

WILLY OGGIER

Gesundheitsökonomische
Beratungen AG, Küsnacht

CORRESPONDANCE

Dr. Willy Oggier
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG
Boglerenstrasse 4a
CH-8700 Küsnacht
Tél. +41 44 273 52 34
E-mail: gesundheitsoekonom.
willyoggier@bluewin.ch

Traduction :
Michel Jacot-Descombes

La version originale de cet
article a été publiée en alle-
mand dans le SDJ 5/2019.



Soins dentaires : la Suisse en comparaison internationale

MOTS-CLÉS

Assurance dentaire obligatoire, comparaison entre systèmes de soins dentaires, comparaison entre modes de financement de la médecine dentaire

Image en haut : La comparaison du système suisse avec ceux de trois pays voisins montre que de nombreux avantages prétendus d'une assurance dentaire obligatoire ne portent que sur très peu de prestations.

RÉSUMÉ

Une nouvelle comparaison internationale des soins dentaires en Suisse, Allemagne, France et Autriche montre les points communs et les différences entre les différents systèmes. Eu égard aux données comparables disponibles pour ces quatre pays, il a fallu concentrer l'analyse sur l'articulation des couvertures d'assurance, l'étendue des prestations et les réglementations relatives au remboursement des frais dans le secteur de la médecine dentaire.

La comparaison du système suisse avec ceux de trois pays voisins, tous dotés d'une couverture dentaire obligatoire, montre que, lorsqu'on y

regarde de plus près, de nombreux avantages prétendus d'une assurance dentaire obligatoire ne portent que sur très peu de prestations. À cela s'ajoute le fait que les assurés doivent en règle générale tout de même supporter eux-mêmes une partie (élevée) des frais occasionnés par les soins dentaires.

Une assurance dentaire obligatoire aurait en outre tendance à freiner plutôt qu'à encourager les efforts de prévention et de prophylaxie déployés par les cantons et les communes, une approche particulièrement bien établie en Suisse alémanique.

Le système de soins dentaires en Suisse

Description du système de santé national

Le système de santé suisse établit, pour ce qui est de la maladie, une distinction entre l'assurance de base, qui est régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), et les assurances complémentaires – privées – qui sont soumises au régime de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Ces dernières sont de nature subsidiaire et ne peuvent donc pas remplacer la couverture du système d'assurances sociales, comme c'est le cas dans d'autres pays. Par conséquent, les personnes qui souscrivent une complémentaire ne peuvent pas échapper au paiement de la prime de l'assurance de base. Ce n'est donc pas comme en Allemagne où, à partir d'un certain revenu, il est possible de se soustraire au système d'assurance-maladie réglementé et à la « communauté solidaire » en concluant une assurance-maladie privée. Et ce n'est pas non plus comme en Autriche, où l'assurance de base connaît une séparation par groupes professionnels, avec des prestations et des couvertures différentes.

Système de soins dentaires

(WEBER & GASSMANN 2015)

Les soins dentaires ont pour objet la conservation et la restauration de la santé bucco-dentaire primaire et secondaire. La santé bucco-dentaire est dite primaire en l'absence d'affections dentaires, parodontales et de la muqueuse ainsi que de troubles de la fonction masticatoire. La santé bucco-dentaire secondaire s'obtient en réparant les dommages et en maintenant ou en rétablissant la fonction masticatoire.

Financement

S'agissant de la médecine dentaire, le système suisse repose sur le principe selon lequel les troubles graves et inévitables du système masticatoire sont couverts par les assurances sociales. En revanche, toutes les maladies qui peuvent être évitées par une bonne hygiène bucco-dentaire relèvent en premier lieu de la responsabilité du patient.

L'assurance-maladie rembourse en outre les traitements médico-dentaires découlant d'autres maladies ou de leur traitement. Les maladies en question sont énumérées dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Il est toutefois possible de conclure une assurance privée à titre complémentaire, en dehors du cadre des assurances sociales, couvrant une partie voire la totalité des coûts des traitements dentaires. Les prestations fournies par ces assurances sont cependant très variables.

Les frais dentaires consécutifs à un accident sont pris en charge soit par l'assurance-accidents obligatoire, si la personne est salariée et qu'elle travaille au moins huit heures par semaine pour son employeur, soit par l'assurance-maladie qui intervient ici à titre d'assurance-accidents subsidiaire.

L'assurance-invalidité couvre les frais dentaires liés à une infirmité congénitale des assurés ayant moins de 20 ans révolus, à condition que l'infirmité en question figure dans l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC).

Les coûts des traitements dentaires qui doivent être assumés par le patient à titre privé sont pris en charge par les pouvoirs publics si la personne concernée est bénéficiaire de « prestations complémentaires » (personnes dans une situation économique très modeste, dont l'état des revenus est contrôlé

individuellement) ; ils doivent alors être simples, économiques et adéquats.

Selon les données définitives de l'Office fédéral de la statistique, les coûts engendrés par le secteur des soins dentaires se sont élevés à 4 002 000 000 de francs pour l'année 2016, ce qui correspond à 5,0 % de l'ensemble des coûts du système de santé (2015 : 5,2 %). Ils ont diminué de 1,6 % entre 2015 et 2016, alors que les coûts globaux du système de santé ont augmenté de 3,7 % sur la même période.

Problèmes actuels et réformes envisagées

À la suite de la publication de sondages divergents sur la renonciation aux soins dentaires pour des raisons économiques en Suisse, l'Office fédéral de la statistique a édité une analyse (MERÇAY 2018) des différences méthodologiques et thématiques entre, d'une part, l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) de l'Office fédéral de la statistique et, d'autre part, l'enquête International Health Policy (IHP) de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), tous deux publiés en 2016.

Les points méritant d'être relevés aux fins du sujet qui nous intéresse ici sont les suivants :

- Les prestations fournies dans le cadre du régime des assurances sociales doivent être « efficaces, appropriées et économiques » et elles ne sont prises en charge par ces assurances que si elles remplissent strictement ces trois exigences qui doivent au surplus être « démontrées selon des méthodes scientifiques » (voir par exemple l'art. 32, al. 1, LAMal). Dans cette optique, pour examiner la question de la renonciation à des prestations dans le cadre du système actuel, il faudrait se baser sur l'enquête qui postule la définition la plus restrictive des prestations nécessaires, car les assurances sociales postulent elles aussi une définition plutôt restrictive. L'enquête en question indique que, en 2016, 3,4 % de la population ont renoncé à des prestations médicales nécessaires faute de ressources financières suffisantes.
- Il convient donc de se demander pourquoi ces 3,4 % ne disposaient pas des ressources suffisantes pour financer ces prestations. Des mesures devraient être envisagées s'il apparaît que cette situation est due au non-recours (par méconnaissance) aux régimes d'aides existants ou si elle s'explique par des lacunes desdits régimes.
- Si l'on en croit les résultats de l'enquête IHP, dont la définition de la renonciation aux prestations est sensiblement plus large, quelque 20,7 % de la population aurait renoncé à des prestations pour des motifs économiques. Mais ici, les prestations prises en compte incluent aussi des soins de nature esthétique, facultatifs par nature, comme le blanchiment des dents (*bleaching*). À noter que la chirurgie reconstructrice consécutive à un accident est prise en charge dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire. Ainsi, il n'appartient pas aux assurances sociales de financer des prestations comme le *bleaching* ou des implants en or. Si le patient doit y renoncer pour des raisons financières, ce n'est pas un problème qui relève de la politique sociale.
- On constatera aussi avec intérêt le fait que, selon le rapport de l'Office fédéral de la statistique, « le différentiel constaté en Suisse entre le taux de privation en matière de soins dentaires nécessaires (SILC) et le taux de renoncement pour des raisons de coût (IHP) est semblable dans des pays tels que la France ou l'Allemagne. Pour ces deux indicateurs, la Suisse se situe entre la France (qui a le taux le plus élevé) et l'Alle-

