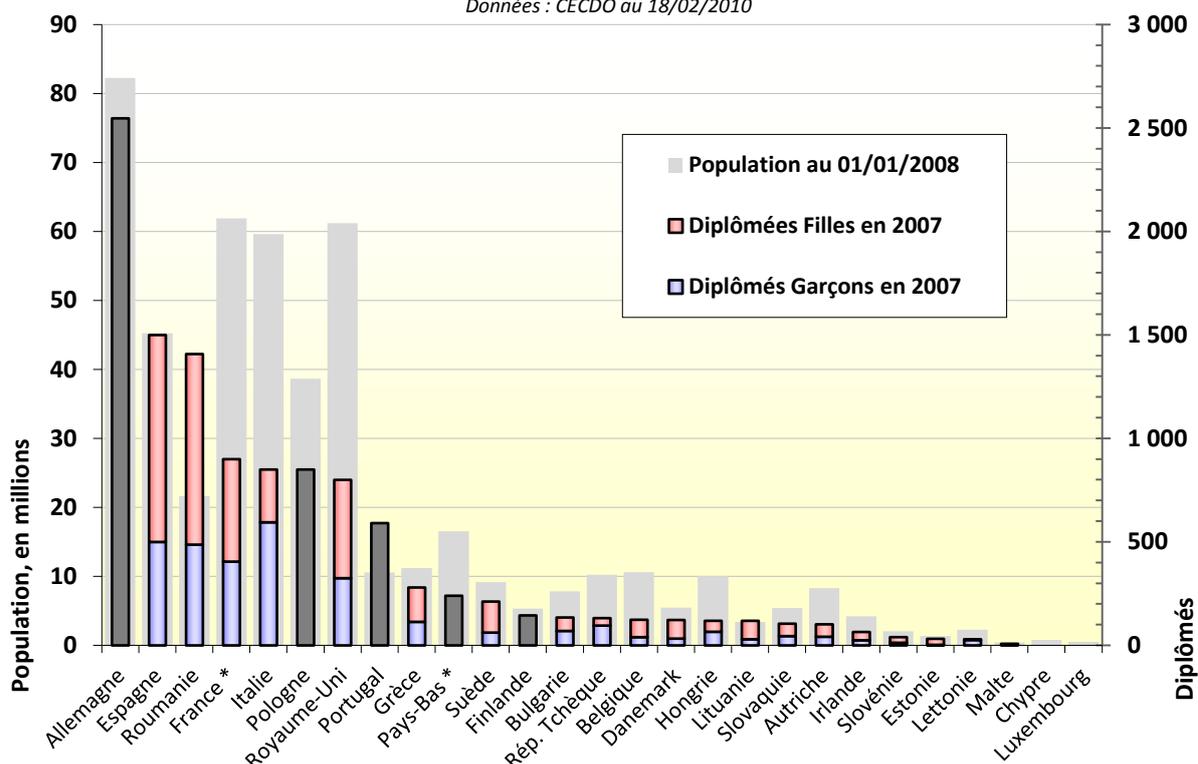
L'enseignement s'effectue exclusivement dans la langue du pays dans les 2/3 des Etats-membres, et partiellement ou entièrement en anglais dans le tiers restant. (29)

Les étudiants obtiennent donc, au terme d'une formation initiale d'un minimum de cinq ans à temps plein, la qualification de praticien de l'art dentaire.

Nous pouvons tenter de caractériser ces jeunes diplômés d'un point de vue démographique. Le nombre de nouveaux praticiens formés est-il proportionnel à la population de chaque Etat ? Et par ailleurs, peut-on distinguer un genre majoritaire chez ces nouveaux praticiens ?

Nombre de Praticiens de l'Art dentaire diplômés en 2007 par genre, et population par pays

Données : CECDO au 18/02/2010



Pays* : nombre de nouveaux diplômés estimé.

Données non communiquées au CECDO : Genre des diplômés pour : Allemagne, Pologne, Portugal, Pays-Bas, Finlande.

FIGURE 19

En 2007, 11 456 nouveaux praticiens de l'art dentaire ont été diplômés dans l'Union européenne – leur nombre étant estimé pour deux Etats-membres. Outre Chypre et le Luxembourg, qui n'ont pas d'établissement d'enseignement supérieur en odontologie sur leur territoire, chaque Etat-membre a diplômé en 2007 un nombre de praticiens de l'art dentaire allant de 8 (Malte) à 2547 (Allemagne).

Par ailleurs, toujours en 2007, les Etats-membres possédant au moins un établissement d'enseignement supérieur en odontologie (tous sauf Chypre et le Luxembourg) ont en moyenne diplômé un nouveau praticien de l'art dentaire sur 43 285 habitants.

Toutefois, bien que l'on constate une concordance globale entre nombre de praticiens diplômés et population du pays (les dix pays les plus peuplés sont également les dix pays diplômant les plus de praticiens), le nombre de nouveaux diplômés est loin d'être totalement proportionnel à la population. Ce rapport varie ainsi du simple à plus du quintuple entre les deux extrêmes, la Belgique (1 diplômé / 85 359 habitants) et la Roumanie (1 diplômé / 15 349 habitants). Les trois pays ayant diplômé, proportionnellement à leur population, le moins de nouveaux Praticiens de l'Art dentaire en 2007 sont la Belgique, la Hongrie et l'Autriche, avec moins d'un nouveau praticien sur 80 000

habitants, et les trois pays en ayant diplômé le plus sont la Roumanie, le Portugal et la Lituanie, avec un nouveau praticien sur moins de 30 000 habitants.

Enfin, 17 pays ont diplômé en 2007 une majorité de praticiennes de l'art dentaire. A contrario, 4 pays seulement (l'Italie, la Bulgarie, la République tchèque et la Lettonie) ont diplômé une majorité de praticiens de l'art dentaire, de genre masculin. Malte est le seul pays ayant diplômé le même nombre de praticiennes que de praticiens – l'effectif total (8 diplômés) étant certes plus réduit que celui des autres Etats-membres formant des praticiens. Enfin, les données concernant le genre ne sont pas connues pour 5 pays (Allemagne, Pologne, Portugal, Pays-Bas et Finlande).

Pour les pays de l'UE dont nous connaissons les données, nous pouvons donc constater qu'une majorité de praticiens de l'art dentaire diplômés en 2007 est de genre féminin. Nous ne pouvons cependant établir de moyenne pour l'ensemble de l'Union, n'ayant pas connaissance des données concernant certains pays, notamment celui ayant diplômé le plus grand nombre de praticiens (l'Allemagne).

En revanche, il ne semble pas se dessiner de tendance, en 2007, faisant apparaître un genre majoritaire de nouveaux diplômés selon certains types de système de santé – contrairement aux praticiens diplômés antérieurement et actuellement enregistrés (cf. partie 4.1.4.2 : « Genre »).

- **Stage professionnel post-diplôme ou « tutorat »**

Enfin, si la formation initiale doit être d'au moins cinq années à temps complet, il s'agit d'un minimum : quelle est la durée réelle de la formation initiale dans les différents Etats-membres ?

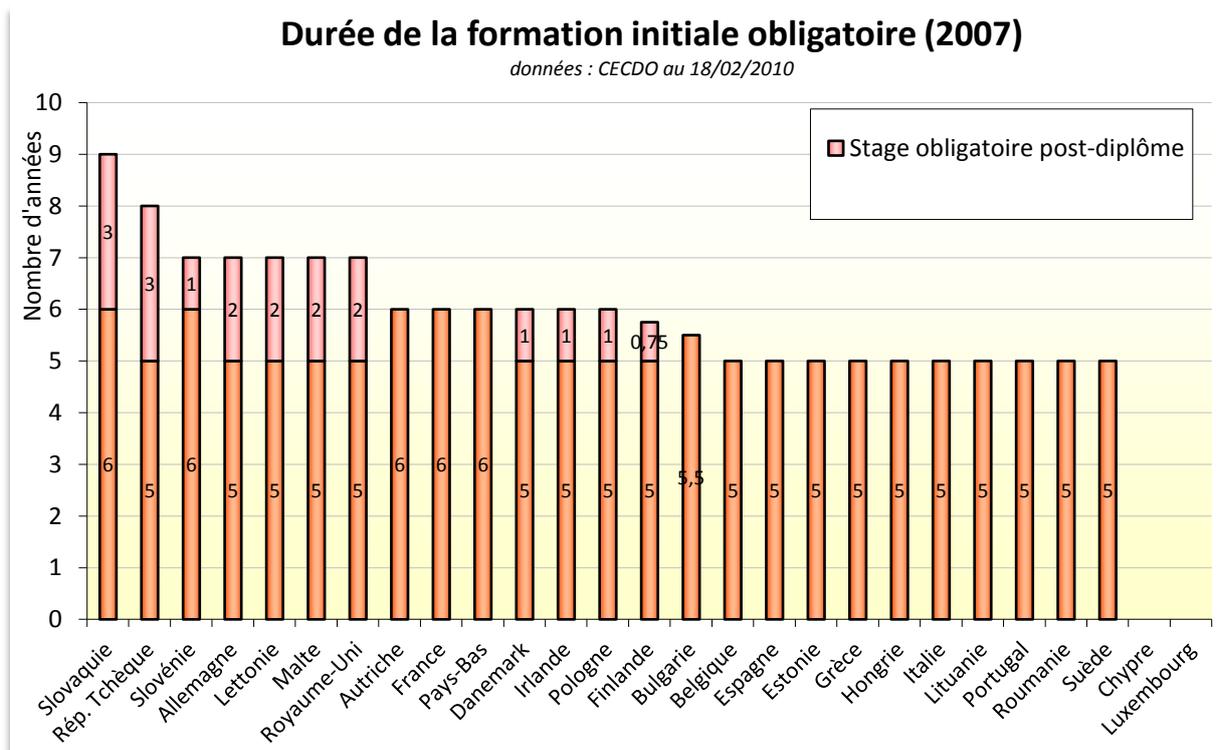


FIGURE 20

Nous constatons que la formation jusqu'au diplôme est toujours de cinq ou six années.

Toutefois, des variations plus importantes existent sur la mise en place d'un « tutorat » (*vocational training, VT*) après l'obtention du diplôme : alors qu'il n'existe pas dans près de la moitié des Etats-membres (14), ce stage varie de trois trimestres (Finlande) à trois ans (Slovaquie, République tchèque) dans les 13 autres Etats-membres.

Ce stage professionnel post-diplôme ou « tutorat » peut être défini comme « la formation organisée du dentiste nouvellement diplômé par une pratique supervisée » (80), et se veut une étape de transition université-vie active, dans le but de soutenir le jeune diplômé dans ses débuts professionnels. Dans les pays où il est mis en place, ce stage varie par son caractère plus ou moins obligatoire pour permettre l'enregistrement du dentiste auprès des instances compétentes, par les conditions dans lesquelles il s'exerce, ou encore par l'existence d'un éventuel examen de fin de stage. Par ailleurs, il est à noter que certains pays intègrent l'existence d'un stage professionnel de fin d'études au sein de leur cursus pré-diplôme, et non après. (68)

Ainsi en 2007, tutorat compris, la durée de la formation initiale obligatoire dans l'Union pouvait donc varier de cinq ans (10 Etats-membres) à neuf ans (République tchèque). La République tchèque et la Slovaquie ont toutefois mis fin au tutorat obligatoire de trois ans en 2009. (29)

4.1.2. Formation continue

Pour exercer, les praticiens de l'art dentaire ont dans tous les pays de l'Union une obligation au minimum déontologique de se former tout au long de leur carrière.

En 2004, seuls 10 Etats-membres avaient rendu la formation continue obligatoire, avec des systèmes de mesure et de montants minimum d'unités ou d'heures à effectuer. En 2008, ce nombre était passé à 17 Etats-membres, avec pour trois autres pays le projet d'instaurer un système de formation continue obligatoire entre 2008 et 2010, et pour deux autres pays un débat à ce sujet.

La formation continue obligatoire est donc aujourd'hui instaurée dans une majorité d'Etats-membres de l'Union, et semble être en voie d'être mise en place dans un nombre croissant d'Etats-membres. (29)

4.1.3. Spécialisations

4.1.3.1. A l'échelle de l'UE

D'après la *PQD* 2005, les États-membres subordonnent la délivrance d'un titre de formation de praticien de l'art dentaire spécialiste à la possession d'un des titres de formation de praticien de l'art dentaire (art. 35).

Deux spécialités sont reconnues par la directive pour les praticiens de l'art dentaire spécialistes diplômés après une date donnée par pays : l'**orthodontie** pour 19 Etats-membres en 2005, et la **chirurgie buccale** pour 15 Etats-membres en 2005, pouvant prendre différentes dénominations (annexe V, par.5.3.3).

La formation dentaire spécialisée s'effectue « à temps plein pendant une durée minimale de trois ans et sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. » (art.35, par.2).

La formation spécialisée doit elle aussi se dérouler dans des établissements règlementés : elle doit ainsi « comprendre un enseignement théorique et pratique dans un centre universitaire, dans un centre de soins, d'enseignement et de recherche ou, le cas échéant, dans un établissement de soins de santé agréé à cet effet par les autorités ou organismes compétent » (art.35, par.2).

Les praticiens de l'art dentaire spécialistes mentionnés dans la directive – en chirurgie buccale et orthodontie – sont concernés également par le régime automatique de reconnaissance des qualifications (art.21, par.1). La reconnaissance d'autres titres de spécialisations existant dans certains pays relève du régime général de reconnaissance des qualifications (article 10, point d). (66)

Les données recueillies par le *CECDO* mettent en évidence, en 2007, l'existence de 11 spécialités différentes détenues par des praticiens de l'art dentaire et reconnues officiellement dans différents Etats-membres.

Ainsi, 50 527 praticiens de l'art dentaire spécialistes sont enregistrés dans l'Union en 2007, équivalant à **13 % du total des praticiens de l'art dentaire** enregistrés.

Les deux spécialités les plus représentées sont également celles reconnues dans la *PQD* 2005 : les spécialisations liées à la chirurgie buccale (stomatologie, chirurgie buccale, chirurgie maxillo-faciale) et l'orthodontie.

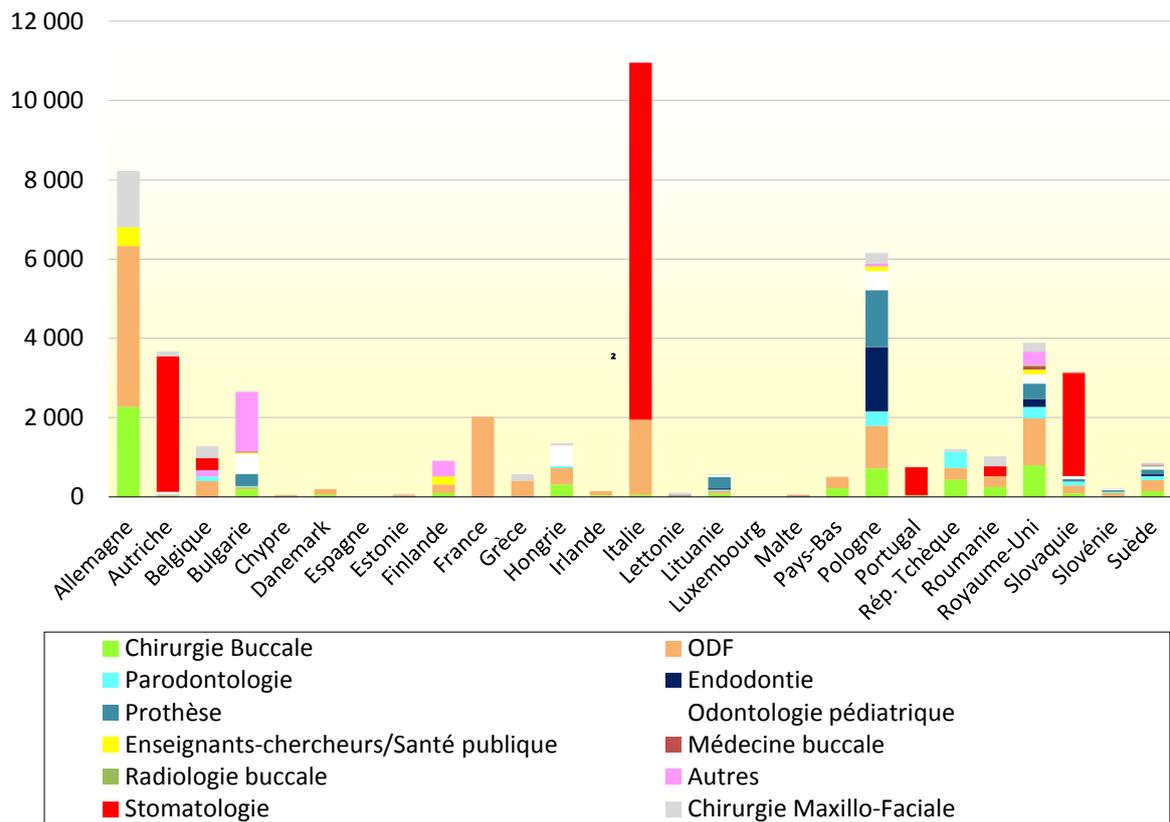
Il est très probable que le fait que la stomatologie soit la spécialité regroupant le plus grand nombre de praticiens de l'art dentaire spécialistes puisse s'expliquer par l'Histoire de la formation initiale : dans de nombreux pays, les praticiens de l'art dentaire suivaient jusque récemment une formation initiale en stomatologie et non en odontologie, comme mentionné précédemment – particularité ayant parfois été reconnue par un titre de spécialiste. (29) (68)

Il est à noter que les spécialités en lien avec la chirurgie buccale – stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie buccale – peuvent être accessibles selon le pays soit aux médecins, soit aux praticiens de l'art dentaire, soit aux deux selon le pays. Sont accessibles uniquement aux médecins la spécialité en stomatologie en France (1576 stomatologues), ainsi que la spécialité en chirurgie maxillo-faciale en France, Irlande (5 chirurgiens maxillo-faciaux), Italie (640 chirurgiens) et Portugal (84 chirurgiens). (28)

Qu'en est-il de la répartition des spécialités par pays, et quelle est la variété des spécialités représentées dans chaque Etat-membre ?

Les Praticiens de l'Art dentaire spécialistes dans l'UE, par pays (2007)

données : CEDCO au 18/02/2010



Pays ne reconnaissant pas de spécialité : Espagne, Luxembourg.

FIGURE 21

Nous constatons que le pays possédant le plus de praticiens de l'art dentaire spécialistes est l'Italie, suivi de l'Allemagne et de la Pologne. L'Espagne et le Luxembourg ne reconnaissent pas officiellement l'existence de spécialités en odontologie en 2007.

Les spécialités reconnues sont diversement représentées selon les pays : on note ainsi une large majorité de stomatologues dans certains pays ayant eu une tradition récente de formation initiale en stomatologie des praticiens de l'art dentaire (Italie, Autriche, Portugal, Slovaquie).

Toutefois, les pays de l'Est de l'Europe – à l'exception de la Slovaquie –, ayant pourtant également connu historiquement des formations initiales en stomatologie, ne possèdent quant à eux pas de majorité de stomatologues parmi leurs spécialistes. Nous y constatons en revanche la diversité des spécialités pratiquées (en Pologne, République Tchèque, Bulgarie, Roumanie, Hongrie notamment).

A l'instar des pays de l'Est de l'Europe, les pays à système national de santé anglo-saxons et du Nord de l'Europe – à l'exception du Danemark et de l'Estonie – possèdent également une diversité de spécialités reconnues parmi les spécialistes enregistrés (de quatre à dix spécialités).

Les pays à système bismarckien de l'Ouest de l'Europe, ainsi que les pays du Sud de l'Europe semblent quant à eux posséder une diversité plus limitée de spécialités parmi les praticiens de l'art dentaire spécialistes (de zéro à cinq spécialités).

