

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

Ce texte est une version abrégée de l'article de la page 389. La traduction française de l'article complet sera publiée dans SDJ 10/2019.



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

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 re-

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.

garde 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.

Résumé

Le rapport faisant l'objet du présent résumé porte sur une comparaison des soins dentaires entre la Suisse, l'Allemagne, la France et l'Autriche. 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. En effet, des données portant sur les résultats et la qualité des soins dentaires qui soient comparables entre ces quatre pays font largement défaut.

En Suisse, les initiatives cantonales demandant la mise en place d'une assurance dentaire obligatoire se sont multipliées au cours de ces derniers mois. De nombreux partisans d'une telle obligation partent du principe qu'une assurance obligatoire rendrait les soins dentaires financièrement plus abordables pour les assurés, principalement pour ceux appartenant aux pans défavorisés de la population, et mettrait fin à une médecine dentaire à deux, voire plusieurs vitesses.

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 mis en avant par les auteurs des initiatives cantonales demandant l'instauration 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.

Des indices montrent que, pour l'assuré, même l'avantage d'une prise en charge complète des soins dentaires dans le cadre d'une assurance obligatoire s'estompe étant donné que la pression tarifaire exercée aux fins de financement des prestations remboursées incite les fournisseurs de soins à adopter des stratégies de (sur)indemnisation dans les domaines qui restent à la charge des particuliers. De telles tendances peuvent même avoir pour effet que l'assuré n'a, dans une large mesure, plus accès aux soins de haute technicité et à des prestations de haute qualité que dans le domaine des prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance dentaire obligatoire, voire que ces innovations et prestations de qualité soient transférées dans ce domaine de manière intentionnelle.

Le modèle suisse ne souffre guère de l'absence d'une assurance dentaire obligatoire, mais bien plutôt du fait que les personnes qui auraient droit à des prestations en matière de soins dentaires ne connaissent pas suffisamment leurs droits et, lorsqu'elles ont besoin de telles prestations, n'en font par conséquent pas suffisamment usage. En plus d'un renforcement de l'engagement des cantons et communes dans le domaine de la prévention, en particulier en Suisse romande où le potentiel d'amélioration est encore appréciable, c'est dans ce domaine qu'il faut intervenir pour rendre le modèle suisse encore plus efficace.

Constats

Le rapport présente les résultats de la comparaison du modèle suisse avec le financement des prestations dentaires par une assurance obligatoire en Allemagne, France et Autriche. Ceux-ci conduisent celui qui part du principe qu'une assurance dentaire obligatoire rend les soins dentaires financièrement plus suppor-

tables 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, simultanément, qui 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 favorisés. 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 légale. 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. Lorsqu'elles sont fournies par un praticien conventionné, le système d'assurance obligatoire français rembourse les prestations dentaires couvertes par le régime obligatoire 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 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 dentaires de la société Barmer GEK).
- Jusqu'à présent, les millions d'euros dépensés par l'assurance dentaire obligatoire pour les soins dentaires des pensionnaires d'EMS allemands ont manqué l'objectif principal qui est de leur 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 EMS 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 de 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 contraire 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 États 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 (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) les mesures préventives ne permettent pas à ces collectivités publiques allemandes de réduire leurs coûts ou seulement très peu, car 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 publics ont introduit un « carnet bonus » (N.d.T. : programme d'incitation à un suivi régulier), programme dont la Cour des comptes autrichienne déplore l'absence en Autriche.

Eu égard aux considérations exposées ci-dessus, il convient, sous l'angle économique de la santé publique, d'attirer l'attention au moins sur les quelques points suivants :

- Il faut encourager la prévention et la responsabilité individuelle dans toutes les situations où elles donnent de bons résultats. Un financement privé de la médecine dentaire semble largement justifiable à la lumière des résultats du modèle de soins dentaires suisse.
- La prévention et la responsabilité individuelle doivent en revanche davantage être encouragées de manière ciblée en fonction des besoins des groupes visés.
- Sous l'angle économique de la santé publique, la légitimité d'une composante de financement solidaire est plus importante là où la responsabilité individuelle ne permet pas ou que très peu d'influer sur les frais de soins. Comme les expériences faites en Suisse le montrent, cela est uniquement le

cas pour un éventail relativement restreint de la médecine dentaire.

- Le travail de prévention financé par les pouvoirs publics doit être concentré là où la situation est actuellement peu satisfaisante. Les enfants (en âge préscolaire déjà) ainsi que certains pans de la population dont les moyens d'existence sont modestes, voire très modestes, et qui souffrent d'un déficit de formation (auxquels les migrants appartiennent souvent) font en règle générale partie des milieux à cibler.
- Les pistes suivantes sont, par exemple, envisageables dans le domaine de la prévention chez les enfants :
 - Services dentaires scolaires assurant une prévention conforme avec les objectifs de santé publique dans les crèches, les écoles enfantines, les écoles et les centres de puériculture
 - Modèle du « médecin-dentiste de premier recours » dans lequel le praticien qui exerce en libéral se verrait confier des tâches correspondantes par les pouvoirs publics
 - Formation, perfectionnement et formation continue de médiateurs dans le domaine de la prophylaxie bucco-dentaire : enseignants (école infantine et école obligatoire), personnel des crèches, des écoles à journée continue et des centres de puériculture, professeurs d'éducation physique et entraîneurs
- Pour certains milieux de migrants¹, il serait judicieux d'examiner des mesures supplémentaires telles que :
 - Assurer la transmission des informations fournies par les médiateurs aux parents, frères et sœurs plus âgés et proches dans la langue d'origine de ces derniers en recourant au service d'interprètes
 - Formation, perfectionnement et formation continue dans le domaine de la prophylaxie bucco-dentaire de médiateurs

actifs au sein d'associations culturelles, de sociétés sportives, de paroisses et lors de fêtes religieuses ou autres fêtes populaires

- Pour améliorer au maximum l'accès des membres des groupes visés aux informations, il serait judicieux que les acteurs tels qu'organisations de patients et de consommateurs, groupes d'entraide ou associations professionnelles comme la Société suisse des médecins-dentistes SSO jouent un rôle plus actif, conforme avec les objectifs de santé publique.
- Par ailleurs – comme c'est, par exemple, aujourd'hui déjà le cas pour les réductions individuelles des primes de l'assurance-maladie obligatoire – il faudrait organiser une information ciblée qui améliore la notoriété auprès des publics visés des prestations d'assistance qui existent dans le domaine de la médecine dentaire et simplifier les procédures de demande d'assistance autant que possible.

Les propositions ci-dessus ne constituent aucunement une énumération définitive et exhaustive. Leur but est de montrer que, sous l'angle économique de la santé publique, il est possible de renforcer les mesures ciblées en fonction des besoins spécifiques des milieux de la population visés. Des mesures générales telles que l'instauration d'une assurance dentaire obligatoire ne sont pas prioritaires.

Pour conclure, il faut se garder de transposer hâtivement à des conclusions valides dans d'autres domaines de la santé. En effet, le système suisse repose sur le constat qu'un comportement individuel adéquat permet d'éviter la grande majorité des affections dentaires, ce qui, dans l'état actuel des connaissances, n'est pas le cas pour une très grande partie des maladies non dentaires pour lesquelles les soins médicaux sont pris en charge par l'assurance de base.

¹ À cet égard, il convient de relever que, à lui seul, le simple fait d'appartenir à un milieu de migrants n'est pas discriminant. Pour que les mesures soient efficaces pour ces pans de la population, donc ciblées en fonction de leurs besoins, il est indispensable de tenir compte des facteurs liés au niveau de formation et à la précarité financière.