magne. » (p. 4). Autrement dit, les pays voisins qui ont une approche de la médecine dentaire fondée sur les assurances sociales ne présentent pas des valeurs sensiblement meilleures que la Suisse.

Constats

En se fondant sur ces constats et sur les conclusions de précédents travaux de l'auteur, et avant d'analyser la situation dans d'autres pays, on peut relever les éléments suivants s'agissant de la Suisse :

- Il manque en Suisse d'importantes données statistiques en matière de politique de la santé, y compris dans le domaine de la médecine et des soins dentaires. Il manque aussi des séries chronologiques de longue durée qui permettraient de comparer le système de soins suisse avec d'autres systèmes.
- Il faut améliorer la notoriété des régimes d'assistance actuels de manière à ce que les personnes qui ont un faible niveau de formation puissent aussi en bénéficier. Des mesures allant dans ce sens permettraient d'augmenter l'efficacité des structures d'aides existantes en fonction des besoins spécifiques des milieux de la population visés.
- On pourrait également se demander si la plus grande incidence de la carie en Suisse romande, notamment chez les personnes ayant un faible niveau de formation, ainsi que les conséquences financières qui s'ensuivent, ne devraient pas être attribuées au fait que la prophylaxie dentaire scolaire est moins bien implantée dans cette région du pays et donc au fait que les cantons et les communes y remplissent moins bien leurs obligations en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en milieu scolaire, qu'en Suisse alémanique.

Le système de soins dentaires en Allemagne

Description du système de santé national

(WWW.GESUNDHEITSINFORMATION.DE, 21.12.2018)

Le système de santé allemand repose sur quatre piliers.

- L'obligation de s'assurer : tous les citoyens allemands sont obligés de s'assurer auprès d'une caisse-maladie dans le régime réglementé, pour autant que leur revenu ne dépasse pas un montant défini. Ceux qui gagnent plus que ce montant limite (*Versicherungspflichtgrenze*) peuvent s'assurer auprès d'une assurance-maladie privée.
- Le financement par les cotisations : le système de santé est financé essentiellement par les cotisations des citoyens assurés ainsi que des employeurs, auxquelles s'ajoute une part des recettes fiscales.
- Le principe de solidarité : au sein de la communauté solidaire (*Solidargemeinschaft*) du système de santé, tous les assurés des caisses-maladie du régime réglementé supportent collectivement le risque individuel des coûts engendrés par une maladie. Tous les assurés ont droit aux mêmes soins médicaux et au versement de leur salaire pendant une maladie, et ce quel que soit le montant de leur revenu et des cotisations payées. Les cotisations sont proportionnelles au revenu et sont calculées en pour cent de ce dernier. Au-delà d'une certaine limite (*Beitragsbemessungsgrenze*), les cotisations sont plafonnées et tous ceux qui gagnent plus paient la cotisation maximale.
- Le principe de l'autorégulation : le cadre du système de soins médicaux est défini par la loi, mais l'organisation ainsi que le financement des prestations médicales relèvent de

l'autorégulation des acteurs du système de santé (*Selbstverwaltung im Gesundheitswesen*). L'autorégulation est concrétisée par les représentants des médecins et des médecins-dentistes, des psychothérapeutes, des hôpitaux, des caisses-maladie et des assurés.

Système de soins dentaires

(WWW.BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM.DE, 21.8.2018)

L'assurance-maladie réglementée paie les traitements dentaires normaux, en règle générale sans que le patient n'ait à déboursier quoi que ce soit. On parle ici essentiellement de mesures telles que le détartrage des dents, les obturations, les traitements canalaires, la parodontologie ainsi que la chirurgie maxillaire. En principe, l'assuré ne doit rien payer en plus, car ces prestations sont prises en charge par les caisses-maladie. Tel n'est pas le cas pour les prestations qui ne sont pas prises en charge dans le cadre des soins dentaires réglementés (comme les inlays) et que l'assuré peut choisir librement au titre du régime des coûts additionnels (*Mehrkostenregelung*) ; à cette fin, une convention écrite doit être signée entre l'assuré et le médecin-dentiste avant le début du traitement. Sur indication médicale, la correction d'une malposition des dents ou de la mâchoire à l'aide d'un appareil orthodontique est prise en charge jusqu'à l'âge de 18 ans. Les traitements prothétiques incluant couronnes, ponts, prothèses et implantologie sont pris en charge par l'assurance-maladie réglementée en cas de nécessité médicalement avérée, et ce jusqu'à concurrence d'un subside fixe. Le montant de ce subside est déterminé en fonction du diagnostic du médecin-dentiste et du traitement usuel prévu dans le cadre du régime des soins réglementés (*Regelversorgung*). Les soins prothétiques réglementés sont les soins qui sont réputés appropriés pour traiter la majorité des cas correspondant au même diagnostic. L'allocation d'un subside fondé sur le diagnostic médical garantit que chaque assuré puisse choisir parmi tous les soins prothétiques médicalement reconnus sans perdre son droit au subside, par exemple en cas de traitement prothétique implantaire. Les coûts dépassant le montant du subside alloué doivent être assumés par l'assuré. Il en va de même pour les prestations complémentaires de type esthétique ou cosmétique.

Il faut donc distinguer les niveaux de soins suivants (WWW.VDK.DE, 25.9.2017) :

- Le régime des soins réglementés est fondé sur le principe du caractère économique du traitement, qui doit être « suffisant, adéquat et économique ». Ces soins standard sont définis précisément. Si le patient veut par exemple des matériaux plus coûteux, il doit en assumer le surcoût. Lorsqu'il demande un traitement en dehors du régime des soins réglementés, il faut faire une distinction entre les traitements de même nature et les traitements d'un autre type.
- Les traitements de même nature comprennent les soins couverts par la caisse-maladie et les prestations complémentaires non couvertes. Si l'on prévoit par exemple une couronne métallique pour une dent postérieure et que, pour des raisons esthétiques, le patient demande une couronne céramique, il doit assumer lui-même le coût de ce revêtement. Le surcoût est calculé d'après le tarif public des médecins-dentistes.
- Les traitements d'un autre type engendrent généralement des coûts plus élevés, comme lorsqu'un patient demande un implant en lieu et place du pont prévu pour remplacer des

dents manquantes. Dans ce cas, l'assuré reçoit le subside de la caisse-maladie, mais le médecin-dentiste facture la totalité de la prestation au tarif privé.