Enfin, notons que dans la plupart des pays, les patients peuvent consulter un spécialiste directement. Toutefois, en Irlande, Italie, Lettonie, Portugal, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, ils ne peuvent consulter un spécialiste qu'après orientation d'un dentiste « généraliste ». (29)

4.1.4. Démographie professionnelle

4.1.4.1. Nombre

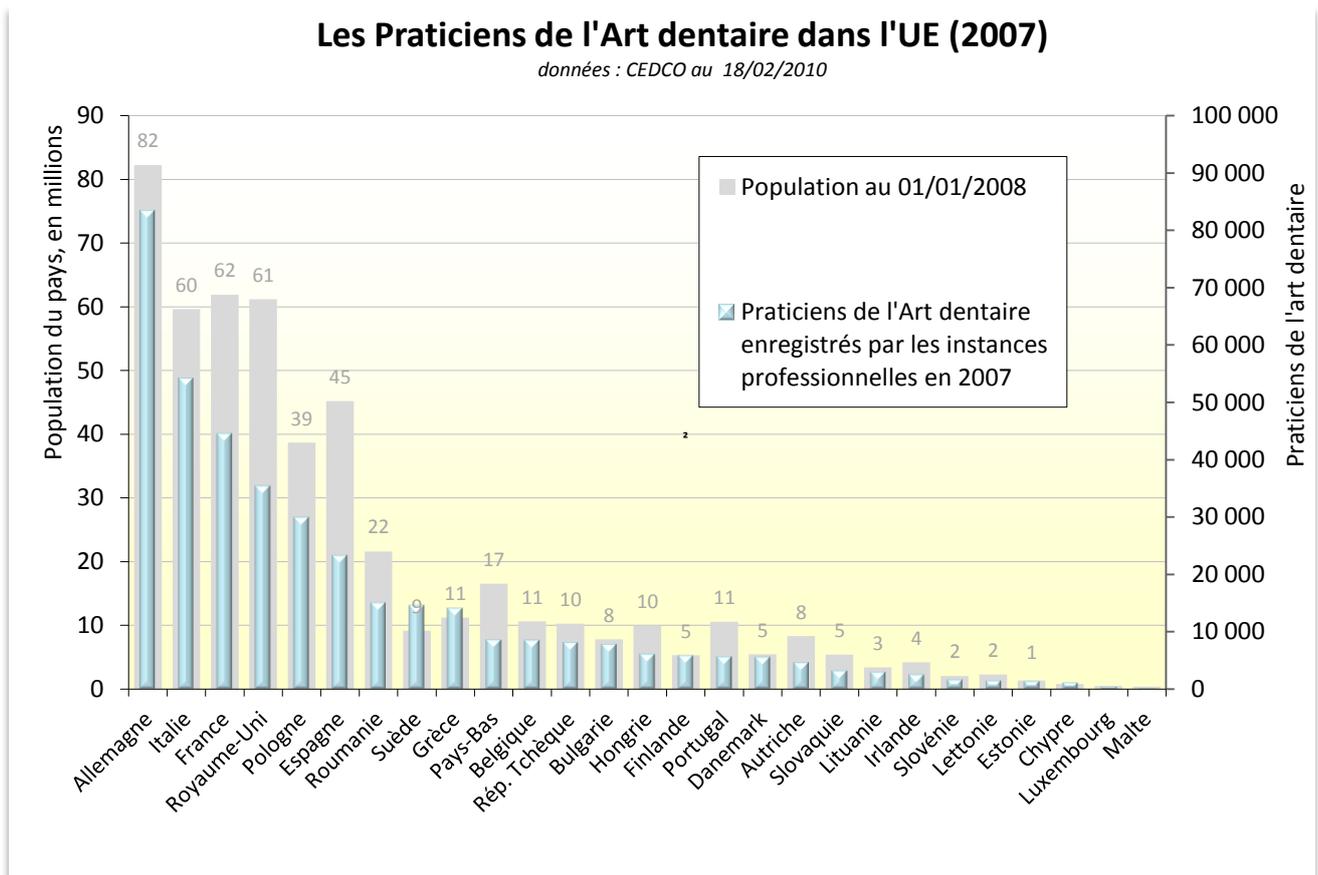


FIGURE 22

En 2007, l'UE comptait un total de 391 900 praticiens de l'art dentaire enregistrés auprès des instances professionnelles (obligatoire pour exercer dans tous les Etats-membres). Sur un total de 497 140 722 habitants de l'Union au 1^{er} janvier 2008, ils représentent ainsi à cette date 0,08 % de la population, soit **un habitant de l'Union sur 1269**.

Ils sont diversement répartis au sein des Etats-membres, allant de 83 339 praticiens de l'art dentaire pour l'Allemagne à 174 praticiens de l'art dentaire pour Malte.

Ces deux Etats sont les Etats respectivement le plus et le moins peuplés de l'Union ; existerait-il une relation directe entre population d'un Etat et nombre de praticiens de l'art dentaire ? A la vue de ce graphique, il semblerait que non : leur nombre ne semble pas être en rapport constant avec la population entre les différents Etats membres.

Ainsi, il peut être pertinent, au-delà du nombre de praticiens de l'art dentaire enregistrés, de comparer les rapports entre praticiens de l'art dentaire réellement actifs et population de chaque pays.

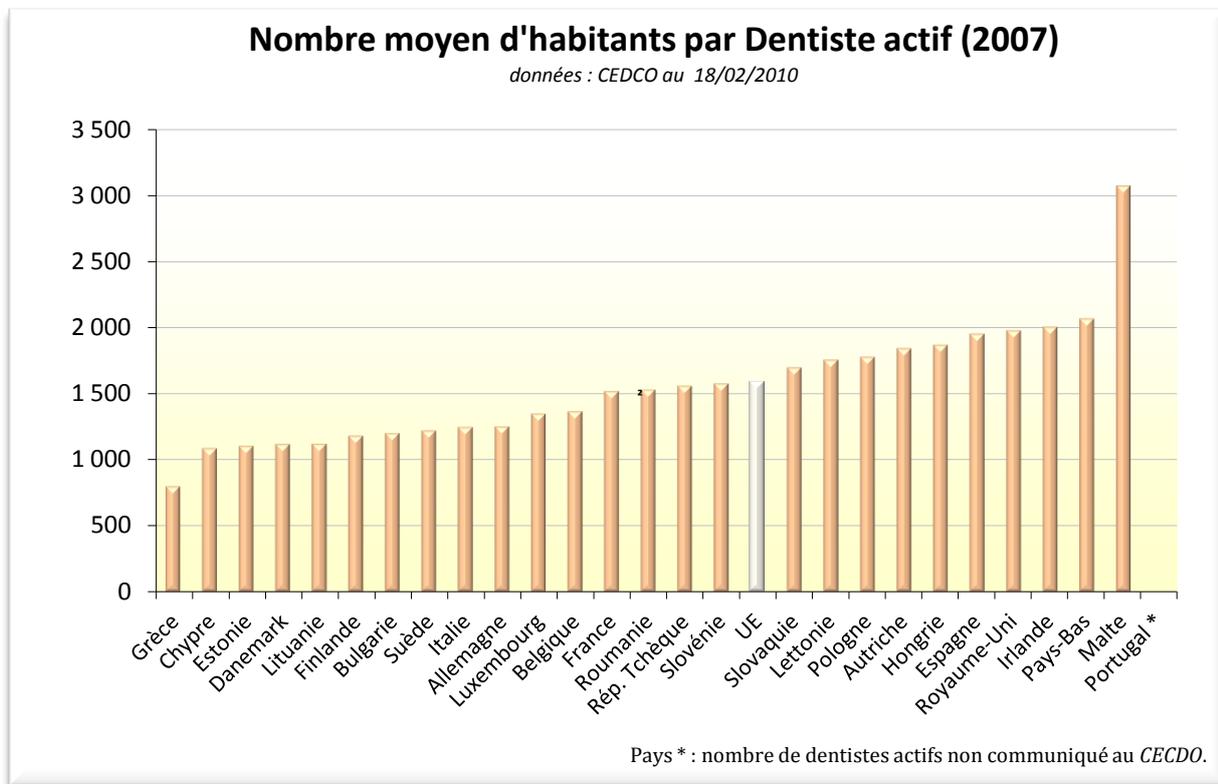


FIGURE 23

Le ratio habitants/dentiste actif a été calculé directement par le CEDCO.

Nous constatons une variation du ratio habitants/dentiste actif allant, pour les deux extrêmes, quasiment du simple au quadruple – de 794 habitants par dentiste actif pour la Grèce, à 3068 habitants par dentiste actif pour Malte.

La moyenne s'élève à 1586 habitants par dentiste actif, dans une Union hors Portugal (données sur les dentistes actifs non disponible).

Est-ce à dire qu'une concurrence entre praticiens existe dans les Etats à faible ratio, pouvant mener à une réduction d'activité, voire au chômage ? Et, par ailleurs, que les pays à ratio élevé « manquent » de praticiens ?

Il ne semble pas exister de réponse univoque à ces questions, lié à la relation entre offre et demande de soins (81). Cependant, pour tenter de répondre à la première question, des hypothèses seront émises dans la partie consacrée au taux d'activité des praticiens, avec la constatation d'une

éventuelle corrélation. Par ailleurs, se pencher sur les Etats accueillant le plus de praticiens venus de pays tiers de l'Union, pourra apporter un élément de réponse à la deuxième question (cf. partie 4.1.7.3 : « mobilité professionnelle effective dans l'UE »).

Toutefois, au-delà des disparités de ratio entre les différents Etats-membres, tous les Etats-membres de l'Union ont en commun une même caractéristique : la disparité de ce ratio à l'échelle nationale, entre zones « desservies » et zones « mal desservies » (*underserved*) par les services publics/services au public.

En effet, les praticiens de l'art dentaire semblent se comporter à l'instar de la population générale : ils préféreraient vivre et travailler dans les zones bien desservies (zones urbaines et périurbaines économiquement favorisées) alors que par ailleurs, ils ne seraient en général pas attirés par une installation dans les zones dites « mal desservies » (zones urbaines et périurbaines économiquement défavorisées, zones rurales). Un effet de type « cercle vicieux » est présent : les professionnels ne s'y installant pas, ces zones sont ainsi de moins en moins « desservies ».

L'étude de la littérature effectuée par l'ONDPS (2005) met en évidence l'absence de solution unique, durable et satisfaisante à ce problème récurrent, qui concerne tous les pays développés et a fortiori tous les Etats-membres de l'Union. Elle questionne la pertinence, d'une part, de la logique de saturation de l'offre afin de résoudre les problèmes de répartition des professionnels de santé, et d'autre part, d'une stratégie incitative uniquement financière. (82)

Il semblerait toutefois que les politiques les plus prometteuses visent à réformer la formation initiale : c'est le cas notamment de celles conduisant à cibler les étudiants les plus à même de s'installer dans les zones déficitaires, ou d'adapter le contenu des formations au contexte particulier de l'exercice dans ces zones. Enfin, la littérature souligne l'importance d'une approche conjointe sur les différentes professions, d'une articulation de différents leviers d'actions (locaux, régionaux, nationaux), et de la prise en compte des politiques d'aménagement du territoire, pour aboutir à une action la plus coordonnée possible. (82)

4.1.4.2. Genre

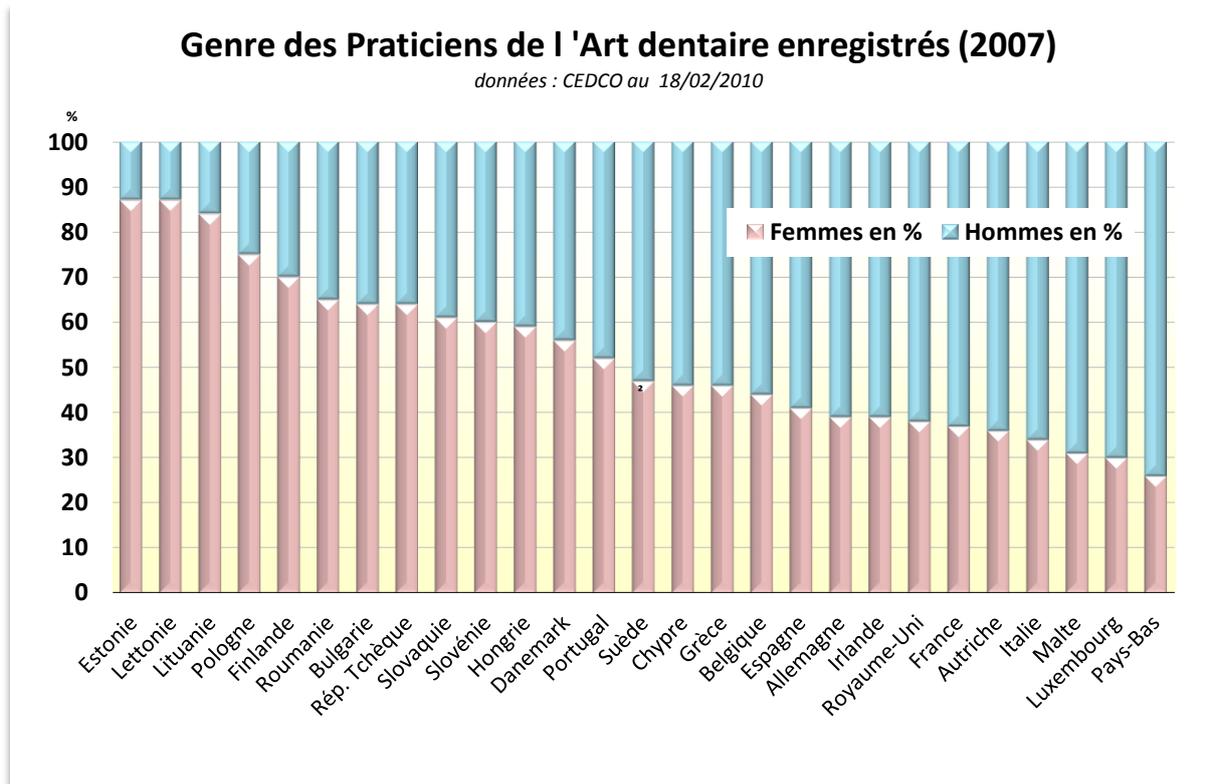


FIGURE 24

A la vue de ce graphique, nous constatons tout d'abord l'existence de praticiens de l'art dentaire hommes et femmes dans l'ensemble des pays de l'Union. Mais les proportions varient : celles-ci vont de 87% de femmes en Estonie et Lettonie à 74% d'hommes aux Pays-Bas. Peut-on expliquer cette diversité dans la représentation par genre des praticiens de l'art dentaire ?

Il semblerait que oui, notamment en fonction des différents systèmes de santé.

Ainsi, tous les pays de l'Est de l'Europe comportent une majorité de femmes parmi leurs praticiens de l'art dentaire, alors qu'à contrario, les autres Etats-membres (à l'exception de la Finlande, du Danemark et du Portugal) possèdent à eux une majorité d'hommes.

En effet, au cours du XXème siècle, les femmes étaient traditionnellement majoritaires au sein des professions médicales au sein des pays à système Semashko (alliés de l'URSS) – les praticiens de l'art dentaire étant intégrés au sein du corps médical en tant que stomatologues. Parallèlement, l'exercice « libéral » (indépendant), présent notamment au sein des systèmes d'inspiration bismarckienne, était traditionnellement réservé aux hommes. (83)

Toutefois, on assiste dans la plupart des pays à une évolution plus ou moins rapide vers une parité de représentation. Par ailleurs, cette « féminisation » (Royaume-Uni, Espagne, France, Belgique, Autriche) ou « masculinisation » (Hongrie, Lettonie, Bulgarie, République tchèque) aurait des conséquences moindres aujourd'hui que si elle s'était effectuée auparavant : en effet, selon l'ONDPS, les caractéristiques de l'activité professionnelle des praticiens de l'art dentaire semblent présenter de moins en moins de différenciation selon le genre pour les jeunes générations. (84)

4.1.4.3. Taux d'activité et chômage

Selon l'Organisation internationale du Travail (OIT), le taux d'activité est le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et l'ensemble de la population correspondante. Sont donc considérés comme inactifs les individus mais ne cherchant pas de travail, personnes au foyer ou rentiers par exemple.

Par ailleurs, en application de la définition internationale adoptée en 1982 par l'OIT, un chômeur est une personne en âge de travailler (variable selon les pays, selon l'OIT : de 16 à 67 ans) qui répond simultanément à trois conditions :

- être sans emploi, c'est à dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ;
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois. (85)

Quel est donc le taux d'activité des praticiens de l'art dentaire dans chaque Etat-membre ? Par ailleurs, au sein des praticiens actifs, existe-t-il des praticiens au chômage ?

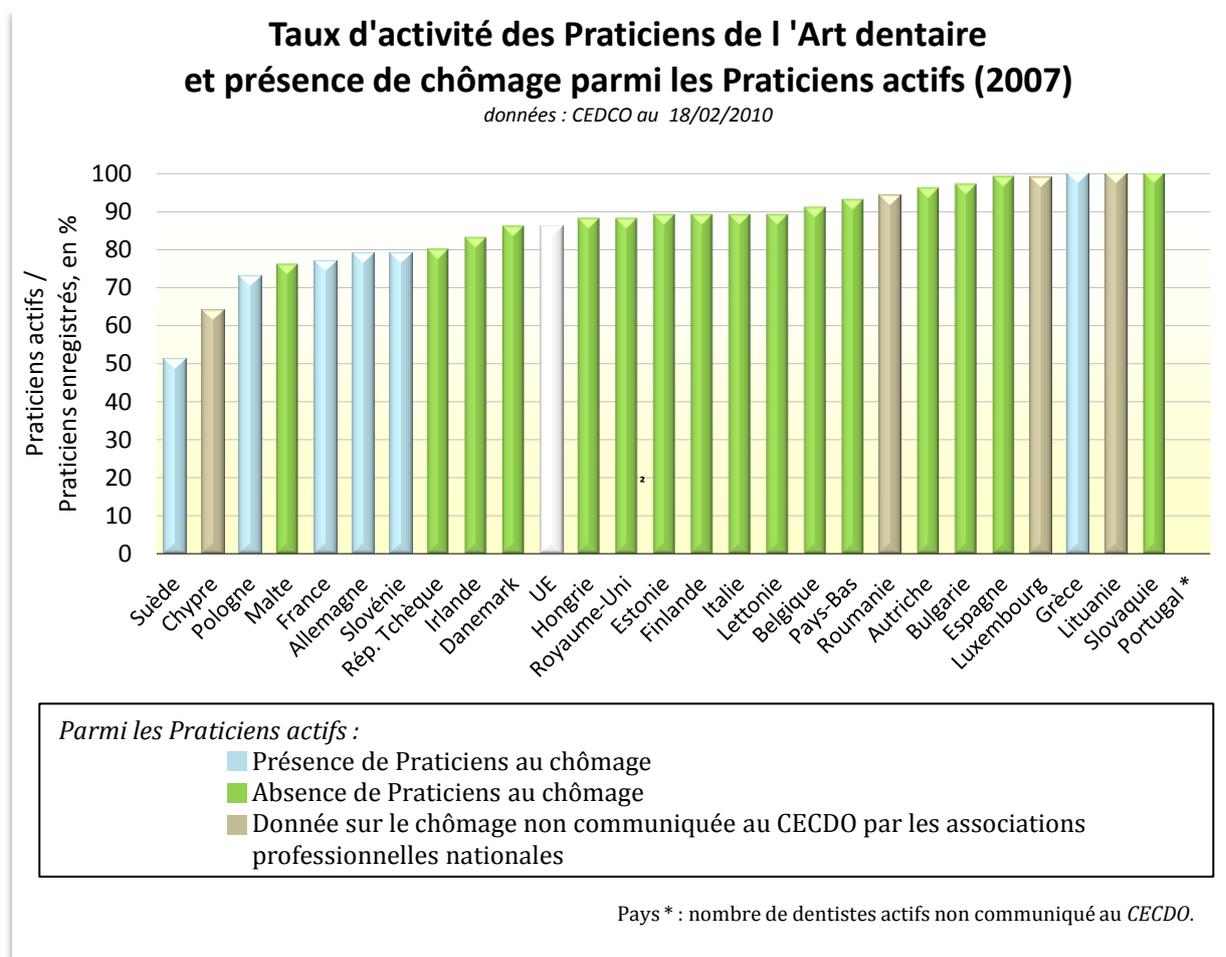


FIGURE 25

Pour l'année 2007, nous constatons des taux d'activité variant de 51% en Suède à 100% en Grèce, Lituanie et Slovaquie. Le nombre de praticiens actifs n'a pas été transmis concernant le Portugal. Le taux d'activité moyen des praticiens de l'art dentaire dans l'Union s'élève à 86% (nombre de praticiens actifs total dans l'Union/nombre de praticiens enregistrés total dans l'Union en 2007).

Au vu des études disponibles, nous ne pouvons même raisonnablement expliquer ces différences ; il semble cependant que certaines d'entre elles puisse être liées à des paramètres différents concernant l'enregistrement des praticiens (les praticiens après une certaine limite d'âge restant enregistrés ou non).

A l'échelle de l'Union, il ne semble pas y avoir de corrélation entre taux d'activité et genre des praticiens.

Enfin, nous constatons que six Etats-membres témoignent de l'existence de praticiens de l'art dentaire au chômage. Nous ne connaissons toutefois pas le taux de chômage exact parmi les praticiens de l'art dentaire dans ces pays. Par ailleurs, quatre pays n'ont pas communiqué de données sur le chômage des praticiens.

Il ne semble pas apparaître de lien entre nombre moyen d'habitants par dentiste enregistré et présence de chômage.