Financement

(WWW.BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM.DE, 21.8.2018)

Les caisses-maladie prennent en charge les subsides fondés sur un diagnostic pour les prothèses médicalement nécessaires. Ce subside correspond à 50 % du montant déterminé pour les soins réglementés correspondants. Si l'assuré peut prouver à l'aide de son « carnet bonus » (*Bonusheft*) qu'il a subi un contrôle dentaire prophylactique toutes les années précédant le début du traitement, le subside passe à 60 % des coûts des soins réglementés, voire à 65 % après dix ans sans traitement. Les assurés peuvent choisir les prestations parmi tous les soins prothétiques médicalement reconnus sans perdre leur droit au subside versé par l'assurance.

Les prestations couvertes sont notamment le traitement des caries, les obturations et l'extraction de dents. Si l'assuré veut une obturation de la couleur des dents, suivant l'emplacement de la dent à réparer il devra assumer le surcoût lui-même. D'autres soins dentaires comme les traitements canaux ne sont pris en charge que partiellement par les caisses-maladie et l'assurance-maladie réglementée ne rembourse les frais correspondants que si la dent est jugée récupérable. Les coûts des traitements prothétiques comme les couronnes, les ponts et les prothèses ne sont pris en charge qu'en partie (WWW.VDK.DE, 25.9.2017).

Les assurances dentaires privées contribuent aux coûts qui ne sont pas pris en charge par les caisses-maladie, mais il existe des plafonds, de sorte que la somme des remboursements de la caisse-maladie et de la complémentaire ne dépasse généralement pas 80 voire 90 % des coûts effectifs (WWW.TEST.DE, 17.4.2018).

À certaines conditions, les personnes de condition modeste peuvent bénéficier d'un régime pour les cas de rigueur.

Problèmes actuels et réformes envisagées

Dans un sondage représentatif du magazine santé *Apotheken Umschau* réalisé auprès de 2229 femmes et hommes de plus de 14 ans, deux personnes sur cinq ont déclaré ne plus avoir assez d'argent pour un traitement dentaire de plus de 500 euros. Une personne sur huit (12,1 %) a une ou plusieurs dents manquantes non remplacées par une prothèse. Pour de nombreux patients, une prothèse dentaire représente une charge financière pratiquement insupportable, car, en moyenne, ils doivent payer de leur poche une part s'élevant encore à 724 euros pour une prothèse (WWW.LVZ.DE 2016).

Constats

La plus grande caisse-maladie d'Allemagne active dans le régime réglementé, Barmer GEK, publie chaque année un rapport sur les soins dentaires qui donne des indications fiables sur le système national de soins allemand. Le rapport 2015 se penchait sur la problématique des soins effectués sur des dents déjà obturées une fois et relève que les médecins-dentistes doivent de nouveau traiter près d'une dent sur trois dans les quatre années suivant une obturation. En 2013, plus de 20 millions d'assurés du régime réglementé ont subi une obturation dentaire (WWW.BARMER.DE 2015).

Le rapport 2016 a examiné les différences régionales, et montré, par exemple, que les Bavarois n'avaient pas les

mêmes critères que les Sarrois en ce qui concerne les dents prothétiques. Même s'ils paient plus, il n'est pas certain qu'ils aient de meilleures « troisièmes dents » pour autant (WWW.BARMER.DE 2016).

Selon le rapport 2017, les traitements parodontaux n'atteignent fréquemment pas leur but, à savoir la conservation de la dent. En effet, environ un tiers des patients allemands, soit environ 440 000 personnes, perdraient les dents traitées dans les quatre ans suivant un traitement parodontal (WWW.BARMER.DE 2017).

Enfin, le rapport 2018 révèle que de nouvelles dépenses, chiffrées en millions, affectées aux soins dentaires dans les maisons de retraite ont jusqu'ici manqué leur cible, puisque les prestations thérapeutiques des médecins-dentistes y demeurent très rares (WWW.BARMER.DE 2018).

Le système de soins dentaires en France

Description du système de santé national

En France, l'assurance-maladie est un régime d'assurance obligatoire : tout salarié est automatiquement inscrit par son employeur à la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, tandis que les indépendants, les agriculteurs ou les employés des chemins de fer sont assurés auprès de caisses spécifiques. Il convient de relever que, dans le régime de l'assurance obligatoire, les franchises (appelées « reste à charge » ou RAC) sont relativement élevées, ce qui conduit de nombreux Français à souscrire des assurances complémentaires privées.

Le choix du médecin est libre, mais il existe deux catégories : les médecins conventionnés d'une part, qui appliquent le tarif dit conventionnel et dont les traitements sont remboursés jusqu'à concurrence du prix maximum fixé, et les médecins non conventionnés d'autre part, qui fixent leurs honoraires librement sur le marché privé et dont les traitements ne sont que partiellement remboursés par l'assurance obligatoire.

En France, le remboursement intégral des frais de traitement est exceptionnel. Les autorités déterminent les montants qui sont pris en charge par les caisses-maladie. La part des coûts prise en charge par l'assurance obligatoire dépend du type de traitement et fait l'objet de fréquentes modifications.

À certaines conditions, les personnes à faible revenu peuvent bénéficier de programmes sanitaires spéciaux. Les personnes qui ne sont pas automatiquement assurées dans une caisse-maladie peuvent bénéficier d'une assurance-maladie dans le cadre de la « couverture maladie universelle » (CMU).

Les Français souscrivent surtout des assurances complémentaires privées pour couvrir les franchises des traitements ambulatoires et stationnaires, ainsi que les contributions aux frais des prothèses dentaires, des lunettes et autres dispositifs d'aide visuelle, et aux frais des traitements alternatifs comme l'ostéopathie, l'acupuncture ou la chiropractie. Il existe également des polices d'assurance qui couvrent les prothèses dentaires ou les séjours hospitaliers (WWW.ESS-EUROPE.DE/KRANKENVERSICHERUNG-FRANKREICH, 21.8.2018).

Les problèmes financiers de l'assurance-maladie étatique française font régulièrement débat, que ce soit dans les milieux politiques ou dans l'opinion publique. Ainsi, la Cour des comptes française a pris le système allemand en exemple, expliquant qu'il dépensait à peu près un point de pourcentage du PIB en moins par rapport au système français et que les caisses-maladie remboursaient une quote-part des frais plus

élevée. De plus, alors que l'assurance-maladie française a accumulé 105 milliards d'euros de déficit depuis l'an 2000, le système allemand aurait enregistré un excédent de 12 milliards d'euros (WWW.SPIEGEL.DE, 16.9.2015).

Système de soins dentaires

En 2004, Yves Probst, technicien-dentiste qui cherchait une explication au fait que l'assurance-maladie française rembourse une somme de base assez faible pour les traitements de technique dentaire, était arrivé à la conclusion que les Français n'accordent pas beaucoup d'importance aux dents. D'après lui, de nombreux Français ne peuvent pratiquement pas se permettre les assurances complémentaires privées, notamment pour les prothèses dentaires, car elles sont chères, et seuls 70 % d'entre eux peuvent s'offrir une prothèse dentaire. Il s'agissait aussi, pour lui, de dénoncer le fait que, en France, les exigences pour pouvoir s'établir en tant qu'indépendant ont toujours été relativement faibles en matière de qualifications, puisque les critères d'agrément mettent l'accent sur

le bas niveau des prix plutôt que sur les qualifications professionnelles (BRAND 2004).

Financement

Lorsqu'elles sont fournies par un praticien conventionné, les prestations dentaires couvertes par le régime obligatoire sont remboursées, en règle générale, à hauteur de 70 % du tarif conventionnel. L'assuré doit assumer lui-même les 30 % qui restent, soit en puisant dans sa propre poche, soit en actionnant une assurance complémentaire. Lorsque les prestations sont fournies par un chirurgien-dentiste non conventionné, la part qui doit être prise en charge par le patient ou sa complémentaire peut être plus élevée, car les praticiens non conventionnés ne sont pas liés par le tarif conventionnel concerné. Le site officiel de l'administration publique française donne une bonne vue d'ensemble de la prise en charge des frais dentaires. On y trouve notamment le tableau ci-dessous (WWW.SERVICE-PUBLIC.FR/PARTICULIERS/VOSDROITS/F33956, 21.8.2018) :

Consultations

Les consultations chez un dentiste sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées à 70 % sur la base du tarif conventionnel (Assurance Maladie). Le stomatologiste est un médecin auquel s'applique la participation forfaitaire de 1 €.

Tarifs et remboursements des consultations

Praticien consulté		Tarif	Base de remboursement	Montant remboursé
Chirurgien-dentiste	Cas général	23 €	23 €	16,1 €
	Spécialisé en ODF	23 €	23 €	16,1 €
	Secteur 1	28 €	28 €	18,6 €
Médecin stomatologiste	Secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,10 €

À savoir :

le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie, alors que le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.

Soins dentaires

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs, du type détartrage, traitement d'une carie ou dévitalisation, et les soins chirurgicaux, type extraction.

Ils sont remboursés à 70 % sur la base du tarif conventionnel (Assurance maladie).

Ces tarifs sont différents lorsqu'ils sont réalisés sur des adultes ou sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans. Les soins dentaires ne sont pas soumis à la participation forfaitaire de 1 € sauf s'ils sont réalisés par un stomatologiste.

À partir de 13 ans

Quelques tarifs et remboursements de soins dentaires

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Détartrage	28,92 €	70 %	20,24 €
Soin d'une carie une face	16,87 €	70 %	11,81 €
Soin d'une carie deux faces	28,92 €	70 %	20,24 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	33,74 €	70 %	23,62 €
Extraction d'une dent de lait	16,72 €	70 %	11,70 €
Extraction d'une dent permanente	33,44 €	70 %	23,41 €

Enfant de moins de 13 ans

Quelques tarifs et remboursements de soins dentaires sur les dents permanentes

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Soin d'une carie une face	19,28 €	70 %	13,50 €
Soin d'une carie deux faces	33,74 €	70 %	23,62 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	38,56 €	70 %	26,99 €
Dévitalisation d'une prémolaire	57,84 €	70 %	40,49 €
Dévitalisation d'une molaire	93,99 €	70 %	65,79 €

Problèmes actuels et réformes envisagées

En dépit d'une prise en charge partielle, les coûts des soins dentaires pèsent lourd dans le porte-monnaie des Français. Matthieu Delbos, chirurgien-dentiste et vice-président de la Fédération des syndicats dentaires libéraux, et Nathalie Coutinet, économiste à l'Université Paris 13, chercheuse au Centre d'économie de l'Université Paris-Nord et membre de l'association Les Économistes atterrés, déclarent à ce sujet que « 17,7 % des Français renoncent aux soins ; il faut de l'argent. » (WWW.FRANCEINTER.FR, 5.6.2018).

Lors de la campagne pour la présidentielle de 2017, le candidat Macron, aujourd'hui président de la République française, avait promis que les paiements en plus des cotisations à l'assurance-maladie publique seraient supprimés. C'est ce qu'il appelait « le reste à charge zéro ». Mais lors de la concrétisation de cette idée, il est apparu que seule une partie des soins seraient exonérés (WWW.LESECHOS.FR, 21.2.2018) :

La prise en charge intégrale des soins dentaires demeurera limitée à un panier de soins essentiels, représentant 35 % de la dépense actuelle, soit 1,8 milliard d'euros d'honoraires sur un total de 5,2 milliards par an. En volume, cela concernera tout de même près de la moitié des actes, soit 6,2 millions sur 13,4 millions par an.

Gratuité pour les dents de devant

Jusqu'à présent, seuls les soins conservateurs et chirurgicaux de base sont réglementés et donc bien remboursés, à condition d'avoir une assurance complémentaire. Avant la fin du quinquennat, d'autres actes aujourd'hui à tarif libre, nettement plus onéreux, deviendront gratuits.

L'Assurance-maladie propose par exemple que la couronne métallique, qu'elle rembourse aujourd'hui 107 euros, atterrisse dans le panier à coût zéro. Plus esthétique, la couronne céramo-métallique y figurerait également, mais uniquement pour les dents de devant, incisives, canines, prémolaires. En revanche, le fin du fin, la couronne tout en céramique, n'y serait pas. Mêmes subtilités pour les bridges, qui seraient gratuits s'ils sont métalliques, et pour les prothèses amovibles, qui devront être à base de résine pour être totalement remboursées.

Pour parvenir à mettre en place ce reste à charge zéro, l'Assurance-maladie doit au passage réglementer ces tarifs, c'est-à-dire instaurer des plafonds de facturation. Or le niveau de ces plafonds est à l'origine de l'échec de la négociation conventionnelle de 2017. Face à l'hostilité des dentistes, la précédente ministre de la Santé, Marisol Touraine, avait dû imposer un règlement arbitral, lequel a été suspendu par sa successeuse Agnès Buzyn dans un souci de conciliation.

Le nouveau plan remet sur la table des plafonds très similaires, par exemple 290 euros pour la couronne métallique (hors Ile-de-France). Le plafond est même 10 euros plus bas, à 500 euros, pour la couronne céramo-métallique.