4.1.4.4. Mode d'exercice

Les données concernant le mode d'exercice : « public » ou « privé » – sans aucun financement de l'Etat ou d'organismes rattachés à l'Etat –, salarié ou indépendant, ne semblent pas à ce jour connues de manière fiable pour l'ensemble des pays de l'UE. Elles ne font pas partie non plus des données collectées par le CECDO ou par le CED dans le MDP 2009.

Concernant le mode d'exercice public ou privé, le CECDO a toutefois collecté des données concernant le recours aux soins public ou privé en 2007, citées et commentées précédemment (cf. partie 3.2.2). Si la consommation de soins ne peut s'effectuer qu'au sein de l'offre de soins, la consommation peut donc potentiellement indiquer une tendance sur la nature de l'offre. Cette tendance ne peut toutefois pas être considérée comme une donnée directe concernant le mode d'exercice public ou privé des praticiens – une offre non consommée pouvant aussi théoriquement exister.

Le MDP 2009, quant à lui, aborde, au sein de l'exercice privé, la possibilité ou non d'exercice au sein d'une entreprise (*corporate practice*) ou d'une société à responsabilité limitée (*limited liability company*). Les entreprises faisant exercer des praticiens de l'art dentaire sont interdites dans quatre Etats-membres : Allemagne, Irlande, Luxembourg et Malte. Dans les autres pays, les praticiens exerçant au sein de ces entreprises restent responsables juridiquement, et dans la plupart des cas au moins un praticien de l'art dentaire doit être employé, tandis qu'au moins un doit siéger au conseil d'administration de l'entreprise. Enfin, Autriche, en Bulgarie et en France, seuls des praticiens de l'art dentaire peuvent siéger au conseil d'administration. (29)

4.1.4.5. Age

Les données concernant l'âge des praticiens de l'art dentaire enregistrés ou actifs ne semblent pas à ce jour connues pour l'ensemble des pays de l'Union. Elles ne font pas partie non plus des données collectées par le *CECDO*, ni par le *CED* dans le *MDP* 2009.

Nous connaissons cependant, à travers le *Demography Report* EUROSTAT 2010, les données concernant l'âge de l'ensemble des Européens. Quelle évolution peut-on prévoir, et peut-on prévoir une évolution similaire pour les praticiens de l'art dentaire dans l'ensemble de l'Union?

Au 1^{er} janvier 2010, l'âge moyen dans l'UE était de 40,9 ans. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse de la fertilité, on assiste depuis le début des années 1990 à un phénomène de vieillissement de la population en Europe, entraînant très probablement des bouleversements sociaux majeurs au cours des 50 prochaines années. Ce vieillissement a lieu dans tous les pays de l'Union, mais se développera à différentes vitesses – par exemple, les pays de l'Est de l'Europe seront, selon les prévisions démographiques, confrontés à un vieillissement plus rapide de leur population. Mais tous les Etats sont et seront concernés par ce phénomène ; par ailleurs, il est probable qu'il entraîne, au niveau bucco-dentaire, une évolution de la demande de soins. (86)

Cependant, on ne peut conclure à une tendance similaire pour les praticiens de l'art dentaire à l'échelle de l'Union. En effet, alors les études nationales de certains pays rapportent une augmentation de l'âge moyen des praticiens de l'art dentaires enregistrés (ex : France (87)), dans d'autres pays, au contraire, elles rapportent une diminution de cet âge moyen (ex : Espagne (81)). Deux paramètres principaux semblent faire varier l'âge moyen des praticiens enregistrés (indépendamment du taux d'activité) : le nombre de nouveaux diplômés et le nombre de praticiens partant en retraite. Ceux-ci dépendent directement de facteurs politiques, variables selon les pays – *numerus clausus*, âge de départ à la retraite et pension versée notamment.

On ne peut donc pas, au vu des données actuelles, constater l'existence d'un phénomène de vieillissement global des praticiens de l'art dentaire à l'instar de celui de l'ensemble de la population de l'Union : la situation semble différente selon les Etats-membres et leur politique de santé.

L'évolution de la moyenne d'âge, tant des patients (augmentant) que des praticiens de l'art dentaire actifs (variable selon le pays), semble donc être un paramètre central à prendre en compte par l'ensemble des décideurs en politique de santé, à l'échelle de l'Union et de chaque Etat-membre.

4.1.5. Régulation de l'exercice

4.1.5.1. Associations professionnelles

Il existe de nombreuses associations professionnelles destinées aux praticiens de l'art dentaire et à leurs différentes spécialités à travers l'Union européenne.

Le *CECDO*, le *CED*, la *FEDCAR* et l'*ADEE* sont les principales associations rassemblant les praticiens de l'art dentaire à l'échelle européenne. Elles collaborent à des degrés variables auprès du « triangle décisionnel » de l'Union, entre elles, avec les autres associations européennes et avec les associations nationales.

- **Le *CECDO***

Le *Council of European Chief Dental Officers (CECDO)* a été fondé en 1992, et comprend des membres de 29 pays (dont la quasi-totalité des Etats-membres de l'Union).

Les membres du *CECDO* sont principalement des fonctionnaires des ministères de la santé et des affaires sociales ou des conseillers ordinaires – en majorité praticiens de l'art dentaire, mais aussi économistes.

Le *CECDO* est un pôle d'échange de connaissances relatives aux politiques de santé en matière de santé bucco-dentaire. Il débat notamment de la formation, de l'organisation, du contrôle et des migrations de la profession, de l'organisation de la prévention et des soins bucco-dentaires, de leur intégration au sein des systèmes de santé et de l'impact des évolutions technologiques. (88)

Depuis 1993, le <i>CECDO</i> publie une <u>base de données sur la santé bucco-dentaire en Europe</u> . Ces tableaux, concernant la demande et l'offre de soins, sont réactualisés tous les deux ans – la dernière étude ayant été menée en 2010. Le Pr K.A. Eaton supervise actuellement au sein du <i>CECDO</i> la collecte de ces données auprès des instances nationales. (89)

- **Le *CED (ex – EU Dental Liaison Committee)***

Le *Council of European Dentists (CED)* a été fondé en 1961. Basé à Bruxelles, il se compose de représentants des associations et syndicats dentaires de 32 pays (dont ceux des 27 Etats-membres).

Le *CED* a un rôle clair de « représentant d'intérêts » (*lobbying*) vis-à-vis des décideurs politiques européens : il adhère notamment au « Code de conduite des représentants d'intérêts ». Ses objectifs principaux sont la promotion de standards élevés en santé bucco-dentaire en Europe et la défense de la profession de praticien de l'art dentaire.

Concrètement, l'un des premiers rôles du CED a ainsi été de travailler avec la Commission européenne à l'établissement et à l'application des directives concernant la profession de praticien de l'art dentaire, depuis 1978. (90)

Publié par le CED tous les trois ans en moyenne depuis 1997, l'*European Manual of Dental Practice (MDP)* est un document présentant des données sur la demande et l'offre de soins en Europe. Pour l'édition 2009, les auteurs, A.S. Kravitz et E.T. Treasure, ont synthétisé sur 406 pages un ensemble de données collectées par diverses institutions et associations – le CECDO notamment. Les auteurs ont ainsi souhaité élaborer un « manuel » prêt à l'emploi à l'attention des décideurs, financeurs et fournisseurs des soins. (29)

- **La FEDCAR (ex-CODE)**

La FEDCAR (*Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators*) a été fondée en 2004. Elle rassemble actuellement les Ordres et organismes responsables de l'inscription, de la régulation et du contrôle des praticiens de 13 pays (dont 10 Etats-membres de l'Union), dont la mission est de veiller :

- Au maintien des principes de moralité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art dentaire.
- A l'observation par tous leurs membres des devoirs professionnels.

Contrairement aux associations de syndicats, la FEDCAR représente tous les praticiens des pays représentés, quel que soit leur type d'exercice.

La fédération a pour but de faciliter l'échange d'informations entre ses membres et de présenter des positions communes auprès du législateur européen (*lobbying*). (91)

- **L'ADEE**

L'ADEE, fondée en 1975, vise à représenter la communauté des personnes concernées par l'enseignement en odontologie (cf. partie 4.1.1.2. : « L'ADEE et les projets *DentEd* »). (76)

- **Les associations professionnelles nationales**

Tous les Etats-membres possèdent au moins une association professionnelle nationale pour les praticiens de l'art dentaire.

Le rôle principal des associations professionnelles est de défendre les intérêts individuels des professionnels, et ceux de la profession dans son ensemble. Par ailleurs, bien que la plupart du temps l'association joue un rôle de détermination des standards de qualité, elle a en même temps un rôle de syndicat dans plusieurs pays. Dans d'autres pays, ces différentes fonctions sont partagées entre deux voire trois associations distinctes. (29)

4.1.5.2. Enregistrement

Dans tous les Etats-membres, les praticiens de l'art dentaire doivent s'enregistrer auprès d'une instance pour exercer. Ces instances sont parfois des ministères gouvernementaux, parfois des associations professionnelles. Divers éléments sont requis pour pouvoir être enregistré :

- La qualification professionnelle de praticien de l'art dentaire ;
- La connaissance de la langue du pays : celle-ci ne doit pas néanmoins excéder ce qui est « nécessaire à l'exercice de la profession », et n'a pas à être systématiquement vérifiée par un test, mais seulement si le praticien ne peut la prouver (cf. partie 4.1.7.1, « Législation ; la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (PQD) 2005/36/CE »)
- Un comportement en accord avec la déontologie : certains pays demandent un « certificat de bonne réputation » de la part des instances professionnelles du pays d'origine, d'autres un extrait du casier judiciaire ;
- Une bonne santé physique et mentale : certains Etats demandent un certificat médical l'attestant.

L'ensemble de la procédure d'enregistrement ne doit pas dépasser un délai de trois mois entre la remise de l'ensemble des pièces et la décision ; le cas échéant, une poursuite judiciaire peut être enclenchée. (29)

Les autorités d'enregistrement dans les différents Etats-membres sont les suivantes :

Pays de l'UE	Autorité de régulation de l'exercice des praticiens de l'art dentaire	Coût (2008)
Allemagne	<i>Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV)</i>	Soustrait annuellement
Autriche	<i>Österreichische Zahnärztekammer</i> (Chambre dentaire autrichienne), via les organisations régionales	% du revenu
Belgique	Ministère fédéral de la santé	550€ pa
Bulgarie	Association dentaire bulgare, via les collèges régionaux	51€ pa
Chypre	Conseil des dentistes chypriote & Association dentaire chypriote	34,17€ + 120€ pa
Danemark	Bureau national de la santé & Association dentaire danoise	Non disponible
Espagne	<i>Consejo General del Colegio de los Odontólogos y Estomatólogos de España</i>	de 216€ à 600€ pa
Estonie	Bureau de la santé/Conseil dentaire général, via une commission	65€ pa
Finlande	Autorité nationale des affaires médicolégales	300€ pa
France	Ordre national des chirurgiens-dentistes	354€ pa
Grèce	Ministère de la santé et de la solidarité sociale	Selon la région
Hongrie	Ministère de la santé	Gratuit
Irlande	Conseil des dentistes irlandais	150€ pa
Italie	<i>Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri</i>	Selon la region

Lettonie	<i>Pauls Stradins' Clinical University Hospital</i>	Gratuit
Lituanie	Chambre dentaire lituanienne	17€ + 43,50€ pa
Luxembourg	Ministère de la santé	200€ pa
Malte	Conseil médical de Malte	35€ pa
Pays-Bas	Ministère de la santé publique, du bien-être et des sports, via le <i>BIG-Register</i>	80€ pa
Pologne	<i>Okregowa Izba Lekarska</i> (Chambre régionale des médecins et dentistes)	Gratuit
Portugal	<i>Ordem dos Médicos Dentistas</i>	de 250€ à 1000€
Rép. Tchèque	Chambre dentaire tchèque & Autorités régionales *	Soustrait annuellement
Roumanie	Collège roumain des médecins dentistes	Seulement à la 1 ^{ère} inscription
Royaume-Uni	<i>General Dental Council</i>	550€ pa
Slovaquie	Chambre slovaque des dentistes	15 €
Slovénie	Chambre médicale de Slovénie	70 €
Suède	Bureau national de la santé et du bien-être, service "qualifications et éducation"	64 €
pa = par an		
* les dentistes diplômés hors Rép. Tchèque doivent aussi s'enregistrer auprès du Ministère de la santé.		

Source: European Manual of Dental Practice 2009. (29)

4.1.5.3. Assurance professionnelle

Dans tous les pays de l'Union, il est possible au praticien et recommandé par les associations professionnelles de souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP, *Indemnity Insurance*), couvrant l'indemnisation du patient et parfois les frais judiciaires en cas de poursuite en justice d'un praticien.

Celle-ci est même obligatoire dans une majorité d'Etats-membres (19 sur 27). De plus, neuf pays ont indiqué la possibilité d'étendre la RCP à certains cas d'exercice à l'étranger – dans un pays frontalier, ou dans un pays non frontalier et pour une durée limitée. (29)

Etats où la RCP est obligatoire pour exercer en tant que praticien de l'art dentaire	Etats où la RCP peut être étendue à l'exercice à l'étranger dans certains cas
Allemagne Autriche Belgique Bulgarie République tchèque Danemark* Espagne Finlande France Hongrie Irlande Lettonie Lituanie Luxembourg Pologne** Roumanie Royaume-Uni Slovaquie Suède	Allemagne Espagne France Grèce Irlande Luxembourg Pays-Bas Royaume-Uni Slovénie * : Etat où la RCP est incluse dans l'adhésion à l'association professionnelle nationale. ** : Etat où la RCP est obligatoire seulement pour les praticiens sous contrat avec l'assurance santé nationale.

Source: European Manual of Dental Practice 2009. (29)

4.1.5.4. Normes et surveillance qualité

Selon le *MDP* 2009, certaines des plus grandes disparités entre pays de l'UE portent sur le contrôle des normes et le contrôle qualité.

Ainsi, dans la plupart des pays, il n'existe pas d'instance de contrôle de la « qualité » des soins, mais simplement un contrôle administratif, pour s'assurer que des frais adéquats ont été facturés au patient et/ou aux organismes de financement, ce selon le type et la quantité de traitements reçus.

Cependant dans certains pays, les organismes de financement et/ou les associations professionnelles peuvent procéder à l'examen de soins effectués par des dentistes, avec réexamen de patients. Toutefois, il ne s'agit pas de dentistes pris au hasard, mais de praticiens ayant fait l'objet de plaintes de patients ; ainsi, la menace de plaintes de patients semble être à ce jour la seule forme de pression sur les dentistes concernant le maintien d'un niveau de « qualité » de soins. (29)

4.1.5.5. Publicité

Il y existe également de grandes variations dans l'UE en ce qui constitue la «publicité», dans le sens admis de publication d'informations sur les dentistes et les cabinets dentaires. Dans certains pays, les praticiens sont exclus de toute forme d'annonces publiques (parfois même au sein des « pages jaunes »). Cependant, contrairement aux règles relatives à la publicité, la quasi-totalité des pays autorisent l'utilisation de sites internet pour les cabinets dentaires – avec seuls le Luxembourg et Malte l'interdisant. (29)

Publicité interdite (hors sites internet) :	Publicité autorisée :
Belgique France Grèce Luxembourg Malte Portugal Roumanie Slovaquie	Allemagne Autriche Bulgarie Danemark Espagne Estonie Finlande Hongrie (depuis 2008) Irlande (depuis 2008) Italie Lettonie Lituanie Pays-Bas Pologne Rép. Tchèque Royaume-Uni Suède
Publicité autorisée pour l'ouverture d'un cabinet seulement :	
Chypre Slovénie	

Source: European Manual of Dental Practice 2009. (29)

4.1.5.6. Ethique professionnelle

- **A l'échelle nationale**

Les praticiens de l'art dentaire ont l'obligation de respecter certains principes éthiques pour être habilités à exercer dans chaque pays de l'Union. Ces principes prennent le plus souvent la forme d'un code de déontologie, régi par l'association dentaire nationale, ou, en France, Irlande et Royaume-Uni, par un organisme de réglementation de la profession distinct. L'application de ces codes est partiellement déléguée à des comités locaux.

Dans de nombreux pays de l'Est de l'Europe ainsi qu'en Autriche – à tradition de formation en stomatologie –, les praticiens de l'art dentaire doivent aussi se prêter au « serment d'Hippocrate ». (29)

- **A l'échelle de l'UE : le code d'éthique du CED**

Pour prendre en compte la mobilité transfrontalière des patients et des professionnels des soins de santé dans l'Union européenne et l'Espace économique européen, il a été jugé nécessaire de créer un cadre de référence pour tous les praticiens de l'art dentaire de l'UE.

C'est ainsi qu'un « code de déontologie dans l'UE » (CDUE) été élaboré par le CED (*Council of European Dentists*) – qui représente les syndicats et associations dentaires nationales de l'UE et d'autres pays européens, et publie notamment le *MDP*.

Le CDUE est constitué de 5 pages – dont 2 relatives au commerce électronique. Les principes de déontologie qui y sont présentés reflètent un consensus sur la conduite professionnelle ainsi que sur le besoin de services de santé de haute qualité en Europe.

Cependant, à l'instar de la législation communautaire, le CDUE s'ajoute mais ne se substitue pas aux codes nationaux, qui reflètent les différents besoins et traditions des professionnels et des patients dans l'UE. Les praticiens de l'art dentaire qui souhaitent exercer dans un autre pays doivent par conséquent obligatoirement se familiariser avec le code de ce pays et le respecter. (29)

4.1.6.Revenus

Le manque de données concernant les revenus des praticiens de l'art dentaire (*income*) en particulier est à souligner. Celles-ci ne font pas partie non plus de l'importante diversité de données collectées dans le MDP 2009.

Le MDP 2009 présente néanmoins les résultats 2008 de l'étude annuelle « Prix et Salaires » réalisée par la banque suisse UBS. Celle-ci compare les salaires et le pouvoir d'achat dans 73 villes du monde, dont différentes villes de l'UE, et constitue l'une des seules études de synthèse sur le sujet.

Les salaires moyens dans les principales villes d'Europe y sont présentés sous forme de pourcentage – la base 100% étant Zurich, ville aux salaires et pouvoir d'achat les plus élevés au monde sur un échantillon de 73 grandes villes comparées dans l'étude UBS. (92)

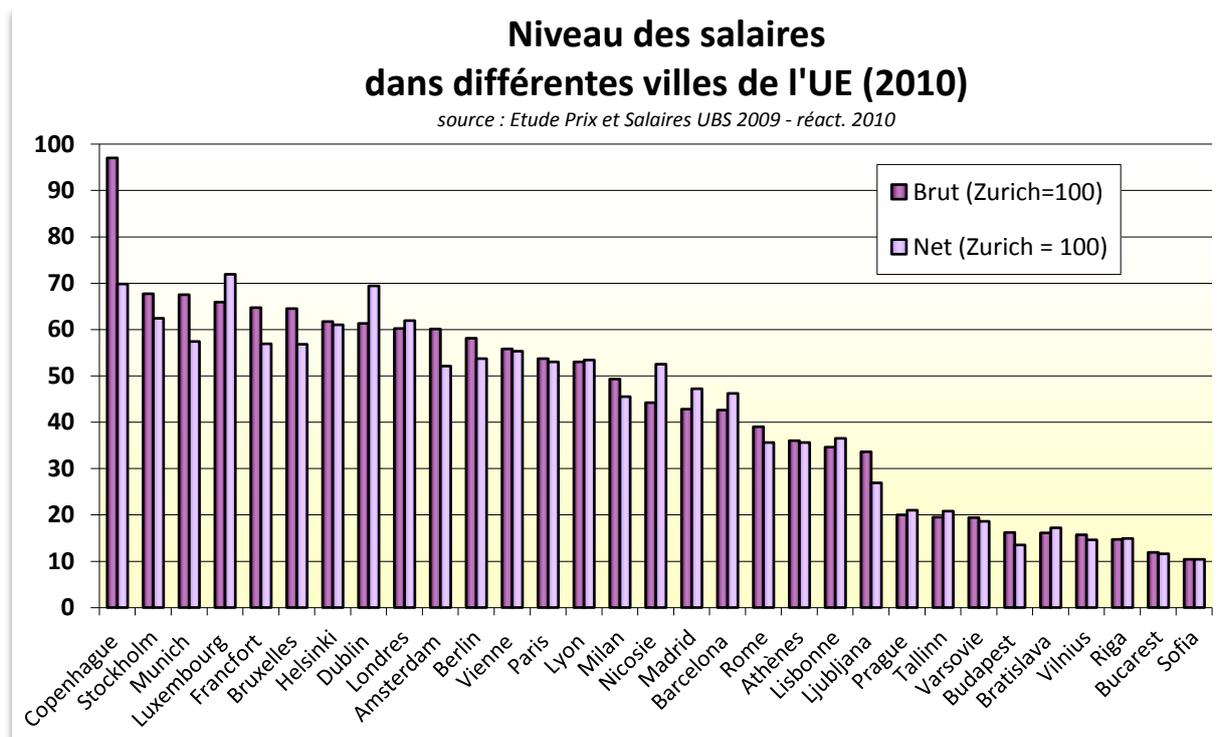


FIGURE 26

Les disparités constatées ci-dessus pour les salaires se retrouvent concernant le pouvoir d'achat (*purchasing power*, mise en relation des salaires avec le prix d'un panier de biens standard) : ainsi, le pouvoir d'achat d'un Luxembourgeois est près de quatre fois supérieur à celui d'un Sofiote – les deux extrêmes. (92)

Cependant, la disparité des prix entre l'Europe occidentale et l'Europe orientale diminue d'une manière considérée comme très rapide par les auteurs de l'étude : en un an, elle est passée de 35% début 2009 à 26% en 2010 environ, indépendamment de la prise en compte ou non des loyers. (92)

Il est probable que les différences de revenu des praticiens de l'art dentaire suivent les différences de revenu moyen décrites dans cette étude. Cependant, leur positionnement vis-à-vis de cette moyenne n'est pas, à ce jour, connu et/ou mesuré de manière standardisée dans les différents pays de l'Union.