Il est prévu de créer un deuxième panier « reste à charge modéré », en échange de revalorisations d'actes. La moitié des honoraires seraient logés dans ce gros panier, par exemple la couronne tout-céramique, dont le prix serait plafonné à 550 euros.

Pour l'instant, l'effort que les dentistes devront consentir sur le reste à charge zéro est chiffré à 388 millions d'euros par an. Côté financeurs, l'Assurance-maladie noie le poisson.

cardinaux de l'accord sont résumés dans cet article (WWW.LEMONDE.FR, 1.6.2018) :

Le texte prévoyant la mise en application de la promesse de campagne d'Emmanuel Macron d'un « reste à charge zéro » pour les soins dentaires a été adopté, vendredi 1er juin, à plus de 90 % par les dentistes de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), après l'avoir été à 76 % la veille par ceux de l'Union dentaire (UD).

L'accord de ces deux syndicats, à l'issue de huit mois de discussion avec l'Assurance-maladie, va permettre la signature d'une nouvelle convention d'ici à la fin du mois. La mise en place de l'offre sans reste à charge débutera en 2020 et « sera totalement accessible pour l'ensemble des actes concernés » au 1er janvier 2021, selon un communiqué du ministère de la santé. A cette date, les patients auront le choix entre trois offres de soins pour leurs prothèses dentaires, qui correspondront à trois niveaux de prise en charge différents.

Le premier, dit « RAC zéro », pour lequel il n'y aura rien à débours, distinguera les couronnes destinées aux dents « de devant », visibles, qui seront en céramique, et celles pour les molaires, invisibles, qui seront, elles, en métal. « Les prothèses que nous remboursons sont de grande qualité (...) Ce n'est pas du tout bas de gamme », a assuré la ministre de la santé, Agnès Buzyn, vendredi sur Europe 1, en réponse notamment aux accusations de la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), le syndicat non signataire, de mise en place d'une « dentisterie low cost ».

Un possible « effet de rattrapage »

Deux autres niveaux de prise en charge seront mis en place : un niveau « modéré » ou « maîtrisé », avec des prothèses aux tarifs plafonnés, dont la prise en charge par la Sécurité sociale et les complémentaires sera partielle, et un niveau où les honoraires seront libres, dans lequel on trouvera des couronnes « à très haute technicité » ou à « l'esthétique encore plus fouillée », selon la CNSD. « Il faut que les gens qui ont envie d'accéder à du superflu puissent le faire », a fait valoir Mme Buzyn vendredi matin.

L'entrée en vigueur du dispositif pourrait entraîner un « effet de rattrapage » pendant un ou deux ans, admettent les signataires de l'accord, sans pouvoir anticiper le nombre de patients qui pourraient retrouver le chemin de leur dentiste. Selon des chiffres de la Cour des comptes publiés en 2016, près de 4,7 millions de Français avaient renoncé en 2012 à des soins dentaires pour des raisons financières.

Ce plafonnement des prix de la majorité des prothèses dentaires se fait en contrepartie d'une revalorisation des « soins conservateurs » (traitement de caries, détartrage par exemple) et de la création de nouveaux actes. Dans l'ensemble, le gain net pour les dentistes sera à terme supérieur à 230 millions d'euros par an. « Même si elle ne résout pas tous les problèmes, cette convention est un changement de paradigme très important », a assuré vendredi lors d'une conférence de presse Thierry Soulié, le président de la CNSD.

Les répercussions de la politique du reste à charge zéro ne se limitent pas au secteur de la médecine dentaire, mais touchent également les remboursements des lunettes et autres dispositifs d'aide visuelle, ce qui n'a pas manqué de provoquer des critiques immédiates. Dans son éditorial publié dans *Le Monde*, l'économiste Frédéric Bizard attire notamment l'attention sur les aspects suivants (WWW.LEMONDE.FR, 1.6.2018) :

Début juin 2018, les textes de mise en application révisés ont été approuvés par deux syndicats de dentistes. Les points

Certains en France défendent une évolution à l'anglaise et rêvent d'un grand système public national de santé. Cette mesure est une vraie destruction du modèle français solidaire qui vise à garantir l'égalité face à la qualité des soins. Si les paniers de soins sans reste à charge seront accessibles à tous, le reste des soins, qui comprendront l'innovation et la qualité de service, ne sera plus accessible qu'à une minorité aisée.

Le système de soins dentaires en Autriche

Description du système de santé national

En Autriche, l'assurance-maladie est obligatoire et les assurés ne peuvent pas choisir leur assureur, l'attribution à une caisse-maladie étant automatique dès l'entrée dans la vie active. Les enfants sont obligatoirement assurés avec leurs parents. L'assurance-maladie est organisée par branches professionnelles et par régions. En plus des neuf grandes caisses-maladie régionales pour les travailleurs salariés du secteur privé, il existe des caisses pour les entrepreneurs et les indépendants, les fonctionnaires et les paysans, ainsi que de plus petites caisses pour des groupes professionnels comme les médecins, les architectes ou les employés de chemin de fer. Les cotisations sont déduites du salaire, la moitié étant à la charge de l'employeur. Les indépendants paient des cotisations équivalentes sur leurs revenus. Les médecins envoient leurs factures directement aux caisses, l'étendue des prestations pouvant fortement varier d'une caisse à l'autre. Les indépendants doivent assumer entre 10 et 20 % de leurs frais de santé, mais leur caisse alloue de meilleures indemnités aux médecins. Les grandes caisses-maladie régionales, qui assurent environ 80 % de la population, versent des indemnités relativement faibles, surtout dans la médecine de base. Les nouveaux traitements, la physiothérapie ou encore les psychothérapies ne sont pratiquement pas remboursés. Certaines prestations doivent être prises en charge par toutes les caisses, mais les petites caisses des fonctionnaires et des indépendants remboursent aussi d'autres prestations comme les médecines alternatives ou la prévention. Vu les prestations relativement modestes de l'assurance obligatoire, de nombreux Autrichiens s'offrent une complémentaire. L'attente peut être longue chez les spécialistes qui sont conventionnés avec toutes les caisses. Les délais sont souvent longs dans les polycliniques des hôpitaux et pour plusieurs opérations non vitales (ODEHNAL 2014).

Les 15 établissements d'assurance-maladie (*Krankenfürsorgeanstalten, KFA*) des fonctionnaires, des employés de certaines villes et des enseignants assurent environ 250 000 personnes ainsi que leurs proches. Celui de la ville de Vienne est le plus grand avec ses quelque 83 000 assurés (chiffres 2017), dont 250 sont des employés de la ville de Baden qui coopère avec celle de Vienne. La Haute-Autriche compte pas moins de six caisses de ce type : celles des villes de Linz, Wels et Steyr, ainsi qu'une pour les fonctionnaires du Land, une pour les employés communaux et une pour les enseignants de l'école obligatoire du Land. Il y en a trois dans le Tyrol : une pour les fonctionnaires du Land, une pour les employés communaux et une pour les enseignants du Land. Les assurés des KFA bénéficient généralement de meilleures conditions que ceux des caisses-maladie régionales. Ces dernières n'accordent par exemple pas de subside pour les implants dentaires, alors que celui-ci peut atteindre

700 euros à la KFA de Vienne, ou 550 euros à la KFA des employés communaux de Haute-Autriche. Sur le plan financier, les KFA profitent du fait que le taux de rotation des cotisants est faible (ETTINGER 2018).