4.1.7. Mobilité professionnelle dans l'UE

4.1.7.1. Législation

- **L'Acquis de Schengen**

L'Acquis de Schengen autorise la libre circulation des personnes et harmonise les contrôles des voyageurs au sein de l'espace constitué par ces Etats. Autorisant la libre circulation des personnes entre pays l'ayant ratifié, l'Acquis de Schengen s'applique à tous les citoyens séjournant légalement dans l'UE, aux patients et donc également aux professionnels de l'odontologie, en tant que citoyens (cf. partie 3.2.3 : « Recours aux soins à l'échelle communautaire : la mobilité transfrontalière »). (60)

- **La directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (*Professional Qualification Directive, PQD*) 2005/36/CE**

Le 20 octobre 2007, la directive 2005/36/CE est entrée en vigueur et a remplacé les 15 directives antérieures (66). Il s'agit de la première modernisation générale du système communautaire depuis sa conception il y a quarante ans. Au 1^{er} janvier 2011, tous les Etats-membres avaient transposé la directive dans leur Droit national – notons que ce processus a pu prendre jusqu'à trois ans selon les Etats. (93)

La *PQD* s'applique à tous les ressortissants d'un Etat-membre de l'UE qui souhaitent exercer dans un autre Etat-membre de l'UE l'une des 4600 professions différentes concernées. Elle est applicable dans les pays de l'EEE depuis le 1er juillet 2009 et sera totalement applicable en Suisse à une date ultérieure.

Un certain nombre de modifications ont été apportées par rapport aux directives précédentes, visant à une plus grande liberté dans la prestation de services, une reconnaissance plus automatique des qualifications et une plus grande flexibilité dans les procédures de mise à jour de la directive, par le biais notamment de « retours d'expérience » demandés aux Etats-membres. La directive vise également à rendre plus facile pour les professionnels réglementés la prestation de services « temporaires et occasionnels », avec un minimum d'obstacles bureaucratiques.

Le praticien de l'art dentaire ayant obtenu son diplôme dans l'UE et souhaitant exercer dans un autre pays doit, concrètement, s'adresser directement à l'instance d'enregistrement de la profession de l'Etat-membre d'accueil pour effectuer une demande d'exercice (cf. partie 4.1.5.1 : « Enregistrement et régulation »).

La *PQD* distingue deux types de demande d'exercice : « permanent » (si l'on « s'établit ». ex : ouverture d'un cabinet, salariat en CDI...) et « temporaire » (si l'on « preste un service ». ex :

remplacement de quelques mois...). Le caractère temporaire ou permanent est jugé au « cas par cas ».

Le caractère « temporaire » facilite l'accès à l'exercice ; un professionnel dit « légalement établi » dans un pays de l'UE (enregistré auprès des instances de la profession, sans forcément posséder de cabinet) doit ainsi simplement fournir une attestation de « déclaration d'exercice » au pays de l'UE ou de l'EEE dans lequel il souhaite exercer. Pour l'instant, de 2008 à 2009, seul un praticien diplômé en Allemagne et souhaitant prester un service en Lituanie a établi cette déclaration de prestation de services « temporaires et occasionnels » en 2009. (94)

L'exercice « permanent », lui, implique la reconnaissance de la qualification professionnelle par l'Etat d'accueil. Pour cela, les praticiens de l'art dentaire, selon la date d'obtention de leur diplôme, sont concernés soit par le régime dit « automatique », soit par le régime dit « général » de reconnaissance des qualifications professionnelles.

Régimes de reconnaissance des qualifications professionnelles et autorisation d'exercice

1. Le régime « automatique »

Le régime dit « automatique » de reconnaissance des qualifications concerne sept professions dites « sectorielles ». Celles-ci sont « réglementées » dans tous les pays de l'UE - une profession réglementée dans un pays donné est une profession dont l'accès et son exercice sont subordonnés à la possession d'une qualification professionnelle spécifique – et à « formation harmonisée ». Il s'agit des architectes, infirmiers, maïeuticiens, médecins, pharmaciens, praticiens de l'art dentaire et vétérinaires.

Les autorités de tous les États-membres de l'UE sont ainsi tenues de reconnaître par le régime automatique tous les titres de formation de base des praticiens de l'art dentaire (dénominations différentes selon le pays) ayant commencé leur formation après la date précisée pour chaque pays dans l'annexe V de la directive (date de début des qualifications à « formations harmonisées » : 2004 pour les entrants 2004, 1994 pour les entrants 1995, de 1980 à 1986 pour les autres pays). Certaines spécialités comme la chirurgie buccale et l'orthodontie sont également reconnues par le régime automatique dans la plupart des États-membres. (66)

2. Le régime « général »

Pour les professionnels ne pouvant prétendre au régime automatique, un deuxième régime est appliqué : le régime dit « général ». Dans le cas d'États-membres où une profession donnée est réglementée, selon le chapitre I du titre III de la directive 2005/36/CE, la reconnaissance de la qualification intervient si le niveau de qualification professionnelle du migrant est au moins équivalent au niveau immédiatement inférieur à celui exigé dans l'État-membre d'accueil.

La décision de reconnaissance de la qualification par régime général peut être « immédiate », si le migrant peut démontrer au travers d'une attestation de l'État-membre d'origine qu'il a exercé de façon effective et licite la profession concernée pendant au moins trois années consécutives, et durant les cinq années précédant la délivrance de l'attestation

La reconnaissance doit être aussi accordée au migrant dont la profession n'est pas réglementée dans l'État-membre d'origine mais qui a exercé à temps plein cette profession pendant deux ans (cas des professionnels de la santé bucco-dentaire hors praticiens de l'art dentaire). Celui-ci devra en fournir les preuves en sa possession (attestations, fiches de paye...).

Dans certaines conditions, notamment l'existence de différences importantes de niveaux de formation entre pays (précisées dans les art. 10 à 15 de la directive 2005/36/CE), l'État-membre d'accueil peut imposer des mesures de compensation, c'est-à-dire un stage d'adaptation pendant trois ans au maximum ou une épreuve d'aptitude. Si l'État-membre d'accueil envisage d'exiger du demandeur des mesures de compensation, il doit tenir compte de l'expérience professionnelle du migrant, et ce dernier peut en principe choisir librement entre le stage d'adaptation et l'épreuve d'aptitude. (66)

3. L'autorisation d'exercice : connaissance de la langue et réseau IMI

Par ailleurs, de manière indépendante du processus de reconnaissance du diplôme, la PQD précise que les instances de l'État-membre d'accueil peuvent exiger la connaissance de la langue du pays d'accueil avant d'accorder l'autorisation d'exercer, lorsque ceci se justifie en raison de la nature de la profession.

Pour des raisons de responsabilité civile professionnelle, la profession de praticien de l'art dentaire exige cette connaissance. Cependant, les exigences linguistiques ne doivent pas dépasser ce qui est objectivement nécessaire à l'exercice de la profession (vocabulaire connaissance orale et/ou écrite, active et/ou passive). De plus, la directive précise que l'État-membre d'accueil ne peut imposer systématiquement un examen linguistique. En effet, chacun des documents suivants constitue une preuve suffisante des connaissances linguistiques :

- copie des titres obtenus dans la langue de l'État-membre d'accueil ;
- copie du titre attestant de la connaissance de la ou des langues de l'État-membre d'accueil (par exemple diplôme universitaire, qualification délivrée par une chambre de commerce, qualification délivrée par un organisme de formation en langues reconnu tel que le Goethe Institut, etc.) ; il appartient aux instances de l'État-membre de définir le niveau de qualification suffisant ;
- preuve d'une précédente expérience professionnelle dans l'État-membre d'accueil.

Ce n'est que si le praticien n'est pas en mesure de fournir un de ces documents qu'un entretien ou une épreuve (orale et/ou écrite) pourra lui être imposé(e).

Selon le pays, un tel entretien ou épreuve de langue est tantôt standardisé, tantôt effectué au « cas par cas », de manière plus ou moins formelle. (95)

Par ailleurs, au cours du processus de reconnaissance des qualifications professionnelles ou une fois celui-ci achevé, avant d'autoriser l'exercice, les instances d'enregistrement du pays d'accueil ont la possibilité de demander aux instances du pays de provenance certaines informations concernant le praticien (comme l'existence de sanctions disciplinaires lui interdisant d'exercer, par exemple), via un système mis en place par la Commission européenne : le système **IMI** (Information sur le marché intérieur). L'IMI est une application en ligne sécurisée qui permet aux autorités

nationales, régionales et locales de trouver, puis de communiquer facilement et rapidement avec les autorités d'autres pays via un système de questions/réponses automatiquement traduites. (96)

4. Un outil d'aide aux professionnels : le réseau SOLVIT

Enfin, le migrant peut faire appel au réseau **SOLVIT** s'il pense être confronté à un problème de reconnaissance de ses qualifications professionnelles dans un autre pays de l'UE. Les centres SOLVIT (un par État-membre) cherchent des solutions pratiques aux problèmes liés à une mauvaise application de la législation européenne rencontrés par les particuliers et les entreprises. (97)

4.1.7.2. Application de la législation

Il appartient aux instances nationales d'enregistrement de la profession de prendre *in fine* la décision de reconnaissance du diplôme d'un praticien obtenu dans un Etat tiers de l'UE, en accord avec le Droit - et donc avec la PQD. Les décisions de ces instances sont-elles en phase avec l'esprit du législateur européen, visant à faciliter la mobilité professionnelle à travers l'Union ?

Nous disposons de données pour la période 2005-2009, c'est à dire entourant la période d'application de la PQD (2007).

Décisions de Reconnaissance de la qualification professionnelle de Praticiens de l'Art dentaire diplômés d'Etat tiers de l'UE, prises dans l'ensemble de l'UE de 2005 à 2009

données : Base de données des professions réglementées, ec.europa.eu

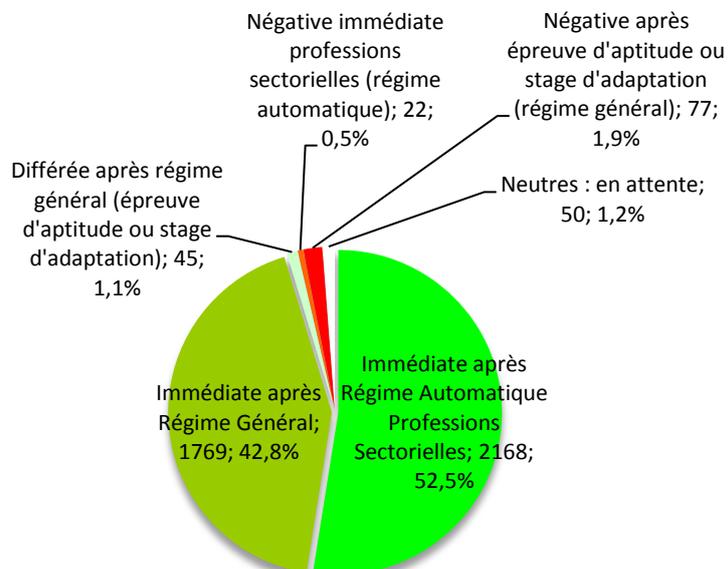


FIGURE 27

On constate à la vue de ce graphique que les décisions de reconnaissance de la qualification de praticien de l'art dentaire diplômé d'un Etat tiers de l'UE sont non seulement positives, mais immédiates dans leur immense majorité (95%) des cas, qu'elles se fassent par la voie du Régime général ou du régime automatique – pour les diplômés les plus récents.

Ainsi, selon le Commissaire européen Michel Barnier, chargé du marché intérieur et des services, le système automatique de reconnaissance des qualifications professionnelles peut être considéré fin 2010 comme « un succès », « plébiscité non seulement par les professionnels, qui ont tout intérêt à une reconnaissance automatique, mais aussi par une majorité écrasante d'autorités compétentes. Ce constat est important : la reconnaissance automatique, établie dans une Europe à 6, reste valable dans une Europe à 27 ». (93)

Enfin, si les Etats-membres ont au 1^{er} janvier 2011 tous transcrit la *PQD* 2005/36/CE dans leur droit national, certaines difficultés subsistent.

En France par exemple, selon le décret du 13/10/2010, quel que soit le régime de reconnaissance, les candidats diplômés de l'UE devraient valider un test de connaissance de la langue – qui, en accord avec la *PQD*, ne devrait pas être systématique –, mais aussi, pour les praticiens toujours concernés par le régime général, une épreuve pratique de vérification des connaissances médicales. Ces derniers, comme le précisent les modalités du régime général, doivent par ailleurs justifier de trois ans d'expérience au cours des cinq dernières années dans leur pays d'origine pour voir leur diplôme être reconnu de manière « immédiate ». Le cas échéant, ils doivent se soumettre à des mesures de compensation – ici une obligation de travail rémunéré dans un service hospitalo-universitaire pour une année à temps plein ou partiel.

Or, concrètement, selon Rémi Marchand, membre de la Commission nationale d'autorisation d'exercice, il n'existe aucun budget permettant la mise en place de ces deux examens (langue et pratique), et, pour les praticiens concernés par le Régime général et de moins de trois ans d'expérience récente, la quantité de postes rémunérés en centre hospitalo-universitaire est quasi nulle (postes souvent obtenus par des praticiens plus expérimentés). (98)

Selon le pays, les vérifications demandées pour la reconnaissance du diplôme peuvent donc avoir lieu sous forme de tests standardisés ou, faute de budget dédié, au « cas par cas ». Les décisions sont toutefois en moyenne, comme nous l'avons vu précédemment, à 95% positives et immédiates quel que soit le régime de reconnaissance.

Cependant, un nombre de plus en plus important de praticiens auront à l'avenir obtenu leur qualification après la date précisée pour chaque pays dans l'annexe V de la directive (qualifications à « formations harmonisées »). Ils seront uniquement concernés par le régime automatique, et donc par un éventuel examen ou entretien sur la connaissance de la langue – s'ils sont dans l'incapacité de fournir un document l'attestant. (95)

Pour finir sur une évocation de l'avenir, notons que des pistes de travail pour 2012 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles ont été définies par les membres de la

Commission européenne chargée du marché intérieur et des services, suite aux « retours d'expérience » nationaux. Notamment :

- D'une part, concernant les professions bénéficiant du régime automatique de reconnaissance (dont les dentistes), un travail sur l'actualisation des conditions minimales de formation ;
- D'autre part, pour tous les professionnels, l'étude de la mise en place d'une « carte professionnelle européenne ». Optionnelle, celle-ci éviterait tout d'abord au professionnel des démarches bureaucratiques longues, mais permettrait également aux autorités compétentes d'avoir un accès rapide et fiable aux données concernant le professionnel (reliées à la base IMI par exemple), et enfin au consommateur ou employeur d'avoir là encore l'assurance que le professionnel est bien habilité à exercer son métier. (93)

4.1.7.3. Mobilité professionnelle effective dans l'UE

Les décisions relatives à l'établissement sont prises par les pays d'accueil concernant les professionnels qualifiés dans un pays (pays d'origine) qui demandent la reconnaissance dans un autre pays (pays d'accueil) pour y exercer sur une base permanente au sein des États-membres de l'UE, des pays de l'EEE et de la Suisse.

La Commission européenne met en ligne une base de données (2005-2009) sur les décisions concernant l'établissement et la prestation de service des professions règlementées, dont les praticiens de l'art dentaire, dans les différents pays d'accueil de l'UE.

Quelle a donc été ces dernières années la mobilité réelle des praticiens de l'art dentaire dans l'Union ?

Demandes d'Autorisation d'exercice dans un Etat tiers de l'UE 2005-2009, en fonction de l'Etat d'obtention du diplôme

données : Base de données des professions réglementées, ec.europa.eu

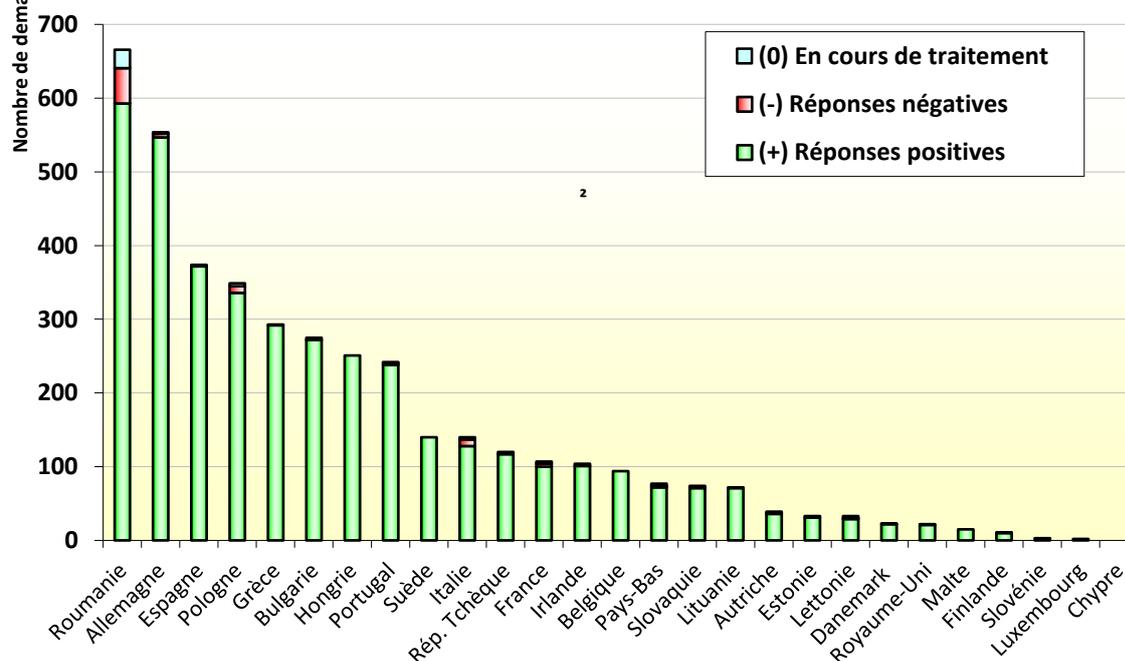


FIGURE 28

Tout d’abord, nous constatons que de 2005 à 2009 inclus, 4131 praticiens de l’art dentaire ont effectué une demande d’autorisation d’exercice dans un pays tiers de l’Union.

N’ayant pas connaissance du nombre de praticiens de l’art dentaire enregistrés et diplômés de l’Union pour chacune de ces 5 années, nous ne pouvons affirmer quel pourcentage du total des praticiens a ainsi demandé à exercer dans un autre Etat-membre. Au vu des données disponibles concernant les praticiens enregistrés – 391 900 praticiens de l’art dentaire enregistrés en 2007 dans l’Union indépendamment de leur pays de diplôme –, il semblerait toutefois que la demande de mobilité ait concerné un très petit pourcentage de praticiens de 2005 à 2009, que nous ne pouvons quantifier.

Par ailleurs, il apparaît que les trois pays possédant le plus de praticiens ayant effectué une demande de mobilité (Roumanie, Allemagne et Espagne) sont également ceux ayant diplômé le plus de nouveaux praticiens en 2007. Il est probable que les demandes de mobilité soient effectuées plutôt par de jeunes praticiens : les pays en possédant le plus seraient également ceux dont les praticiens seraient les plus mobiles.

En revanche, il ne semble pas y avoir de corrélation entre le nombre d’habitants moyen par dentiste du pays d’origine et une plus ou moins grande mobilité. Enfin, il ne semble pas non plus y avoir de parallèle entre mobilité et chômage des praticiens dans le pays du diplôme (les données ne sont toutefois pas complètes concernant ce dernier paramètre).

Nous connaissons désormais les pays de diplôme des praticiens de l'art dentaire effectuant une demande de mobilité. Par ailleurs, dans quels pays se rendent-ils pour exercer ?

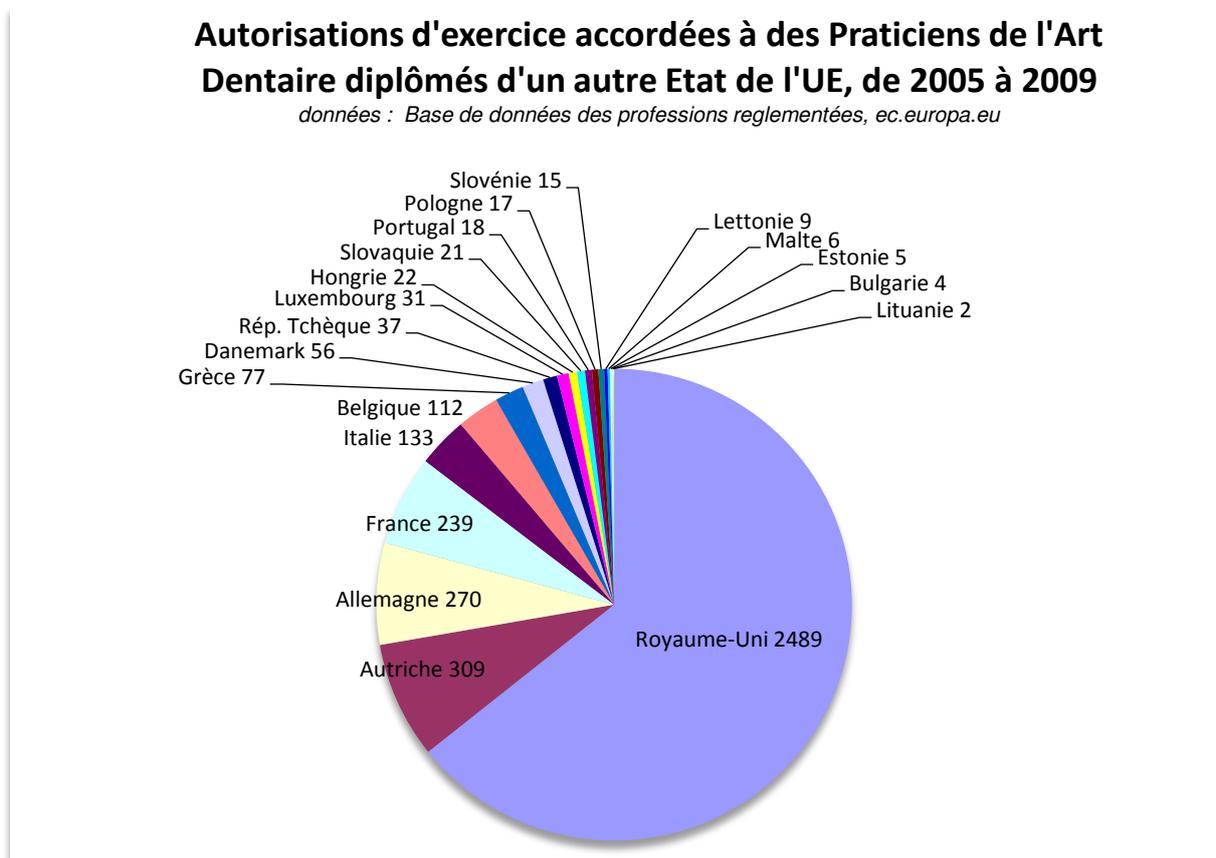


FIGURE 29

Concernant les pays de destination des praticiens mobiles, il apparaît qu'un pays regroupe à lui seul les deux-tiers des autorisations : le Royaume–Uni. Comment expliquer une telle attractivité ?

Il ne semble pas exister à l'heure actuelle d'étude significative concernant les motifs de choix du pays d'accueil pour les praticiens de l'art dentaire mobiles ; nous pouvons toutefois ici émettre quelques hypothèses.

Un facteur majeur dans le choix du pays de mobilité semblerait être la langue.

En effet, d'une part, la connaissance de la langue du pays d'accueil, « sans dépasser ce qui est objectivement nécessaire à l'exercice de la profession », est exigée par la *PQD*.

D'autre part, nous constatons ici une concordance entre les données concernant la pratique des différentes langues dans l'Union (cf. partie 1.5, « Une Europe multilingue »), et les données concernant les demandes de mobilité :

- Les trois langues les plus pratiquées étant l'anglais (parlé par 51% des Européens), l'allemand (32%) et le français (26%). (15)
- Parallèlement, le Royaume-Uni (de langue officielle anglaise) regroupe 64% des demandes de mobilité, suivi par l'Autriche et l'Allemagne (de langue officielle allemande) avec 15% des demandes au total, puis par la France (de langue officielle française) avec 6% des demandes. (94)

Un lien entre connaissance d'une langue et choix du pays d'accueil de mobilité semble ainsi très probable, bien que non démontré dans une étude concernant spécifiquement les praticiens de l'art dentaire.

L'objectif à long terme de l'Union pour le multilinguisme en Europe (la connaissance par tout Européen de deux langues étrangères) se révèle donc ici particulièrement stratégique, car à même de relativiser l'importance de la langue, et donc de diversifier la mobilité des professionnels en leur rendant plus facilement accessibles d'autres critères de choix.

Cependant, la langue ne semble pas être le seul facteur expliquant la prédominance du Royaume-Uni : selon l'unique critère de la connaissance de langue, les pays germanophones et francophones auraient dû atteindre des scores respectivement deux et trois fois supérieurs au leur en termes de demandes de mobilité.

Ainsi, l'impact de cofacteurs tels que la démographie – le Royaume-Uni est le 4^{ème} Etat-membre à avoir le plus de patients par praticien de l'art dentaire – ou encore la structure du système de santé bucco-dentaire – plus ou moins favorable à l'accueil de professionnels d'autres pays de l'Union – serait à évaluer dans d'ultérieurs travaux concernant la mobilité des praticiens de l'art dentaire dans l'Union.

4.2. Les hygiénistes dentaires

De manière plus notable encore que pour les praticiens de l'art dentaire, rares sont les études et statistiques permettant de recueillir des données fiables et standardisées concernant l'exercice des autres professionnels de l'odontologie dans l'UE : hygiénistes, assistants, prothésistes et autres.

Ainsi, comme l'indiquent Eaton et Luciak-Donsberger dans leur conséquente étude sur le sujet (99), il semble également exister un besoin en une meilleure collaboration entre les autorités gouvernementales, universités et associations professionnelles pour recueillir des données fiables concernant les hygiénistes dentaires et les professions auxiliaires de l'odontologie, dans l'objectif de prises de décisions politiques en toute connaissance de cause.

4.2.1. Formation

En 2011, contrairement aux praticiens de l'art dentaire, les hygiénistes dentaires ne sont pas reconnus en tant que « profession règlementée à formation harmonisée » par l'UE, mais sont reconnus à l'échelle nationale dans 23 pays sur 27. Quatre pays sur vingt-sept ne reconnaissent pas l'exercice de ces professionnels (France, Grèce, Bulgarie, Belgique), et ce principalement en raison de l'opposition des associations de praticiens de l'art dentaire. (99)

En 1998, l'*International Federation of Dental Hygienists* a proposé d'établir des programmes de formation en 2, 3 et 4 ans afin de poser les bases d'une formation internationale. Ainsi pour une formation en deux ans, elle recommandait 1600 heures de formation, dont 500 heures de clinique. (99)

Le processus de Bologne, initié en 1999 par 29 pays et aujourd'hui ratifié par tous les pays de l'UE, a profondément influencé la formation des hygiénistes. Celui-ci, comme nous l'avons vu, a pour objectif la mise en place d'une équivalence des diplômes et l'harmonisation des formations universitaires, afin de permettre la mobilité professionnelle et un accès aux soins équitable. (74)

Ainsi, depuis le début des années 2000, et bien qu'officiellement toujours non reconnue dans l'ensemble des pays de l'UE, la profession d'hygiéniste a été concernée dans plusieurs pays par la mise en place d'une formation universitaire, et ce de plus en plus souvent dans le cadre du Système Européen de Transfert de Crédits (*ECTS*).

Plus précisément, un diplôme de premier cycle universitaire en hygiène dentaire (*Bachelor Degree* – Licence en français, 3 années d'études) est instauré dans un nombre de pays de plus en plus important – les pays ayant auparavant des formations universitaires en deux ans passant généralement à trois.

Parmi eux, neuf pays de l'UE ont harmonisé la Licence en hygiène dentaire dans le cadre du système *ECTS* : les Pays-Bas, le Danemark, la Finlande, la Suède, l'Italie, le Royaume-Uni, la République Tchèque et la Slovaquie. Les étudiants doivent ainsi valider sur trois ans 180 crédits (42 semaines d'études), pour un total de 1680 h par an.

En ce qui concerne les formations de seconds cycle (*Master Degree*), seuls l'Italie et la Suède proposent des Masters en hygiène dentaire. (99)

Cependant, quelques pays poursuivent la formation en hygiène dentaire au sein d'un cursus non-universitaire. Mais même au sein de ceux-ci, beaucoup sont en voie de transition en vue de l'instauration d'une formation universitaire de niveau Licence, et le nombre de diplômes non-universitaire en hygiène dentaire possibles se réduit à l'échelle de l'ensemble de l'UE.

Ainsi, l'Allemagne par exemple, lors de la reconnaissance de la profession d'hygiéniste (1994) et sous l'influence des différentes *KZV* (Chambres dentaires régionales), a développé un système qui lui est propre de formation des hygiénistes. Celui-ci est sans commune mesure avec une Licence universitaire en trois ans : il s'agit d'une formation continue destinée aux assistants dentaires, comportant 900 h de cours réparties pendant sept années de pratique dans un cabinet au total. Le nombre de sept années pour valider le diplôme a ainsi conduit à un faible nombre d'hygiénistes dentaires formés au total.

Une formation à temps complet en trois ans a pourtant été initiée à Munich en 2004, en coopération avec une école Suisse, mais s'est arrêtée en 2006, en raison de difficultés économiques et du manque de soutien des associations de dentistes. Cependant, une formation universitaire de trois ans, délivrant le degré de Licence en hygiène dentaire, était en 2009 sur le point d'être mise en place à l'Université Steinbeis de Berlin. (100)

En Autriche, des réticences similaires semblent avoir conduit à la reconnaissance récente de l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire dans le cadre d'une formation réduite, non-universitaire, et pour l'instant toujours à définir. En effet, le projet d'une formation de 144 heures de formation continue pour les assistants dentaires proposé par le ministère de la santé et les associations dentaires était, en 2009, toujours sujet à débat – une étude ayant même été demandée en 2009 par le ministère pour définir s'il y aurait réellement besoin ou non de la profession d'hygiéniste dentaire en Autriche. (99)

Enfin, à l'opposé de l'évolution suivie par leurs voisins, quatre Etats-membres ne reconnaissent pas en 2011 la profession d'hygiéniste dentaire, bloquant sa reconnaissance à l'échelle communautaire. Cela repousse ainsi l'échéance de l'obligation de l'harmonisation de cette formation à travers l'UE.

Ainsi, bien que les conditions d'une harmonisation de la formation des hygiénistes dentaires dans l'UE et l'EEE ne soient donc toujours pas réunies, certaines tendances se dessinent ces dix dernières années – le cursus universitaire, et l'obtention d'un niveau Licence dans le cadre de l'*ECTS* plus précisément. (99)

4.2.2. Démographie professionnelle

Au 18/02/2010, les dernières données recueillies par le CECDO auprès des associations dentaires nationales portaient sur l'année 2007, en ce qui concerne les hygiénistes dentaires.

Le graphique ci-dessous présente les pays classés par nombre décroissant d'hygiénistes dentaires enregistrés en 2007, ainsi que leur pourcentage par rapport au nombre total de professionnels de l'odontologie – l'autre partie étant constituée par les praticiens de l'art dentaire.

Nombre et pourcentage d'Hygiénistes au sein des professionnels de Santé bucco-dentaire (2007)

données : CECDO au 18/02/2010

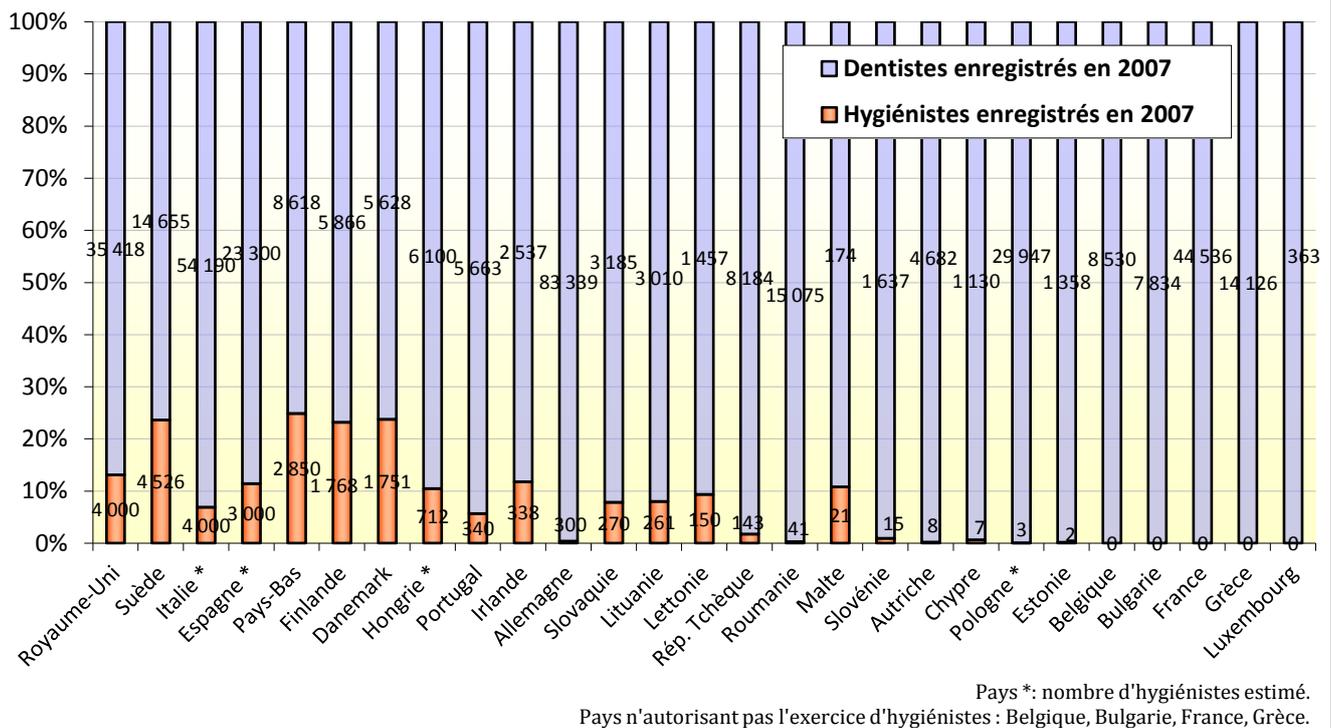


FIGURE 30

On observe une proportion de plus de 20% d'hygiénistes dans quatre pays : la Suède, les Pays-Bas, la Finlande et le Danemark – plus d'un professionnel de santé bucco-dentaire sur cinq y est un hygiéniste. Le Royaume-Uni, L'Irlande, l'Espagne et Malte, possèdent quand à eux plus de 10% d'hygiénistes. Enfin, six autres pays, de l'Est ou du Sud de l'Europe, comportent de 5 à 10 % d'hygiénistes parmi les professionnels de santé bucco dentaire.

Nous pouvons remarquer que les pays possédant la plus grande proportion d'hygiénistes sont tous – à l'exception notable des Pays-Bas – des pays à système national de santé (d'inspiration beveridgienne) : les trois pays du Nord de l'Europe arrivent en tête, puis viennent les pays anglo-saxons et les pays du Sud de l'Europe (à l'exception de la Grèce).

A contrario, on constate une proportion quasi nulle - voire nulle - d'Hygiénistes dans les pays à système de santé d'inspiration bismarckienne : Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg (à l'exception une fois encore des Pays-Bas). Comme vu précédemment, la reconnaissance et/ou le développement de la profession d'hygiéniste se heurte toujours à l'opposition des associations de praticiens de l'art dentaire dans ces pays.

Par ailleurs, les pays de l'Est de l'Europe, s'ils sont à l'origine d'inspiration bismarckienne, ont développé pour certains une proportion non négligeable d'hygiénistes – jusqu'à 10% pour la Hongrie. La reconstruction récente (années 1990) de leurs systèmes de santé, de par une volonté de s'inspirer également de dispositifs mis en place dans les pays beveridgiens, explique peut-être en partie une évolution différente de celle prise par les autres pays à système de santé d'influence bismarckienne. Les hygiénistes dentaires sont cependant quasiment absents en Pologne, Roumanie, Bulgarie, Estonie et Slovaquie.

Nous ne possédons pas à l'heure actuelle de données fiables concernant le taux d'activité, le genre, ou encore les revenus des hygiénistes dentaires à l'échelle de l'Union européenne.

4.2.3. Mobilité professionnelle

A l'instar des praticiens de l'art dentaire, d'après l'Acquis de Schengen et la *PQD*, les hygiénistes ont le droit d'exercer dans un autre pays de l'Union les reconnaissant, pour un exercice « temporaire » (prestation de service, autorisé au cas par cas) ou « permanent » (nécessite de faire reconnaître sa qualification). (60) (66)

Leur formation n'étant pas harmonisée dans l'Union, la reconnaissance de la qualification professionnelle n'est pas « automatique » - contrairement aux dentistes. Elle s'effectue par la voie du « régime général ». Les autorités du pays d'accueil peuvent utiliser la base IMI pour interroger celles du pays d'accueil pour toute demande d'information nécessaire ; de même, le professionnel peut également faire appel au réseau SOLVIT pour toute difficulté rencontrée dans sa démarche (cf. partie 4.1.7.1 : Législation ; la *PQD* ; Régime général). (96) (97)

4.2.4. Modalités et modes d'exercice

4.2.4.1. Conditions d'exercice et associations professionnelles

Les hygiénistes doivent exercer après s'être enregistrés aux mêmes instances que les praticiens de l'art dentaire, sauf dans six pays où il n'existe pas d'enregistrement obligatoire auprès d'instances (Italie, Slovaquie, Rép. Tchèque, Pologne, Chypre, Lituanie). Par ailleurs, aux Pays-Bas, ils doivent s'enregistrer auprès de leurs propres instances.

Les associations majeures de la profession sont, à l'échelle mondiale : l'*International Federation of Dental Hygienists (IFDH)* et l'*European Dental Hygienists' Federation (EDHF)*. L'EDHF a pour objectifs la reconnaissance et l'harmonisation de l'exercice de la profession dans l'UE et l'EEE, dans le cadre notamment des directives européennes sur la mobilité professionnelle et de l'équité dans l'accès aux soins, à la formation et à l'emploi. (99)

4.2.4.2. Mode d'exercice : indépendant ou salarié

Dans douze pays de l'Union, les hygiénistes exercent sous la responsabilité et au sein des mêmes structures (cabinets, centres de soins...) que les praticiens de l'art dentaire, qui leur délèguent un certain nombre de tâches. Ils sont dans ce cas considérés comme des professionnels auxiliaires de la santé bucco-dentaire. (29)

Cependant, dans dix autres pays de l'Union, les hygiénistes peuvent exercer de manière indépendante du praticien de l'art dentaire : ils peuvent avoir leur propre cabinet et traiter leurs propres patients, adressés ou non par le praticien de l'art dentaire. C'est la raison pour laquelle un chapitre indépendant de celui des professionnels auxiliaires de la santé bucco-dentaire leur est consacré au sein du présent travail.