Système de soins dentaires

Dans un rapport d'avril 2018, la Cour des comptes autrichienne précise quelques « principes » du système de soins dentaires en Autriche (COUR DES COMPTES AUTRICHE 2018). On relèvera notamment les points suivants :

- Les commissions de pilotage dont c'était la mission n'ont pas complètement défini les objectifs, les indicateurs et les mesures pour le domaine de la médecine dentaire. Elles ont uniquement déterminé des indicateurs partiels, comme l'absence de caries chez les moins de six ans (p. 19).
- Le fait que les organismes d'assurance-maladie ne remboursent les prestations de conseil que si le médecin-dentiste traitant ne facture pas d'autres prestations a été critiqué, car c'est justement en cas de problèmes aigus (par exemple gingivite, carie) qu'il serait important de prodiguer des conseils à la personne concernée. Du fait de ce système de remboursement des prestations, la Cour des comptes déplore l'absence d'un système qui inciterait les personnes à consulter régulièrement un dentiste ou à faire des efforts pour sa santé orale ; par analogie à la solution allemande du « carnet bonus », on pourrait imaginer un subside plus élevé pour les prothèses dentaires si le patient peut démontrer que des mesures ont été prises pour conserver la dent (p. 28 s.).
- L'absence d'importantes bases de planification a également été critiquée, notamment dans le domaine de l'épidémiologie et de la quantification des besoins de groupes cibles spécifiques dans les cabinets dentaires ambulatoires gérés par les caisses. Les groupes cibles en question sont notamment les personnes nécessitant une assistance particulière, les personnes porteuses de maladies infectieuses ainsi que les personnes vulnérables comme les prisonniers ou les personnes sans domicile fixe. La Cour de comptes relève notamment les positions contradictoires des caisses avec, par exemple, la caisse maladie de Basse-Autriche et celle de Vienne qui ont réduit le nombre de succursales par crainte d'un effet d'opportunité, alors que l'on pouvait constater parallèlement des délais d'attente considérables (p. 53).

Financement

Les conditions d'octroi et le montant des subsides pour une prothèse dentaire sont définis dans les règlements des caisses-maladie. Normalement, les caisses-maladie autrichiennes ne prennent en charge que les coûts des traitements prothétiques indispensables, y compris les réparations des pièces de prothèse indispensables. En règle générale, elles ne paient rien pour la réalisation de prothèses fixes (couronnes, ponts, dents à pivot, implants, etc.) sans indication médicale, qui ne répondent donc qu'à une exigence esthétique, sauf si la mise en place d'une prothèse amovible n'est pas possible pour des raisons médicales. De ce fait, les assurés et leurs proches (coassurés) doivent souvent assumer eux-mêmes une partie des coûts de leurs prothèses dentaires ainsi que des réparations de ces dernières. La part des coûts prise en charge par l'assurance se limite généralement aux prothèses amovibles simples en résine, sur châssis métallique ou immédiates. Le paiement s'effectue selon le système du tiers garant, à savoir que l'assuré

paie la totalité du montant dû, remet la facture originale à sa caisse-maladie et se voit rembourser ultérieurement le montant alloué par cette dernière. Pour les traitements orthodontiques avec appareil amovible, les prothèses en résine et leur réparation, les prothèses sur châssis métallique ainsi que les prothèses partielles (couronnes métalliques sur crochets et couronnes céramo-métalliques), l'assuré reçoit en principe un subside de la caisse-maladie (par exemple à la caisse régionale de Vienne: 75 % pour les prothèses en résine et les réparations). Dans les cabinets ambulatoires gérés par les caisses-maladie régionales, les prothèses fixes (couronnes et ponts) sont à prix fixe tandis que les couronnes sur crochet ayant pour but de stabiliser la prothèse donnent droit à une contribution aux frais. Les implants ainsi que les prothèses sur implant ne donnent normalement droit à aucun remboursement, sauf si une prothèse ordinaire sans implant n'est pas possible ou si la surface d'appui de la muqueuse ne supporte pas la charge d'une prothèse (WWW.HEROLD.AT/BLOG/ZAHNERSATZ-KRANKENKASSE, 21.8.2018).

Dans le domaine des soins dentaires, les offres des assurances complémentaires présentent de grandes différences, tant en matière d'étendue des prestations que de primes. Généralement, ces assurances privées ne couvrent pas la totalité des frais dentaires, mais environ 50 % pour les meilleur marché et jusqu'à 80 % pour les plus chères. Il existe également des tarifs proposant une franchise. La plupart du temps, les assurés sont soumis à un délai de carence dès la signature du contrat. Ce délai peut être de plusieurs mois. De plus, le taux de remboursement maximal ne s'applique le plus souvent qu'après trois à cinq ans. En Autriche, les assurances complémentaires des soins dentaires sont rarement offertes comme formule unique, mais plutôt en tant que module d'une assurance complémentaire globale (WWW.VERSICHERUNGEN.AT, 13.12.2018).

Problèmes actuels et réformes envisagées

Le rapport précité de la Cour des comptes d'avril 2018 énumère un certain nombre de problèmes et propose quelques solutions (COUR DES COMPTES AUTRICHE 2018).

- Vu l'ancienneté des contrats collectifs au regard des avancées technologiques, les parties contractantes se sont souvent opposées au sujet des prestations devant être prises en charge par les caisses, compte tenu de l'obligation professionnelle des praticiens de fournir des soins conformes à l'état de l'art (p. 77).
- Certains cabinets dentaires proposent des traitements de racine « selon l'état de la technique » en tant que prestation privée, ce qui exclut explicitement tout subside des caisses-maladie (p. 78).
- Dans ce domaine, les critères d'assurance qualité définis sont stricts. Or, de l'avis de la Cour des comptes, si la loi exige bien un traitement conforme à l'état de l'art, le contrat collectif et le système d'assurance qualité ne garantissent pas la concrétisation de cette exigence (p. 78).
- L'Autriche est le seul pays européen, avec l'Espagne, qui ne forme pas de médecins-dentistes spécialisés en orthodontie (p. 81).

Constats

Le rapport de la Cour des comptes prend l'exemple du traitement des affections gingivales (parodontites) pour illustrer les problèmes. Il relève, d'abord, l'absence de données sur la fréquence de la maladie; par analogie avec l'Allemagne, on estime

ce chiffre à 53 % des adultes. Il souligne ensuite l'absence de données sur les traitements, et ce quand bien même la parodontite est la cause numéro un de la perte des dents chez l'adulte et représente un risque accru de problèmes cardio-vasculaires et de diabète. Enfin, la Cour des comptes déplore l'absence d'une définition de la notion de « soins conformes à l'état de la technique » dans le domaine des assurances sociales. Elle critique aussi l'absence d'objectifs clairs en matière de santé de la population et de densité des soins.