Hygiénistes indépendants, recevant leurs patients de manière libre :

Danemark
Finlande
Italie
Lettonie
Lituanie
Pays-Bas (1/3 des hygiénistes exercent en cabinet indépendant)
Slovaquie (dans les zones à faible démographie médicale uniquement)
Suède

Hygiénistes indépendants, mais recevant les patients après orientation du praticien de l'art dentaire uniquement :

Royaume-Uni
Malte

Données : *European MDP* 2009. (29)

Par ailleurs, Eaton et Luciak-Donsberger suggèrent une forte corrélation entre Licence universitaire et exercice indépendant. (99)

Ces auteurs citent de plus différentes études, démontrant que l'exercice indépendant des hygiénistes n'augmentait pas les risques pour la santé et la sécurité des patients, mais au contraire entraînait un dépassement des standards atteints par les hygiénistes exerçant dans les cabinets dentaires – ce en terme de contrôle de l'infection, suivi et mise à jour de l'historique médical du patient et de données d'évaluation de la santé du parodonte et des tissus mous. (101) (102)

Les visites en cabinet d'hygiéniste dentaire augmentent même le nombre de visites chez le praticien de l'art dentaire (103), et donnent lieu à des services à coûts réduits (102). Il a été enfin reporté que les hygiénistes complètent les services fournis par les praticiens de l'art dentaire en santé parodontale, plus qu'ils ne s'y substituent. (104)

4.3. Les assistants dentaires

Dans tous les pays de l'Union, les praticiens de l'art dentaire font appel à un personnel auxiliaire. Regroupés sous le terme générique d'assistants ou d'auxiliaires dentaires, ils effectuent des tâches déléguées par le praticien, celles-ci pouvant être cliniques (assistants « au fauteuil », *Dental Nurses*), non cliniques (réceptionnistes, enseignants à l'hygiène, ...), ou encore les deux à la fois (assistants à la fois « au fauteuil » et réceptionnistes par exemple).

Dans tous les pays de l'Union, les assistants ne peuvent exercer qu'en tant qu'employés au sein d'une structure de soins bucco-dentaire (cabinet, hôpital...). Par ailleurs, la législation varie selon les pays et les fonctions de l'assistant concernant leur capacité à intervenir dans la bouche d'un patient ; néanmoins, celle-ci leur est toujours soit interdite, soit très limitée (blanchiments dentaires, prise de radiographies).

Selon les auteurs du *MDP 2009*, les assistants dentaires doivent obligatoirement suivre une formation qualifiante dans la moitié des pays de l'Union, et doivent être enregistrés auprès d'instances dans la moitié de ces derniers pays pour être habilités à exercer.

La formation continue est obligatoire pour les assistants dans quatre pays (Lettonie, Lituanie, Slovaquie, Royaume-Uni).

Deux pays (Suède et Royaume-Uni) reconnaissent officiellement une spécialisation en orthopédie dento-faciale pour les assistants dentaires, nommées dans ce cas « auxiliaires en orthodontie » (*Orthodontic Auxiliaires*). (29)

Un assistant peut exercer dans un autre Etat-membre. Cependant, la formation des assistants n'est pas « harmonisée » à l'échelle de l'UE ; il n'y a donc pas de reconnaissance automatique de la qualification. Cependant, en vertu de l'Acquis de Schengen et de la *PQD*, les assistants dont la formation est réglementée dans le pays d'origine peuvent faire reconnaître leur qualification par la voie du « régime général », et donc exercer dans un autre Etat membre. Par ailleurs, la reconnaissance doit être accordée aussi si la profession d'assistant n'est pas réglementée dans l'Etat-membre d'origine, mais si le professionnel a exercé à temps plein pendant deux ans. Dans ce cas, des mesures de compensations pourront être prises si nécessaire (cf. partie 4.1.7.1 : Législation ; La *PQD* ; Régime général). (60) (66)

L'exercice de la profession d'assistant dentaire peut être également abordé sur le plan démographique.

Le *CECDO* a collecté des données concernant les assistants employés (à différencier des assistants enregistrés). Six pays (le Danemark, l'Espagne, la Slovaquie, la France, la Pologne et la Grèce) ont fourni des données estimées – l'enregistrement des assistants auprès d'instances professionnelles n'y étant pas obligatoire. Sont inclus tant les assistants cliniques que non-cliniques.

Un total de 400 357 assistants – environ, cliniques et non-cliniques, exercent dans l'Union – environ, leur nombre étant estimé dans six pays. L'Allemagne possède le plus grand nombre d'assistants employés (170 000) – l'Italie, deuxième pays en nombre, en possède près de trois fois moins (52 000). Le pays ayant le plus petit nombre d'assistants employés est Malte (90).

Toutefois, un professionnel souhaitant exercer dans un autre Etat-membre peut s'interroger plus précisément sur le nombre d'assistants employés par chaque dentiste actif dans son futur pays d'exercice.

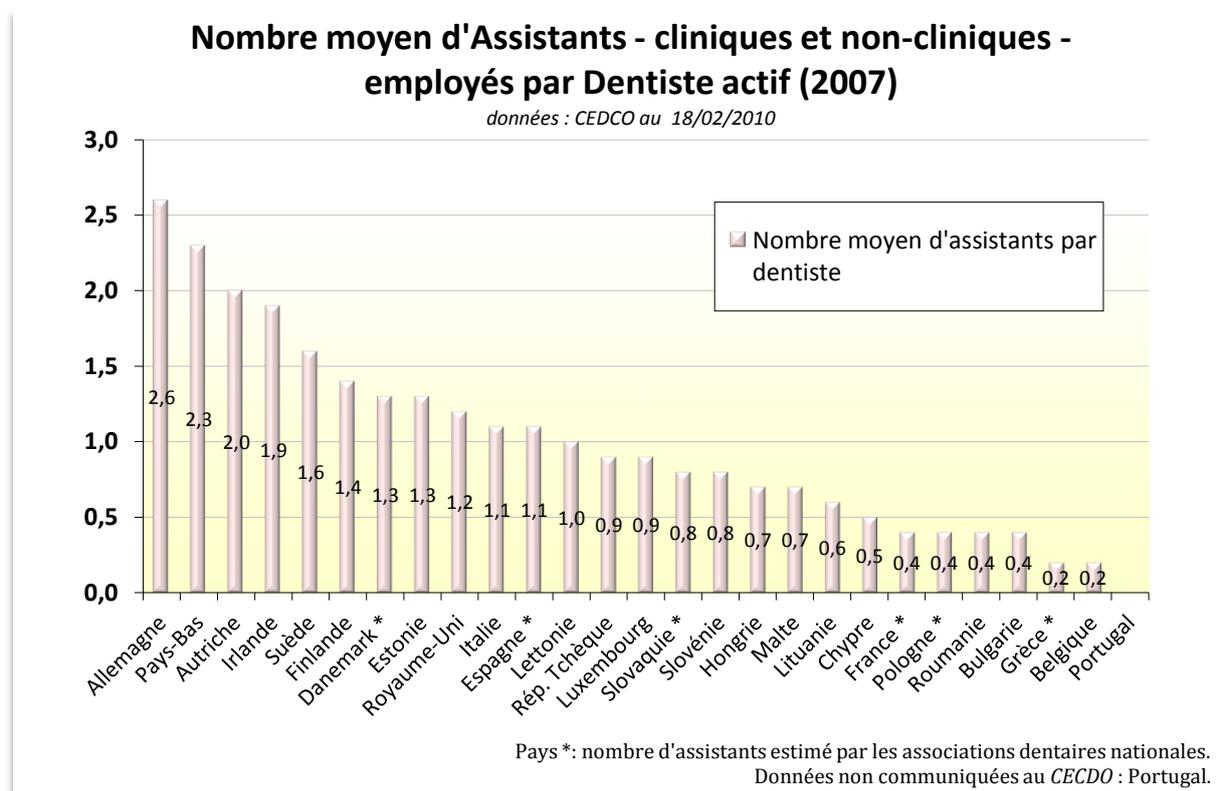


FIGURE 31

Le nombre d'assistants employés par dentiste actif varie d'un rapport de 2,6 assistants/dentiste en Allemagne, à 0,2 assistants/dentiste en Grèce et en Belgique. Les données concernant les dentistes actifs ne sont pas connues pour le Portugal, et celles concernant les assistants employés sont estimées pour le Danemark, l'Espagne, la Slovaquie, la France, la Pologne et

la Grèce – l'enregistrement des assistants auprès d'instances professionnelles n'y étant pas obligatoire.

Nous constatons que, dans certains pays de l'Union, l'existence d'une « équipe de soins dentaires » (*dental team*, (99)) semble constituer la règle, tandis qu'à l'opposé, dans d'autres, une majorité de praticiens de l'art dentaire exercent sans assistant.

Ces données sont représentatives de la diversité des conditions de travail – donc vraisemblablement des méthodes de travail – non seulement des assistants eux-mêmes, mais aussi des praticiens de l'art dentaire, exerçant donc le plus souvent soit au sein d'une « équipe » de deux assistants par dentiste ou plus (Allemagne, Pays-Bas, Autriche, Irlande, Suède), soit, au contraire, plutôt seuls (France, Roumanie, Bulgarie, Grèce, Belgique), soit enfin plutôt en « binôme » avec un assistant (autres Etats).

Notons toutefois qu'il s'agit d'une moyenne à l'échelle d'un territoire national, pouvant varier au sein d'un même pays selon certains facteurs restant à définir (âge et genre du dentiste, lieu et nature de l'exercice, structure d'exercice collective ou individuelle...).

Par ailleurs, il apparaît que les quatre Etats-membres ne reconnaissant pas l'exercice des hygiénistes sont aussi les quatre pays ayant le plus petit ratio assistant/dentiste des 27 (Belgique, Grèce, Bulgarie, France – les deux dernières étant, à 0,4, à égalité avec la Pologne et la Roumanie). Une concordance aussi flagrante laisse présager des raisons communes qui conduisent à réduire dans ces quatre pays l'« équipe de soins dentaires » à l'unique dentiste.

Enfin, les données décrivant la nature du travail fourni par les assistants, clinique ou non-clinique (ex : réception, stérilisation, aide au fauteuil...), de même que sur leurs éventuelles spécialisations, ne semblent pas à ce jour recueillies dans l'ensemble de l'Union.

4.4. Les prothésistes dentaires et prothésistes dentaires cliniciens

Les prothésistes dentaires (encore nommés techniciens dentaires) sont des professionnels dont l'exercice est reconnu dans tous les pays de l'Union.

Ils ne sont jamais autorisés à intervenir dans la bouche d'un patient. Cependant, dans la grande majorité des pays, ils sont habilités à réparer les prothèses dentaires directement pour les patients – s'ils n'effectuent pour cela aucun travail en bouche tel qu'une prise d'empreinte par exemple.

Dans cinq pays de l'Union cependant (Finlande, Danemark, Espagne, Pays-Bas et depuis 2007 Royaume-Uni), des prothésistes spécialisés nommés « prothésistes dentaires cliniciens » sont reconnus. Ce sont des prothésistes ayant effectué une formation supplémentaire d'un à deux ans,

habilités à construire et à délivrer certains travaux directement au patient (prothèse amovible totale et partielle), et donc à effectuer directement certains actes en bouche tels que des prises d'empreintes.

La formation des prothésistes dentaires dure de deux à cinq ans selon le pays. Non harmonisée à l'échelle de l'Union, elle a lieu au sein d'instituts de formation spécifiques, présents dans tous les pays sauf au Luxembourg et à Chypre.

Les prothésistes ont l'obligation pour exercer de s'enregistrer auprès d'instances professionnelles dans 22 pays sur 27. (29)

Selon l'Acquis de Schengen et la PQD, les prothésistes ont le droit d'exercer dans un autre pays de l'Union. Leur formation n'est pas « harmonisée » ; pour un exercice « permanent », la reconnaissance de la qualification professionnelle s'effectuera par la voie du « régime général ». Si la profession n'est pas règlementée dans l'Etat-membre d'origine, une expérience professionnelle de deux ans sera demandée, et des mesures de compensation pourront éventuellement être prises (cf. partie 4.1.7.1 : Législation ; La PQD ; Régime général). (60) (66)

L'exercice de la profession de prothésiste dentaire peut être également abordé sur le plan démographique.

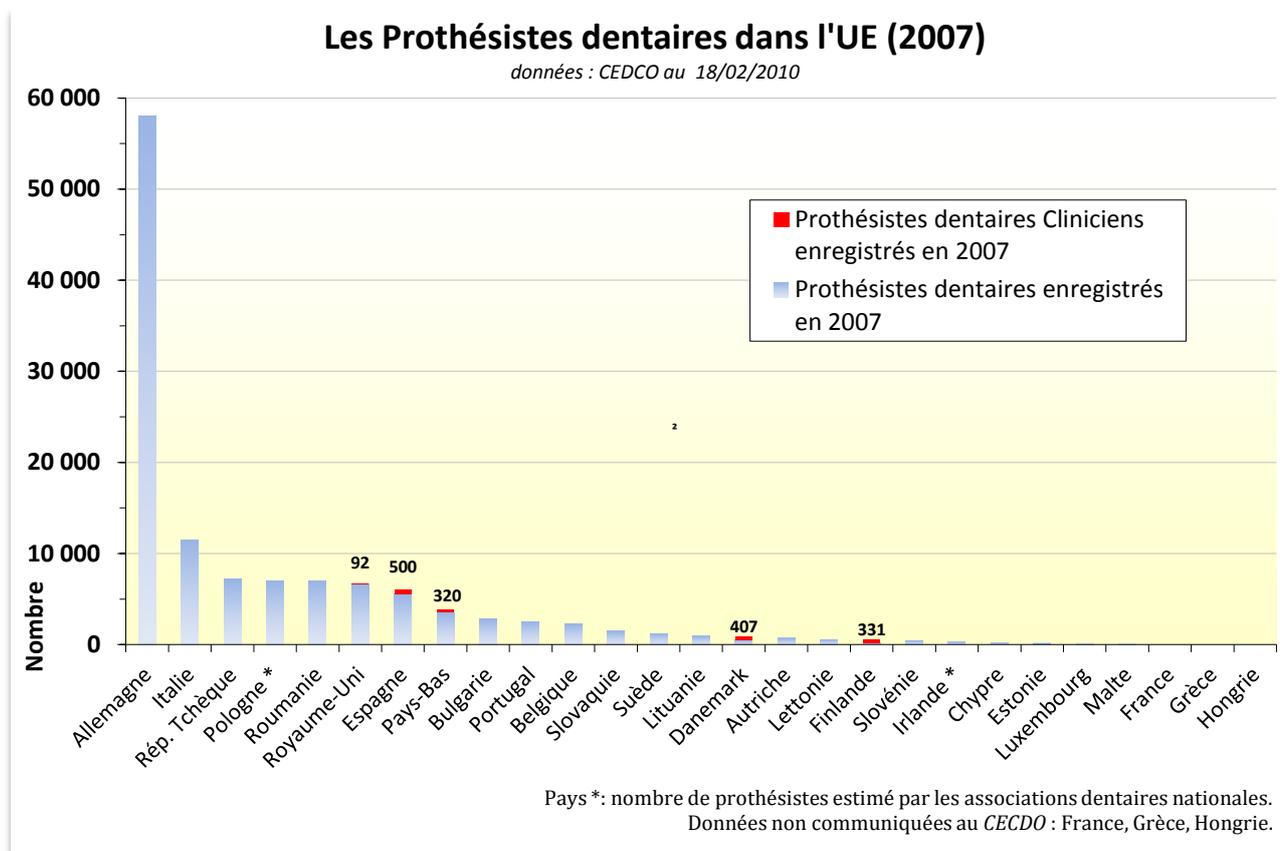


FIGURE 32

Le *CECDO* a collecté des données concernant les prothésistes enregistrés (à différencier des prothésistes actifs). Trois pays (France, Grèce, Hongrie) n'ont pas transmis de données, et deux autres (Pologne, Irlande) les ont estimées : l'enregistrement des prothésistes auprès d'instances professionnelles n'est en effet pas obligatoire dans ces Etats.

L'Allemagne comporte le plus grand nombre de prothésistes enregistrés (58 000) – l'Italie, deuxième pays en nombre, en possède près de cinq fois moins (11520). Le pays ayant le plus petit nombre de prothésistes enregistrés est Malte (41).

Les Etats reconnaissant l'exercice des prothésistes cliniciens se distinguent entre les Etats où ils constituent moins de 10% des effectifs totaux des prothésistes dentaires (Royaume-Uni, Espagne, Pays-Bas), et ceux où ils en constituent près de la moitié (Danemark), voire près des deux-tiers (Finlande).

Nous pouvons connaître le nombre moyen de praticiens de l'art dentaire enregistrés par prothésiste enregistré – avec lesquels le prothésiste peut potentiellement être amené à travailler.

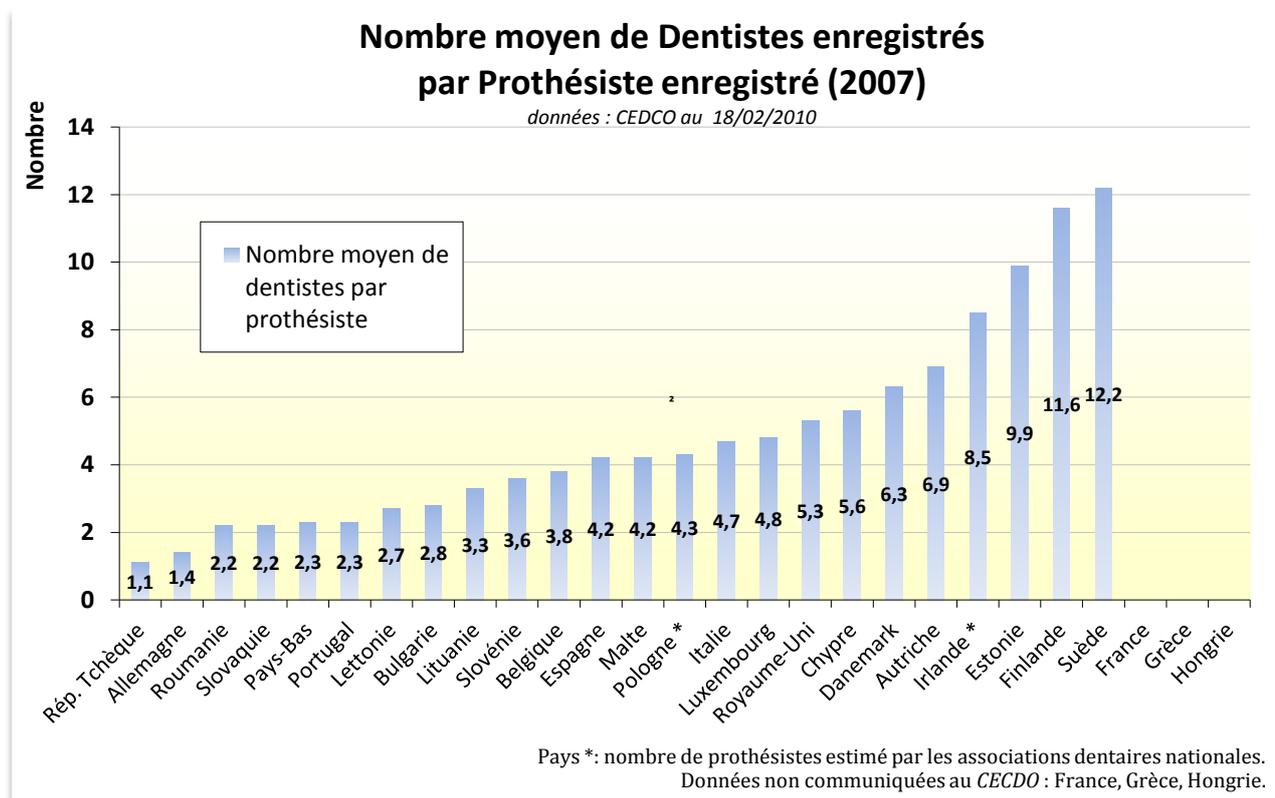


FIGURE 33

Nous constatons que le nombre de dentistes enregistrés par prothésiste enregistré varie d'un rapport de 1,1 dentiste/prothésiste en République tchèque, à 12,2 dentistes/prothésiste en Suède. Les données ne sont pas connues pour la France, la Grèce et la Hongrie, et estimées pour la Pologne et l'Irlande – l'enregistrement des prothésistes auprès d'instances professionnelles n'y étant pas obligatoire.

Cependant, ces données ne permettent pas d'établir directement combien un prothésiste a en moyenne de clients dentistes : ces données considèrent les prothésistes et dentistes enregistrés par les instances professionnelles. Elles ne concernent donc pas le rapport entre professionnels réellement en exercice (la donnée est disponible pour les dentistes mais pas pour les prothésistes), qui peut être assez éloignée de celle des professionnels enregistrés : en effet, pour certains pays, la différence entre dentistes enregistrés et actifs peut être importante (ex : Suède).

De plus, il s'agit d'une moyenne à l'échelle d'un territoire national, pouvant varier au sein d'un même pays selon la zone géographique (entre les zones dites « non desservies » et les autres par exemple).

Enfin, des données telles que celles concernant la nature du travail fourni par les prothésistes par exemple ne semblent pas à ce jour disponibles et recueillies dans l'ensemble de l'Union.

4.5. Les thérapeutes dentaires

Les thérapeutes dentaires (*Dental Therapists*) sont des auxiliaires habilités à pratiquer certains soins conservateurs limités sous la supervision d'un praticien de l'art dentaire. Ils sont reconnus dans quatre pays : Suède, Royaume-Uni, Lettonie et Roumanie – où ils sont nommés denturistes.

Là encore, les règles varient selon les pays concernant leur champ de compétences et le degré d'encadrement par le praticien de l'art dentaire. (29)

CONCLUSION

« Plus jamais ça ». Cette phrase fut régulièrement prononcée au cours du XX^{ème} siècle. Terrain d'affrontements successifs, dont l'apogée fut atteinte par deux guerres mondiales d'ampleur inédite dans l'Histoire de l'humanité, l'Union européenne est née par la conviction de quelques hommes qu'il ne s'agissait pas là d'une fatalité. Ceux-ci semblent avoir réussi leur pari : existant depuis plus d'un demi-siècle, l'Union comprend en 2011 une zone de paix et d'échanges entre 27 pays, liés notamment par des institutions et une monnaie unique. La mise en place progressive d'une politique commune, notamment sur le plan économique, et la gestion du multilinguisme sont deux des principaux défis que l'Union doit relever en ce début de XXI^{ème} siècle, pour poursuivre les échanges tant en son sein qu'avec les autres partenaires mondiaux, et par là le développement du bien-être de ses citoyens.

Cependant, tout en investissant de manière croissante le champ de la santé et en y favorisant la coopération, l'Union considère toujours en 2011 les politiques de santé comme étant principalement de la compétence de chacun des Etats qui la composent.

Ceux-ci ont vu naître deux des grands types de systèmes de santé actuels dans le monde : l'assurance maladie obligatoire et le système national de santé. S'ils ont été mis en place à des époques variées et avec des caractéristiques diverses selon les pays, ces systèmes de santé semblent tous aujourd'hui évoluer vers une forme de convergence, en intégrant progressivement des caractéristiques initialement réservées à l'autre grand type. L'exemple des pays de l'Est de l'Europe, adoptant directement au cours des années 1990 des systèmes hybrides après l'abandon du système Semashko, semble ainsi particulièrement révélateur de cette évolution. La prise en charge de la santé bucco-dentaire semble toutefois, dans l'ensemble des six exemples abordés – Allemagne, France, Hongrie, Royaume-Uni, Suède et Espagne – posséder des spécificités qui la distinguent de la prise en charge des autres domaines de la santé.

Dans ce cadre, s'interroger sur la possibilité de décrire l'Union européenne sous l'angle de la demande et de l'offre de soins de santé bucco-dentaire en 2011 peut permettre d'offrir une aide à la prise de décision politique.

Tout d'abord, il semblerait que la demande de soins de santé bucco-dentaires à l'échelle de l'Union ne soit que partiellement identifiée. Si les quelques aspects mesurés figurent dans l'ensemble parmi les meilleurs du monde et semblent suivre une dynamique positive, l'évaluation d'autres paramètres de cette demande semble avoir jusqu'à présent été limitée par le manque d'indicateurs communs à l'ensemble des Etats-membres. Cela a pour conséquence de diminuer la rationalité – et donc la possibilité – de la mise en place d'éventuelles collectes de données, et par conséquent de bilans comparatifs des actions menées, tant à travers l'Union qu'à l'échelle de l'Union.

Toutefois, les années 2000 ont vu la concrétisation d'un projet réussissant, au terme d'une concertation entre chercheurs européens, à définir les 40 principaux indicateurs de santé bucco-dentaire : le projet *EGOHID*. Celui-ci vise dorénavant l'appropriation de ces indicateurs par un réseau de prestataires de soins, avec pour objectif la mise en place d'une surveillance de la santé bucco-dentaire à l'échelle européenne. Par ailleurs, les facteurs conduisant à cette demande –

« expression » individuelle d'un besoin en soins bucco-dentaires, pouvant être différente de la « supposition » d'un besoin par le prestataire – semblent être de mieux en mieux connus et reconnus. Enfin, si les citoyens sont libres de se déplacer dans l'Union, dans les faits, le recours à des soins transfrontaliers semble résulter de faisceaux de circonstances précises.

L'offre de soins, quant à elle, fait l'objet de données peu à peu collectées et publiées, depuis une dizaine d'années, par des associations professionnelles européennes. Cette offre est historiquement incarnée par les praticiens de l'art dentaire, présents dans toute l'Union. Ceux-ci constituent l'une des sept professions à ce jour dont la formation est légalement « harmonisée » à l'échelle de l'Union : cet acquis leur offre la possibilité d'exercer au sein de 27 pays différents avec un unique diplôme. La mobilité professionnelle n'est toutefois accessible que si le praticien possède des connaissances de la langue du pays d'accueil – ce qui met en évidence les enjeux du développement du multilinguisme.

L'exercice des praticiens de l'art dentaire semble posséder un certain cadre commun à travers toute l'Union : régulé par des associations professionnelles et devant respecter des règles déontologiques, il doit surmonter des défis communs tels que les disparités de concentration professionnelle entre zones bien et mal desservies par les services publics, ou encore le vieillissement de la population générale.

Toutefois, d'autres aspects de leur exercice comme le caractère public ou libéral, leur taux d'emploi, leur âge ainsi que leurs revenus, gagneraient à être mieux définis et/ou recueillis à travers l'ensemble de l'Union.

Enfin, certaines caractéristiques de l'offre de soins bucco-dentaires, telles que le nombre de spécialités reconnues ou l'obligation d'une formation tout au long de la vie, font l'objet de variations significatives entre Etats-membres. De plus, si dans de rares pays de l'Union, cette offre est proposée quasi-exclusivement par les praticiens de l'art dentaire et les prothésistes, ailleurs, celle-ci est souvent mise en place par le biais d'« équipes » de soins bucco-dentaires : le travail du praticien s'y voit d'une part complété par celui d'hygiénistes dentaires, voire de thérapeutes dentaires, et d'autre part soutenu par celui d'assistants cliniques et non-cliniques.

Les identités culturelles nationales, en perpétuelle évolution – fruits de l'Histoire de leurs territoires et de leurs habitants –, contribuent depuis un peu plus d'un demi-siècle à construire ensemble celle de l'Union européenne.

Ainsi, suivant ce processus, seule la mise en place à l'échelle de l'Union d'une politique commune de surveillance de la santé bucco-dentaire semblerait à même de répondre au défi des libertés – de circulation comme d'exercice – qui y sont autorisées.

TABLE DES MATIÈRES

1. L'Union européenne
 - 1.1. Présentation
 - 1.2. Une brève Histoire de la construction de l'Union européenne
 - 1.2.1. Avant 1945 : Précurseurs et visionnaires
 - 1.2.2. 1945-1959 : Les « Pères fondateurs », une volonté de paix et de coopération
 - 1.2.3. 1960-1969 : Le boom économique des années 60
 - 1.2.4. 1970-1979 : Premier élargissement et fin des dictatures méditerranéennes
 - 1.2.5. 1980-1989 : Des mutations de l'Europe à la chute du mur de Berlin
 - 1.2.6. 1990-1999 : De la CEE à l'UE, une Europe sans frontières
 - 1.2.7. 2000 à aujourd'hui : L'Europe au défi de la mondialisation
 - 1.3. L'Europe, un « Objet Politique Non Identifié »
 - 1.3.1. Au cœur de l'Union, le « Triangle institutionnel »
 - 1.3.2. Le Conseil européen et la CJCE, des institutions dont la place a évolué progressivement au sein de l'Union
 - 1.3.3. Les autres institutions de l'Union européenne
 - 1.4. L'économie, moteur de l'Europe
 - 1.5. Une Europe « multilingue »

2. Les politiques de santé bucco-dentaire dans l'Union européenne
 - 2.1. A l'échelle de l'UE
 - 2.1.1. Objectifs
 - 2.1.2. Fonctionnement
 - 2.1.2.1. Une compétence communautaire « d'appui »
 - 2.1.2.2. Une programmation pluriannuelle
 - 2.1.2.3. Des agences et organismes européens au service de la politique de santé publique
 - 2.2. A l'échelle nationale
 - 2.2.1. Le système d'assurance maladie obligatoire (AMO) et ses variantes
 - 2.2.1.1. Le modèle bismarckien et son évolution : l'Allemagne
 - 2.2.1.2. Les systèmes "mixtes" : exemple de la France
 - 2.2.1.3. Les systèmes issus des systèmes de santé des anciennes « démocraties populaires » : exemple de la Hongrie
 - 2.2.2. Le système national de santé et ses variantes
 - 2.2.2.1. Le modèle beveridgien et son évolution : le Royaume-Uni
 - 2.2.2.2. Les systèmes des pays du Nord de l'Europe : exemple de la Suède
 - 2.2.2.3. Les systèmes des pays du Sud de l'Europe : exemple de l'Espagne

3. La demande et le recours aux soins bucco-dentaires
 - 3.1. La demande de soins
 - 3.1.1. Indicateurs de l'OMS en santé bucco-dentaire
 - 3.1.1.1. L'indice CAO à 12 ans
 - 3.1.1.2. Le pourcentage d'édentés totaux à 65 ans
 - 3.1.2. Le projet *EGOHID*
 - 3.2. Le recours aux soins

- 3.2.1. Fréquence du recours aux soins et facteurs l'influençant
 - 3.2.2. Répartition par secteur (public/privé) du recours aux soins
 - 3.2.3. Recours aux soins à l'échelle de l'UE : la mobilité transfrontalière
 - 3.2.3.1. L'Acquis de Schengen
 - 3.2.3.2. La directive 2011/24/UE sur les soins transfrontaliers
 - 3.2.3.3. Le recours effectif aux soins transfrontaliers dans l'UE : le projet *E4P*
4. L'offre de soins bucco-dentaire
- 4.1. Les praticiens de l'art dentaire
 - 4.1.1. Formation initiale
 - 4.1.1.1. Présentation : les traditions odontologique et stomatologique
 - 4.1.1.2. A l'échelle de l'UE
 - 4.1.1.3. A l'échelle nationale
 - 4.1.2. Formation continue
 - 4.1.3. Spécialisations
 - 4.1.3.1. A l'échelle nationale
 - 4.1.3.2. A l'échelle de l'UE
 - 4.1.4. Démographie professionnelle
 - 4.1.4.1. Nombre
 - 4.1.4.2. Genre
 - 4.1.4.3. Taux d'activité et chômage
 - 4.1.4.4. Mode d'exercice
 - 4.1.4.5. Age
 - 4.1.5. Régulation de l'exercice
 - 4.1.5.1. Associations professionnelles
 - 4.1.5.2. Enregistrement
 - 4.1.5.3. Assurance professionnelle
 - 4.1.5.4. Normes et surveillance qualité
 - 4.1.5.5. Publicité
 - 4.1.6. Revenus
 - 4.1.7. Mobilité professionnelle dans l'UE
 - 4.1.7.1. Législation
 - 4.1.7.2. Application de la législation
 - 4.1.7.3. Mobilité professionnelle effective dans l'UE
 - 4.2. Les hygiénistes dentaires
 - 4.2.1. Formation
 - 4.2.2. Démographie professionnelle
 - 4.2.3. Modalités et modes d'exercice
 - 4.2.4. Conditions d'exercice et associations professionnelles
 - 4.2.5. Mode d'exercice : indépendant ou salarié
 - 4.3. Les assistants dentaires
 - 4.4. Les prothésistes dentaires et prothésistes dentaires cliniciens
 - 4.5. Les thérapeutes dentaires

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 – “Construction européenne : les étapes”. Source : (105)	13
Figure 2 – Les institutions de l’Union européenne. Graphique créé à partir de données issues de (11) et (12)	19
Figure 3 – « Le budget 2011 en chiffres : le budget voté ». Source : (106).....	23
Figure 4 – « Les langues les plus parlées dans l’UE ». Source : (15).....	25
Figure 5 – La dépense de santé dans l’UE (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89)	31
Figure 6 – Otto Von Bismarck. Source : (107)	32
Figure 7 – “L’Allemagne”. Source : (28).....	34
Figure 8 – “La France”. Source : (28)	39
Figure 9 – “La Hongrie”. Source : (28)	44
Figure 10 – Lord William Henry Beveridge. Source : (108).....	47
Figure 11 – “Le Royaume-Uni”. Source : (28).....	49
Figure 12 – “La Suède”. Source : (28).....	54
Figure 13 – “L’Espagne”. Source : (28)	59
Figure 14 – Indice CAO à 12 ans (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89)	64
Figure 15 – Pourcentage d’édentés totaux à 65 ans (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89)	65
Figure 16 – Pourcentage d’habitants ayant consulté un professionnel de l’odontologie au cours de l’année écoulée (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89)	68
Figure 17 – Répartition par secteur (public/privé) des dépenses effectuées en santé bucco-dentaire (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89).....	70
Figure 18 – Les universités/écoles d’odontologie dans l’UE (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89)	82
Figure 19 – Nombre de praticiens de l’art dentaire diplômés en 2007 par genre, et population par pays. Graphique créé à partir de données issues de (89)	84
Figure 20 – Durée de la formation initiale obligatoire (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89).....	85
Figure 21 – Les praticiens de l’art dentaire spécialistes dans l’UE, par pays (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89)	88
Figure 22 – Les praticiens de l’art dentaire dans l’UE (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89).....	89
Figure 23 – Nombre moyen d’habitants par dentiste actif (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89).....	90
Figure 24 – Genre des praticiens de l’art dentaire enregistrés (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89).....	92
Figure 25 – Taux d’activités des praticiens de l’art dentaire et présence de chômage parmi les praticiens actifs (2007). Graphique créé à partir de données issues de (89).....	93
Figure 26 – Niveau des salaires dans différentes villes de l’UE (2010). Graphique créé à partir de données issues de (92).....	103

Figure 27 – Décisions de reconnaissance de la qualification professionnelle de praticiens de l’art dentaire diplômés d’Etat tiers de l’UE, prises dans l’ensemble de l’UE de 2005 à 2009. Graphique créé à partir de données issues de (94)	107
Figure 28 – Demandes d'autorisation d'exercice dans un Etat tiers de l'UE 2005-2009, en fonction de l'Etat d'obtention du diplôme. Graphique créé à partir de données issues de (94)	110
Figure 29 – Autorisations d'exercice accordées à des praticiens de l'art dentaire diplômés d'un autre Etat de l'UE, de 2005 à 2009. Graphique créé à partir de données issues de (94)	111
Figure 30 – Nombre et pourcentage d’hygiénistes au sein des professionnels de santé bucco-dentaire (2007). Graphique créé à partir de données issues de_(89)	115
Figure 31 – Nombre moyen d’assistants – cliniques et non cliniques – employés par dentiste actif (2007). Graphique créé à partir de données issues de_(89)	119
Figure 32 – Les prothésistes dentaires et prothésistes dentaires cliniciens (2007). Graphique créé à partir de données issues de_(89)	121
Figure 33 – Nombre moyen de dentistes enregistrés par prothésiste enregistré (2007). Graphique créé à partir de données issues de_(89)	122

BIBLIOGRAPHIE

1. **Académie nationale de Chirurgie dentaire.** Histoire de l'art dentaire de l'antiquité à l'époque contemporaine. [En ligne] [Citation : 3 octobre 2011.]
www.academiedentaire.fr/attachments/.../Histoire_Art_Dentaire.pdf.
2. **Rolland, P.** *L'unité politique de l'Europe, histoire d'une idée : les grands textes [anthologie]*. Bruxelles : Bruylant, 2006.
3. **Valéry, P.** La Crise de l'Esprit : Deuxième lettre. *Variété I*. s.l. : Gallimard, La Pléiade, 1924.
4. **McLuhan, M.** *The medium is the message*. s.l. : Penguin Books, 1967.
5. **Nye, J.** *Bound to Lead: The Changing Nature of American Power*. New York : Basic Books, 1990.
6. **Union européenne.** Traité sur l'Union Européenne (92/C 191/01), dit « Traité de Maastrich ». [En ligne] Journal officiel n° C 191 du 29 juillet 1992, 1992. [Citation : 11 janvier 2011.] <http://eur-lex.europa.eu/fr/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html#0001000001>.
7. **Union européenne.** 12 leçons sur l'Europe. *EUROPA*. [En ligne] [Citation : 26 novembre 2010.] http://europa.eu/abc/12lessons/index_fr.htm.
8. **United Nations Development Programme.** Indicateurs Internationaux de développement humain. [En ligne] 2010. [Citation : 11 janvier 2011.] <http://hdr.undp.org/fr/donnees/profils/>.
9. **Hugo, V.** *Choses Vues, Œuvres complètes*. s.l. : Gallimard, 1887.
10. **Todd, E.** *L'invention de l'Europe*. s.l. : Le Seuil, 1990.
11. **Collectif Action Citoyenne.** *101 Fiches pour comprendre l'Europe*. s.l. : Belin, 2007.
12. **Réveillard, C.** *Les dates-clefs de la construction européenne : histoire, institutions, traités, politiques communes, Union économique et monétaire, élargissements, perspectives*. s.l. : Ellipses, collection "Les Dates-clés", 2000.
13. **Union européenne.** Grandes orientations des politiques économiques 2008-2010 : Synthèse. *EUROPA*. [En ligne] [Citation : 20 février 2011.] http://europa.eu/legislation_summaries/economic_and_monetary_affairs/stability_and_growth_pact/ec0002_fr.htm.
14. **Duval, G.** L'Europe au bout du rouleau ? *Alternatives Economiques*. 2011, 304, pp. 7-9.
15. **Commission européenne.** Eurobaromètre spécial n°243 : les Européens et leurs langues ; Résumé. [En ligne] 2006. http://ec.europa.eu/education/languages/pdf/doc629_fr.pdf.
16. **Organisation mondiale de la Santé.** Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. 1946, 2, p. 100.
17. **Union européenne.** Versions consolidées du traité sur l'Union européenne et du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (2008/C 115/01), dit « Traité de Lisbonne ». [En ligne] Journal officiel

- n° C 115 du 09/05/2008. [Citation : 20 février 2011.] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0001:01:fr:HTML>.
18. **Union européenne.** Synthèse de la législation de l'Union Européenne : Santé Publique. *EUROPA*. [En ligne] [Citation : 20 février 2011.] http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/index_fr.htm.
19. **Parlement européen.** Décision N° 1786/2002/CE du 23 septembre 2002, adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008). [En ligne] [Citation : 12 janvier 2011.] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:FR:PDF>.
20. **Commission européenne.** Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013. Livre Blanc. [En ligne] 2007. [Citation : 14 février 2011.] http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=fr&type_doc=COMfinal&an_doc=2007&nu_doc=630.
21. **Le Faou, A L.** *Les systèmes de santé en question : Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada*. Sciences Humaines en Médecine. s.l. : Ellipses, 2003.
22. **Lambert, D C.** *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*. Economie Humaine. s.l. : Le Seuil, 2000.
23. **Organisation mondiale de la Santé.** Rapport sur la Santé en Europe 2009. Santé et systèmes de santé. [En ligne] 26 novembre 2010. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117463/E94076.pdf.
24. **Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire.** La réforme des systèmes de santé en Europe : concilier équité, qualité et efficacité. [En ligne] 2003. [Citation : 23 mars 2011.] Rapport n°9903. <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc03/FDOC9903.htm>.
25. **Organisation de Coopération et de Développement Economique.** Health at a Glance : Europe 2010. Health Expenditure and financing. [En ligne] 2010. [Citation : 8 avril 2011.] 104-114. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en.
26. **Organisation mondiale de la Santé.** Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de Santé. [En ligne] 1996. [Citation : 16 juillet 2011.] <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/Titre/Charte+de+Ljubljana+sur+la+r%C3%A9forme+des+syst%C3%A8mes+de+sant%C3%A9-juin+1996?OpenDocument>.
27. **Eaton, K A et Widström, E.** Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev dent*. 2004, Vol. 3, 2, pp. 155-94.
28. **Central Intelligence Agency.** The World Factbook, Europe. [En ligne] mars 2011. [Citation : 21 juillet 2011.] https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/wfbExt/region_eur.html.
29. **Treasure, E et Kravitz, A S.** Manual of Dental Practice 2009. *The Council of European Dentists*. [En ligne] 2009. [Citation : 28 novembre 2010.] <http://www.eudental.eu/index.php?ID=35918&>.
30. **Commission européenne.** Base de données MISSOC (Mutual Information System on Social Protection). [En ligne] [Citation : 2 juin 2011.] <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=fr>.
31. **Cours de Justice des Communautés européennes.** Arrêt n°582 des Cours de Justice des Communautés Européennes : Sécurité sociale, Financement, législation applicable. [En ligne] [Citation : 21 mars 2011.] http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/bulletin_information_cour_cassation_27/b.