Conclusions

Le rapport présente les résultats de la comparaison du modèle suisse avec le financement des prestations dentaires par une assurance obligatoire en Allemagne, en France et en Autriche. Ceux-ci conduisent les personnes qui partent du principe qu'une assurance dentaire obligatoire rend les soins dentaires financièrement plus supportables pour les patients et améliore les soins dentaires aux constats suivants:

- Les assurances-maladie obligatoires ne garantissent pas la répartition uniforme des soins dentaires, ni sous l'angle régional ni sous l'angle social. En effet, dans les pays pris en compte pour la comparaison, il n'y a pas d'assurance de base obligatoire qui peut être librement choisie et qui, simultanément, couvre tous les habitants. Les systèmes sont en partie organisés sur un modèle dual, comme en Allemagne, où les couches plus aisées de la population et les fonctionnaires disposent de leurs propres structures et, sur le plan de l'assurance, ne font guère, voire pas du tout preuve de solidarité avec les couches socialement moins favorisées. Dans d'autres pays, l'assurance ne peut être librement choisie, comme en Autriche, où le système est organisé par secteur professionnel et donne lieu à certaines variations de l'étendue des prestations, en particulier en ce qui concerne la médecine dentaire. En règle générale, les prestations dentaires remboursées par les caisses qui couvrent les assurés socialement défavorisés ne sont pas plus étendues que celles qui couvrent les assurés socialement plus privilégiés. Dans les faits, on observe le contraire, car, du point de vue actuariel, les personnes socialement défavorisées constituent de mauvais risques, raison pour laquelle les caisses qui les assurent ne remboursent qu'une gamme de prestations plus restreinte.
- Il ressort en outre du rapport 2016 sur les soins dentaires de l'assurance allemande Barmer GEK que, en Allemagne, l'assurance dentaire obligatoire ne conduit pas à l'égalité devant les soins. Le rapport pointe au contraire qu'il s'agit d'un mythe et que, dans ce pays, les soins dentaires conventionnés ne sont pas dispensés de manière uniforme.
- Dans de tels systèmes, lorsqu'ils bénéficient de prestations dentaires obligatoires, les assurés des pans défavorisés de la population sont assez souvent obligés d'assumer eux-mêmes des participations qui peuvent être assez élevées. En Allemagne, cela est même le cas lorsque des complémentaires privées couvrent des prestations: en règle générale, le patient doit encore assumer au minimum 10 à 20 % des frais. On rencontre des situations analogues en Autriche. Dans ce cas, vient encore s'ajouter le fait qu'une complémentaire ne peut en règle générale pas être conclue uniquement pour les soins dentaires, mais doit être souscrite dans le cadre d'une formule d'assurance plus large portant aussi sur d'autres prestations. Cela étant, le constat est le même pour la prise en charge des soins dentaires dans le seul

cadre de la couverture par l'assurance-maladie réglementée. Ainsi, il ressort du rapport 2014 sur les soins dentaires de la société Barmer GEK que les patients allemands assurés dans le cadre du régime légal doivent payer de leur poche plus de la moitié des frais imputables aux prothèses et dents artificielles. Même certaines règles applicables aux cas de rigueur ne parviennent pas à masquer cette réalité. En Suisse, les bénéficiaires des prestations complémentaires qui font valoir leurs droits n'ont pas de telles participations à prendre en charge.

- Les constats relatifs au système français sont analogues. Les prestations dentaires couvertes par le régime obligatoire y sont généralement remboursées à hauteur de 70 % du tarif conventionnel lorsqu'elles sont fournies par un praticien conventionné. L'assuré doit assumer lui-même les 30 % qui restent, soit en puisant dans sa propre poche, soit en actionnant une complémentaire pour laquelle il paie des primes. Lorsque les prestations sont fournies par un chirurgien-dentiste non conventionné, la part qui doit être prise en charge par le patient ou sa complémentaire peut être encore supérieure à 30 %, car les praticiens non conventionnés ne sont pas liés par le tarif conventionnel concerné.
- La mise en œuvre du « reste à charge zéro » (la prise en charge intégrale), réforme voulue par le président Macron, n'améliorera guère la situation. Lorsqu'il est possible de bénéficier de prestations gratuites dans un domaine, la partie des frais supportée par le patient (le « reste à charge ») pour les prestations dans les autres domaines qui ne sont pas entièrement remboursés a en règle générale tendance à augmenter pour stabiliser le taux de cotisations. Cela a pour conséquence que les soins de haute technicité et les prestations de haute qualité sont de plus en plus, voire avant tout proposés dans les segments privés et que les assurés qui dépendent des prestations intégralement prises en charge n'y ont dans une large mesure pas accès.
- Les constats ci-dessus vident de toute substance l'argument volontiers avancé par les défenseurs d'une assurance dentaire obligatoire qui y voient la panacée contre une médecine dentaire à deux vitesses. Alors que les assurés dont le pouvoir d'achat est faible et qui sont cantonnés au régime obligatoire sont soignés principalement au moyen d'obturations, les assurés qui peuvent s'offrir des complémentaires ou se permettre d'assumer eux-mêmes une partie des frais occasionnés sont plutôt soignés au moyen de couronnes (RAPPORT 2015 SUR LES SOINS DENTAIRE DE LA SOCIÉTÉ BARMER GEK).
- Jusqu'à présent, les millions d'euros dépensés par l'assurance dentaire obligatoire pour les soins dentaires des pensionnaires des maisons de retraite allemandes ont manqué l'objectif principal qui est de faciliter l'accès aux prestations thérapeutiques simples. Les résultats d'une enquête publiés dans le rapport 2018 sur les soins dentaires de la société Barmer GEK ont montré que le problème réside moins dans la quantité de moyens injectés que dans l'équipement dentaire des maisons de retraite ou les obstacles bureaucratiques en travers du chemin qui mène jusqu'au médecin-dentiste.
- Les systèmes étrangers présentés souffrent également d'un catalogue des prestations prises en charge limité qui comprend à peu près autant, voire moins de prestations que celles prises en charge en Suisse au titre des prestations complémentaires ou autres prestations d'assistance.
- En Suisse, le problème réside bien moins dans l'absence d'une assurance dentaire obligatoire que dans l'information des personnes socialement défavorisées sur les aides dont elles peuvent bénéficier et dans la mise en œuvre à bon escient de ces aides.
- Contrairement à ce qui est le cas en Suisse, dans les pays choisis pour la comparaison l'assurance-maladie obligatoire (qui s'étend aussi aux soins dentaires) ne couvre pas l'ensemble de la population de manière uniforme, ce qui, eu égard à la pression tarifaire, risque de décourager nombre de médecins-dentistes de fournir des prestations au tarif de l'assurance sociale, voire de les inciter à mettre en œuvre des stratégies visant à vendre aux patients des prestations non obligatoires, délibérément plus onéreuses étant donné que leur prix peut être fixé librement, stratégies qui leur permettent de (sur)compenser par les honoraires privés ainsi encaissés les pertes de revenus escomptées dans le régime de l'assurance dentaire obligatoire. Des signes dans ce sens ont été identifiés en Autriche, notamment, et transparaissent du débat politique sur les soins dentaires qui a actuellement lieu en France.
- À cela s'ajoute le fait que, en raison de l'évolution des coûts et de la technique, l'assurance dentaire obligatoire n'est guère en mesure d'assurer des soins modernes à la population. Cela est souvent dû à des procédures d'homologation longues et fastidieuses ou au manque d'intérêt manifesté par les acteurs concernés qui rechignent à se mettre d'accord sur le remboursement des nouvelles prestations correspondantes si elles sont contraires à leurs propres intérêts (financiers).
- Dans les pays qui connaissent un régime d'assurance dentaire obligatoire, la proportion de personnes qui n'ont pas accès aux soins dentaires par manque de moyens financiers est la même qu'en Suisse, cela malgré la prétendue prise en charge des soins dentaires par une assurance obligatoire. Cela est sans doute pour beaucoup dû aux participations personnelles en partie élevées décrites ci-dessus.
- L'assurance dentaire obligatoire semble en outre n'avoir que peu d'influence sur le recours à la prophylaxie. Cela ressort notamment du rapport 2017 sur les soins dentaires de la société Barmer GEK qui révèle qu'en Allemagne moins d'une personne sur deux fait détartrer ses dents, et ce malgré le fait qu'il s'agit d'une prestation couverte par l'assurance obligatoire. Pour ce qui est de l'Autriche, un rapport de la Cour des comptes constate que, en comparaison européenne, les assureurs-maladie autrichiens ne contribuent que très peu à la prévention et dépensent beaucoup en soins dentaires conservateurs.
- De plus, certains éléments permettent de penser que, contrairement aux communes et cantons suisses – surtout de Suisse alémanique –, les communes et Länder allemands sont peu motivés à investir dans la prophylaxie bucco-dentaire, particulièrement en ce qui concerne les nourrissons et les enfants. Cela est économiquement compréhensible, car les mesures préventives ne permettent pas ou seulement très peu à ces collectivités publiques allemandes de réduire leurs coûts (contrairement à ce qui est le cas des cantons en Suisse qui, grâce à la prévention, évitent le versement de prestations complémentaires pour payer des soins dentaires). En effet, les frais découlant d'une prévention déficiente sont assumés par l'assurance dentaire obligatoire. C'est certainement l'une des raisons pour lesquelles, en Allemagne, les assureurs-maladie du régime obligatoire ont introduit un « carnet bonus », programme dont la Cour des comptes autrichienne déplore l'absence en Autriche.