32. **La Documentation CMU.** Fond de financement de la Protection complémentaire de la Couverture universelle d'Assurance Maladie. [En ligne] [Citation : 22 avril 2011.] <http://www.cmu.fr/site/index.php4>.
33. **Ritter, P.** Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé. *Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.* [En ligne] 2008. [Citation : 25 mars 2011.] <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000146/0000.pdf>.
34. **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.** Les Chirugiens-Dentistes. [En ligne] [Citation : 12 avril 2011.] <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/index.php>.
35. **Widström, E, Eaton, K A et al.** Oral healthcare in transition in Eastern Europe. *Br Dent J.* 9 June 2001, Vol. 190, 11, pp. 580-584.
36. **Organisation de Coopération et de Développement Economiques.** An OECD perspective on Hungary. Chapter 3 ; Healthcare Reform: Improving Efficiency and Quality of Care, Reforms for Stability and Sustainable Growth. [En ligne] 2008. [Citation : 10 janvier 2011.] <http://www.oecd.org/dataoecd/50/20/40879510.pdf>.
37. **Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale.** Régimes de Sécurité sociale. [En ligne] [Citation : 2010 novembre 28.] <http://www.cleiss.fr/docs/regime.html>.
38. **Beveridge, W H.** *Du travail pour tous dans une société libre.* s.l. : Domat-Monchrestien, 1945.
39. **National Health Service of United Kingdom.** Starting a career as a dentist. [En ligne] [Citation : 18 avril 2011.] <http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?id=602>.
40. **Moschonas, G.** *La Social-démocratie de 1945 à nos jours.* s.l. : Montchrestien, Clés, 1994.
41. **Anderson, R, Treasure, ET et Whitehouse, NH.** Oral health systems in Europe. Part I: Finance and entitlement to care. *Community Dent Health.* Septembre 1998, Vol. 3, 15, pp. 145-9.
42. **Caselli G, Vallin J, Wunsch G.** Chapitre 106 : Origine des Politiques de Santé. *Démographie : Analyse et Synthèse.* s.l. : Editions de l'Institut National des Etudes Démographiques, 2006, Vol. VII : Histoires des Idées et Politiques de Population, pp. 320-326.
43. **Haut Comité de la Santé Publique.** Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais : décentralisation, réformes et accès aux soins. Revue de presse du 1er au 15 mars 2003. [En ligne] [Citation : 14 mars 2011.] <http://www.hcsp.fr/docspdf/presse/rp030301.pdf>.
44. **Cazeau, B et Vasselle, A.** Réformer la protection sociale : les leçons du modèle suédois. Rapport d'information du Sénat du 11/07/2007. [En ligne] [Citation : 16 février 2011.] <http://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3771.pdf>.
45. **Swedish Dental Association.** Dentistry in Sweden. [En ligne] 2003. [Citation : 2 mars 2011.] http://www.whocollab.od.mah.se/euro/sweden/data/dentistry_03.pdf.
46. **Haute Autorité de Santé.** La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens. [En ligne] 2007. [Citation : 10 octobre 2011.] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6737/affichage?text=su%C3%A8de&opSearch=&catName=true&replaceFileDoc=false&searchInFiles=false&portlet=c_39085.
47. **Haut Conseil de la Santé Publique.** *Rapport "La Santé en France, 1995".* s.l. : La Documentation Française, 1995.

48. **Organisation mondiale pour la Santé.** *Santé pour tous*. 1981, 4.
49. **Organisation mondiale de la Santé.** Caries for 12-year-olds by country/area. WHO Oral Health Country/area profile programme. [En ligne] [Citation : 2 12 2010.] <http://www.whocollab.od.mah.se/countriesalphab.html>.
50. **Hescot, P et Roland, E.** *La Santé dentaire en France, enfants de 6 ans et 12 ans*. s.l. : UFSBD, 2006.
51. **Micheelis, W et Schiffner, U.** *The Fourth German Oral Health Study (DMS IV)*. s.l. : Institute of German Dentists (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, 2006.
52. **Gonzalez, B et Pinilla, J.** Exploring changes in dental workforce, dental care utilisation and dental caries level in Europe, 1990-2004. *Int Dent J*. April 2009, Vol. 59, 2, pp. 87-95.
53. **Commission européenne.** European Community health indicators (ECHI). *EUROPA*. [En ligne] [Citation : 2011 juillet 20.] http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm.
54. **ECHIM project.** European Community Health Indicators Monitoring project. [En ligne] [Citation : 19 juillet 2011.] <http://www.echim.org/>.
55. **European Commission.** Summary Report. *Health surveillance in Europe, European Global Health Indicators Development Project, 2003 Report Proceedings*. 2003, p. 165.
56. **EGOHID workgroup, European Commission.** EGOHID II Final catalogue "Health Surveillance in Europe – Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Guidelines". [En ligne] [Citation : 2 juillet 2011.] <http://www.egohid.eu/Documents/EGOHID.pdf>.
57. **EGOHID workgroup, European Commission.** European Global Oral Health Indicators Development project. [En ligne] [Citation : 3 juillet 2011.] <http://www.egohid.eu/>.
58. **Bradshaw, JS.** A taxonomy of social need. *Problem in medical care – Essays on current research*. s.l. : G. McLaclan. Oxford, University press, 1972, pp. 72-73.
59. **Eaton, KA.** Factors influencing demand and the Perceptions of individuals, dental Professionals and the Funders of and Legislators for Oral Health Care in Europe. [auteur du livre] European Commission. *Health surveillance in Europe, European Global Health Indicators Development project, Report Proceedings*. 2003, pp. 69-80.
60. **Union européenne.** L'Espace et la Coopération Schengen. *EUROPA, Synthèse de la Législation de l'UE*. [En ligne] [Citation : 3 mai 2011.] http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/l33020_fr.htm.
61. **Commission européenne.** Directive sur les soins de Santé transfrontaliers 2011/24/UE. *EUROPA*. [En ligne] [Citation : 2 octobre 2011.] http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/cross_border_healthcare/index_fr.htm.
62. **Cours de Justice des Communautés européennes.** Arrêts Kohll et Decker, 28 avril 1998, affaires C-120/95 et C-158/96. [En ligne] 1998. [Citation : 10 mai 2011.] <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=572&langId=fr>.

63. **Service-Public.fr, le site officiel de l'administration française.** Vacances ou court séjour en Europe : carte européenne d'assurance maladie. [En ligne] 6 décembre 2011. [Citation : 10 décembre 2011.] <http://vosdroits.service-public.fr/F213.xhtml>.
64. **Baeten, R, McKee, M et Rosenmöller, M.** Patients mobility in the European Union : learning from experience. [En ligne] 2006. [Citation : 2 décembre 2010.] http://www.iese.edu/en/files/PatientmobilityinEU_tcm4-14463.pdf.
65. **Gass, C.** *Analyse du nouveau degré de mobilité des patients. Exemple des patients français partis se faire soigner en Hongrie.* Odontologie. Strasbourg : s.n., 2007. Thèse d'exercice.
66. **Union européenne.** Directive 2005/35/CE sur la Reconnaissance des Qualifications professionnelles. [En ligne] [Citation : 11 mars 2011.] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32005L0036:FR:NOT>.
67. **Association dentaire française.** « Art dentaire » cède la place à « médecine bucco-dentaire ». *La lettre du Chir Dent.* février-mars 2010, 85, p. 34.
68. **Scott, J.** Dental education in Europe : the challenges of variety. *Journal of Dental Education.* 2003, Vol. 67, 1, pp. 69-78.
69. **Zelles, T, Varga, G et Banoczy, J.** Basic science teaching in dentistry in Central/Eastern Europe : towards harmonisation ? 1998, 4, pp. 149-153.
70. **Hobdell, M et Petersson, A.** Stomatology and odontology. [auteur du livre] DB Shanley. *Dental Education in Europe : towards convergence.* Budapest : Dental Press Kft, 2001, pp. 140-146.
71. **Werzbicka, M et McCreary, C.** Human Diseases. [auteur du livre] DB Shanley. *Dental Education in Europe : towards convergence.* Budapest : Dental Press Kft, 2001, pp. 45-51.
72. **Advisory Committee on the Training of Dental Practitioners, European Commission.** *Report and recommendations on core knowledge and understanding : prerequisites to achieving agreed clinical proficiencies XV/E/8011/3/97.* Brussels : s.n., 2000.
73. The Bologna Declaration of 19 June 1999. [En ligne] [Citation : 11 mars 2011.] http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BOLOGNA_DECLARATION1.pdf.
74. **Union européenne.** Processus de Bologne : création de l'Espace européen de l'Enseignement supérieur. *EUROPA.* [En ligne] [Citation : 4 avril 2011.] http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/c11088_fr.htm.
75. The Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area. [En ligne] 12 March 2010. [Citation : 30 mars 2011.] http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/Bologna/2010_conference/documents/Budapest-Vienna_Declaration.pdf.
76. **Association for Dental Education in Europe.** ADEE - Welcome and About us. [En ligne] [Citation : 22 juillet 2011.] <http://www.adee.org/cms/>.
77. **Cowpe, J, Harzer, W et al.** Profile and competencies for the graduating European Dentist, update 2009. [En ligne] [Citation : 17 juin 2011.] <http://www.adee.org/cms/uploads/adee/ProfileCompetencesGraduatingEuropeanDentist1.pdf>.

78. **Manogue, M et McLoughlin, J.** Curriculum structure, content, learning and assessment in European Undergraduate Dental Education, update 2010. [En ligne] [Citation : 17 juin 2011.] http://www.adee.org/cms/uploads/adee/Task_Force_II_Curriculum_Struct_Content_Learning_Assessment1.pdf.
79. **Jones, ML, Hobson, RS et al.** Quality Assurance and Benchmarking : an approach for European Dental Schools. [En ligne] 2006. [Citation : 17 juin 2011.] <http://www.adee.org/cms/uploads/adee/Quality%20Assurance%20&%20Benchmarking.pdf>.
80. **Committee on Vocational training for England and Wales.** *Review of Vocational Training : discussion document*. London : Committee on Vocational Training for England and Wales, 2001.
81. **Bravo, M, Llodra, JC et Simon, F.** Dental Manpower : Specific situation in Spain. [auteur du livre] European Commission. *Health surveillance in Europe, European Global Health Indicators Development Project. Report Proceedings*. 2003, pp. 60-65.
82. **Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.** Contribution 6 : les mesures et dispositifs nationaux et régionaux visant à améliorer la répartition des professionnels de santé. *Le rapport annuel de l'ONDPS*. s.l. : La Documentation française, 2005, Vol. Tome 1, pp. 155-164.
83. **Lichterman, BL.** Soviet Medical Ethics (1917-1991). *Journal International de Bioéthique*. 2005, Vol. 16, 3/4.
84. **Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.** Rapport 2006-2007, tome 3 : analyse des professions : Chirurgien-dentiste, Métiers de la Périnatalité. [En ligne] 2008. [Citation : 1 août 2011.] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf.
85. **International Labour Organization.** Key Indicators of the Labour Market. [En ligne] [Citation : 1 août 2011.] http://www.ilo.org/empelm/what/lang--en/WCMS_114240.
86. **Commission Européenne, EUROSTAT.** Demography Report 2010 : Older, more numerous and diverse Europeans. [En ligne] [Citation : 2 août 2011.] <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=502&langId=fr>.
87. **Ordre national des Chirurgiens-dentistes.** Le choc démographique. *La lettre du Chir dent*. Octobre 2007, 61, pp. 27-33.
88. **Council of European Dental Chief Officers.** CECDO : présentation. [En ligne] [Citation : 4 août 2011.] <http://www.cecdo.org/>.
89. **Council of European Dental Chief Officers.** CECDO database. [En ligne] [Citation : 8 11 2010.] <http://www.cecdo.org/pages/database%20intro.html>.
90. **Council of European Dentists.** CED : présentation. [En ligne] [Citation : 4 août 2011.] <http://www.eudental.eu/>.
91. **Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators.** FEDCAR, accueil. [En ligne] [Citation : 4 août 2011.] <http://www.fedcar.eu/>.
92. **Union Bancaire Suisse.** Etude prix et salaires 2009, mise à jour 2010. [En ligne] [Citation : 20 janvier 2011.] http://www.ubs.com/1/f/wealthmanagement/wealth_management_research/prices_earnings.html.
93. **Barnier, M.** La reconnaissance des qualifications professionnelles en Europe: ce qu'il reste à faire. Discours. [En ligne] 26 octobre 2010. [Citation : 20 juillet 2011.] http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/barnier/docs/speeches/20101029/speech_fr.pdf.

94. **Commission européenne.** Base de données des professions réglementées dans les Etats membres de l'UE, dans les pays de l'EEE et en Suisse. *EUROPA*. [En ligne] [Citation : 2 mai 2011.] http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=home.home.
95. **Commission européenne, Direction Générale sur le Marché intérieur et les Services.** Groupe de Coordinateurs pour la Reconnaissance des Qualifications professionnelles. [En ligne] 22 octobre 2010. [Citation : 5 mai 2011.] http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/future/faq_fr.pdf.
96. **Commission européenne.** Système d'Information sur le Marché Intérieur (IMI). [En ligne] [Citation : 14 mai 2011.] http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/about_fr.html.
97. **Commission européenne.** Réseau SOLVIT. [En ligne] [Citation : 16 mai 2011.] http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/infringements_fr.htm.
98. **Rémi, P.** Autorisation d'exercice : La situation des praticiens étrangers n'avance pas. *Chir Dent de France*. 2010, 1457, pp. 17-19.
99. **Eaton, KA et Luciak-Donsberger, C.** Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003. *Int J Dent Hygiene*. 2009, 7, pp. 273–284.
100. **Bruckmann, C.** Comparing professions in prophylactic care. [auteur du livre] Fath S, Zimmer S Roulet JF. *Lehrbuch Prophylaxeassistentin*. 3ème édition. Munich : Urban & Fischer, Elsevier, 2006, pp. 251-265.
101. **Freed, JR, Perry, DA et Kushman, JE.** Aspects of quality of dental hygiene care in supervised and unsupervised practices. *J Public Health Dent*. 1997, 57, pp. 68-75.
102. **Freed, JR, Perry, DA et Kushman, JE.** Practice characteristics of dental hygienists operating independently of dentist supervision. *J Public Health Dent*. 1996, 70, pp. 194-205.
103. **Freed, JR, Perry, DA et Kushman, JE.** Characteristics of patients seeking care from independent dental hygiene practices. *J Public Health Dent*. 1997, 57, pp. 76-81.
104. **Brown, LF, Spencer, AJ et Keily, P.** A service mix in general dental practices employing and not employing dental hygienists. *J Clin Periodontol*. 1994, 21, pp. 684-689.
105. **Toute l'Europe.** Toute l'Europe, le portail français des questions européennes. [En ligne] [Citation : 20 novembre 2010.] www.touteurope.eu.
106. **Union européenne.** Programmation financière et budget. *EUROPA*. [En ligne] [Citation : 30 janvier 2011.] http://ec.europa.eu/budget/figures/2011/2011_fr.cfm.
107. **Deutsches Bundesarchiv.** Otto von Bismarck, Bild 146-2005-0057. [En ligne] 31 août 1890. [Citation : 25 novembre 2010.] http://www.bild.bundesarchiv.de/archives/barchpic/search/_1320519608/?search%5Bform%5D%5BSIGNATUR%5D=Bild+146-2005-0057.
108. **Library of Congress Prints and Photographs Division.** Sir W.H. Beveridge, head-and-shoulders portrait, facing left ; cph 3a45936. [En ligne] [Citation : 30 novembre 2010.] <http://www.loc.gov/pictures/resource/cph.3a45936/>.

Annexe

Une sélection d'indicateurs essentiels en Santé bucco-dentaire

Recommandés par le projet *European Global Oral Health Indicators Development*
Catalogue 2005

Partie A – Indicateurs pour la surveillance de la santé bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents

Déterminants

- A.1. Brossage quotidien avec un dentifrice fluoré
- A.2. Soins préventifs chez les femmes enceintes
- A.3. Connaissances maternelles en matière de dentifrice fluoré pour la prévention des caries chez l'enfant
- A.4. Taux d'exposition au fluor

Processus

- A.5. Programmes de prévention bucco-dentaire dans les maternelles
- A.6. Écoles participant à des programmes fondés sur le brossage quotidien avec un dentifrice fluoré
- A.7. Taux de couverture des programmes de dépistage des pathologies bucco-dentaires
- A.8. Taux de scellement des puits et fissures
- A.9. Taux de couverture des traitements orthodontiques

Résultats

- A.10. Caries de la petite enfance
- A.11. Bilan carieux des premières molaires permanentes chez les enfants
- A.12. Fluorose dentaire

Partie B – Indicateurs pour la surveillance de la santé bucco-dentaire chez la population générale

Déterminants

- B.1. Prises quotidiennes d'aliments et de boissons
- B.2. Prévalence du tabagisme

Processus

- B.3. Accès géographique aux soins bucco-dentaires
- B.4. Accès aux soins primaires de santé bucco-dentaire
- B.5. Contact avec un professionnel de la santé bucco-dentaire au cours des douze derniers mois
- B.6. Motifs de la dernière consultation dentaire
- B.7. Raisons pour lesquelles le chirurgien-dentiste n'a pas été consulté au cours des deux années passées
- B.8. Sevrage tabagique
- B.9. Prévalence de caries non traitées
- B.10. Évaluation de la santé parodontale
- B.11. Prévalence de prothèses amovibles

Résultats

- B.12. Bilan de caries évidentes négatif
- B.13. Sévérité de la carie dentaire
- B.14. Sévérité des affections parodontales
- B.15. Cancer de la cavité buccale
- B.16. Occlusion fonctionnelle
- B.17. Nombre de dents naturelles présentes
- B.18. Prévalence de l'édentement

Partie C – Indicateurs pour la surveillance des systèmes de soins bucco-dentaires

Déterminants

- C.1. Coût des services de santé bucco-dentaire
- C.2. Part du produit national brut consacrée aux services de santé bucco-dentaire

Processus

- C.3. Chirurgiens-dentistes et autres prestataires de soins bucco-dentaires
- C.4. Satisfaction par rapport à la qualité des soins dispensés
- C.5. Satisfaction des chirurgiens-dentistes en matière de rémunération

Partie D – Indicateurs pour la surveillance de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire

Résultats

- D.1. Handicap oral lié à des limitations fonctionnelles
- D.2. Douleur physique due à l'état de santé bucco-dentaire
- D.3. Malaise psychologique dû à l'état de santé bucco-dentaire
- D.4. Incapacité psychologique liée à l'apparence des dents ou des prothèses
- D.5. Handicap social lié à l'état de santé bucco-dentaire.

Source : EGOHID workgroup, (56).

HOUSNI (Sabrina) – Aperçu des caractéristiques de l'exercice de l'odontologie dans l'Union européenne.
(Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2012.003)

Résumé :

En 2011, dans une Cité se muant en « village global », le prestataire de l'offre de soins bucco-dentaires est pleinement acteur d'une politique de santé, conduite au sein de systèmes parfois élaborés. Ayant la possibilité d'être en permanence connecté au monde, ce professionnel peut souhaiter savoir quels sont le système de santé, l'état de la demande de soins et les conditions d'exercice de son métier ailleurs – qu'il ait un projet de mobilité concret ou qu'il souhaite simplement acquérir du recul sur le cadre dans lequel s'inscrit sa pratique.

Depuis un peu plus d'un demi-siècle, l'Union européenne s'est progressivement positionnée comme un niveau supranational unique, accessible à l'exercice de l'odontologie et à la surveillance de la santé bucco-dentaire, grâce à son fondement sur le Droit.

Après une courte description de la création, du fonctionnement et des défis principaux de l'Union européenne, nous aborderons les politiques et types de systèmes de santé à l'échelle de l'Union et aux échelles nationales, plus particulièrement dans leurs aspects concernant la santé bucco-dentaire.

Enfin, nous présenterons les caractéristiques tant de la patientèle que des professionnels de la santé bucco-dentaire de l'Union européenne. De manière synthétique, nous tenterons ainsi de décrire et d'évaluer les enjeux d'une part de la demande et du recours aux soins, et d'autre part de l'offre de soins, à travers les ressources humaines qui la produisent.

Rubrique de classement : SANTE PUBLIQUE

Mots-clés en français : Union européenne
Politiques de Santé
Ressources humaines
Santé bucco-dentaire

Mots-clés en anglais : European Union
Health Politics
Dental Workforce
Oral Health

Jury : Président : Monsieur le Pr. Denis BOURGEOIS
Assesseurs : Monsieur le Pr. Henry MAGLOIRE
Madame le Dr. Kerstin GRITSCH
Madame le Dr. Claire PERNIER
Madame le Dr. Charlotte HEUZE
Monsieur le Dr. Didier VOYRON

Adresse de l'auteur : Sabrina HOUSNI
42, rue Garibaldi, 69006 Lyon.