Abstract

OGGIER W: **Dental care: Switzerland in comparison** (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 129: 389–398 (2019)

A new cross-border comparison of dental care in Switzerland, Germany, France and Austria explores the common features of and differences between the different systems. In view of the cross-border data that was available for comparison, this work focuses on insurance systems, the scope of services, and cost reimbursement approaches in dentistry.

A comparison of Switzerland with three neighbouring countries, all of which have a compulsory dental insurance

system, shows that on closer inspection, many of the alleged benefits of a compulsory dental insurance system only apply – if at all – to a very narrow range of services. Furthermore, those insured generally have to pay additional (high) fees for the services covered under their insurance scheme.

Compulsory dental insurance is likely to hinder rather than promote the cantons' and municipalities' approaches to prophylaxis and preventative care, which are particularly well established in the German-speaking part of Switzerland.

Bibliographie

- BRAND N : Zahntechnik – Europa im Vergleich. In: ZWI, N° 6, 54–58, 2004
- COUR DES COMPTES AUTRICHE (ÉD.) : Versorgung im Bereich der Zahnmedizin, III-133 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP, Reihe Bund 2018/24, Vienne (2018)
- ETTINGER K : Was bei der Kassenfusion tabu ist. In: Wiener Zeitung, 20/21 octobre 2018
- LEIPZIGER VOLKSZEITUNG : Angst vor der nächsten Zahnarztrechnung, www.lvz.de, consulté le 26 novembre 2016
- ODEHNAL B : Österreichs Kassensystem krankt. In: Tages-Anzeiger, N° 215, 17 septembre 2014
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (ÉD.) : Privation ou renoncement aux soins dentaires, comment comprendre des résultats divergents?, Clémence Merçay, Obsan, 31 janvier 2018
- STIFTUNG WARENTEST : Gesetzliche Krankenversicherung : Alle Infos zum Thema Krankenkassen. www.test.de, consulté le 17 avril 2018
- WEBER A, GASSMANN S : Zahnmedizin. In: Oggier W (éd.), Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017, Hogrefe-Verlag, Berne, 5^e édition, 461–469 (2015)
- WWW.BARMER.DE : Barmer GEK Zahnreport 2015, Presseportal, du 13 avril 2015, dernière mise à jour le 15 décembre 2016
- WWW.BARMER.DE : Barmer GEK Zahnreport 2016, Presseportal, du 28 avril 2016, dernière mise à jour le 15 décembre 2016
- WWW.BARMER.DE : Barmer Zahnreport 2017, Presseportal, du 26 avril 2017, dernière mise à jour le 18 avril 2018
- WWW.BARMER.DE : Barmer Zahnreport 2018, Presseportal, du 19 avril 2018, dernière mise à jour le 2 juillet 2018
- WWW.BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM.DE : Zahnärztliche Behandlung, consulté le 21 août 2018
- WWW.ESS-EUROPE.DE/KRANKENVERSICHERUNG-FRANKREICH : consulté le 21 août 2018
- WWW.FRANCEINTER.FR : consulté le 5 juin 2018
- WWW.GESUNDHEITSINFORMATION.DE : consulté le 21 décembre 2018
- WWW.HEROLD.AT/BLOG/ZAHNERSATZ-KRANKENKASSE : consulté le 21 août 2018
- WWW.LEMONDE.FR : publié le 1^{er} juin 2018, mis à jour le 4 juin 2018
- WWW.LESECHOS.FR : consulté le 21 février 2018
- WWW.SERVICE-PUBLIC.FR/PARTICULIERS/VOSDROITS/F33956 : consulté le 21 août 2018
- WWW.SPIEGEL.DE : consulté le 16 septembre 2015
- WWW.VDK.DE : Zahnbehandlung und Zahnersatz : Was zahlt die Kasse?, consulté le 25 septembre 2017
- WWW.VERSICHERUNGEN.AT : consulté le 13 décembre 2018