economiesuisse
DOSSIER POLITIQUE

7 / 2016

Pas de régime obligatoire pour les soins dentaires en Suisse

14.07.2016

L'essentiel en bref

En Suisse, des forces tentent régulièrement d'imposer pour les soins dentaires une assurance de base analogue aux soins de la médecine humaine. En Suisse romande et au Tessin surtout, des projets en ce sens sont actuellement poursuivis au niveau cantonal. Selon leurs défenseurs, la santé bucco-dentaire est souvent inférieure à la moyenne chez les personnes issues de milieux défavorisés. Une comparaison avec d'autres pays montre cependant qu'elle est bonne en Suisse et qu'il n'y a aucun lien entre le modèle de financement et les différences sociales. Le modèle suisse reposant sur la responsabilité personnelle offre en outre l'avantage d'une hausse des coûts nettement inférieure à la moyenne.

Contact et questions

Dr. Fridolin Marty
Responsable politique de la santé

www.dossierpolitik.ch

Position d'economiesuisse

- Une assurance dentaire obligatoire ralentirait l'innovation dans la médecine dentaire.
- L'approvisionnement en soins dentaires, efficace et largement autonome, n'a pas besoin de redistribution.
- Un financement solidaire des prestations de médecine dentaire ne permet pas de diminuer les disparités.
- Le domaine de la médecine dentaire est couronné de succès. Il n'y a aucune raison d'y changer quelque chose.

La médecine dentaire en Suisse: l'histoire d'un succès

De génération en génération, la santé bucco-dentaire est devenue meilleure en Suisse et les coûts n'ont guère augmenté.

La médecine dentaire suisse est, à plus d'un titre, une histoire à succès. D'abord, la santé bucco-dentaire s'est fortement améliorée d'une génération à l'autre. Ensuite, la réussite des traitements s'est construite avec une évolution des coûts intérieure à la moyenne. Enfin, et contrairement aux autres domaines de la santé, celui-ci ne fait que peu appel à la solidarité. Il n'y aucune raison évidente de modifier ce système couronné de succès. Pourtant, certains acteurs politiques sont d'un autre avis: régulièrement, ils tentent de secouer le modèle bien établi de la médecine dentaire. Les précédentes tentatives à l'échelle nationale ont certes échoué, mais des initiatives cantonales pourraient ébranler le système en place.

Un modèle de réussite menacé

Ces dernières années, plusieurs interventions visant une assurance dentaire obligatoire ont échoué devant les Chambres fédérales.

Interventions vouées à l'échec au niveau national

L'assurance de base régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ne couvre que quelques prestations de soins dentaires. La majorité de celles-ci sont payées par les patients eux-mêmes. Cela dérange surtout les politiciens de gauche. À l'échelle nationale, deux interventions ont cherché plus récemment à assurer obligatoirement les prestations des dentistes. L'une par l'intermédiaire d'une assurance dentaire obligatoire distincte, l'autre en les intégrant dans l'assurance-maladie de base selon la LAMal. En 2006, la motion de Josef Zisyadis (PdT) demandant la création d'une assurance obligatoire pour les traitements dentaires de base n'avait pas convaincu et a été classée. Même sort pour l'initiative parlementaire de Jean-Charles Rielle (PS) soumise en 2011 et demandant le remboursement des soins dentaires via la LAMal.

Dans presque tous les cantons romands et au Tessin, de sérieux efforts sont cependant entrepris pour imposer un régime obligatoire.

Idées romandes et tessinoises pour des assurances dentaires

Il existe actuellement différentes initiatives cantonales pour la création d'une assurance soins dentaires obligatoire. Toutes ont été lancées en Suisse romande et au Tessin:

- Canton de Fribourg: Un postulat rejeté par le Grand Conseil le 15 juin dernier demandait au gouvernement cantonal d'examiner la création d'une assurance dentaire publique.
- Canton de Genève: En novembre 2013, le Parlement cantonal a débattu d'une motion exigeant une assurance dentaire cantonale et, comme mesure à court terme, l'accès aux traitements dentaires pour les bas revenus. Le 17 mars 2016, le Grand Conseil a encore une fois soumis la motion à la Commission de santé afin qu'elle puisse être examinée en même temps qu'un projet de loi soumis par quelques parlementaires, avec un but analogue.
- Canton du Jura: L'un des objectifs au programme électoral 2015 du PS jurassien était la création d'une assurance dentaire cantonale. Une motion en ce sens a été déposée en mars 2016.
- Canton de Neuchâtel: Le gouvernement cantonal veut présenter l'année prochaine son message au sujet de l'initiative pour une assurance de soins dentaires obligatoire. L'initiative populaire cantonale a été déposée en août 2015.
- Canton du Tessin: Une initiative similaire a été déposée en mai 2015. Le message du gouvernement tessinois est en cours d'élaboration.
- Canton de Vaud: Une initiative pour une assurance dentaire obligatoire a été déposée en juillet 2014. Elle sera soumise au vote mi-2017, avec un contre-projet.
- Canton du Valais: Le PS Valais romand a lancé une initiative en faveur d'une assurance des soins dentaires obligatoire. Il a jusqu'à avril 2017 pour récolter les signatures requises.

Les auteurs des différentes initiatives argumentent que la santé bucco-dentaire est tout aussi importante que la santé humaine et que, en plus, les problèmes dentaires non traités entraînent des maladies et des complications. Ils estiment que pour de

nombreuses personnes et notamment pour les familles vivant dans des conditions modestes, les soins dentaires sont hors de prix. L'état des dents serait ainsi révélateur des inégalités devant les soins médicaux et du clivage de la société. L'accès aux progrès techniques et aux traitements dentaires modernes devrait être garanti pour tout un chacun. Il faudrait stopper la privatisation complète de ce secteur, qui laisse aux seuls dentistes toute latitude de définir les besoins en matière de santé bucco-dentaire. Nous allons examiner plus avant ces arguments qui, tous, se révèlent exagérés. Une analyse approfondie des faits montre que la Suisse possède un modèle à succès.

Bon niveau de santé bucco-dentaire en Suisse

Toutes les études sur la question concluent qu'au cours des dernières décennies, la santé bucco-dentaire s'est grandement améliorée en Suisse. Surtout grâce à l'utilisation de dentifrice et de sel fluoré.

Énormes progrès ces dernières décennies

Steiner et al. (2010) [1] ont examiné l'évolution, sur 45 ans, des caries dentaires chez des écoliers zurichois. L'étude a révélé une grande amélioration de la santé bucco-dentaire: les maladies et lésions concernées ont diminué de 80%! Cette évolution réjouissante est due avant tout au brossage de dents avec des dentifrices fluorés, mais aussi à l'utilisation de sel fluoré.

L'offre grandissante de friandises sans sucre et les progrès de la médecine dentaire semblent également avoir une influence positive en la matière. En revanche, un article sur la santé orale de différents groupes d'âge en Suisse de Menghini (2009) [2] juge l'effet de la prophylaxie des services dentaires scolaires plutôt faible. D'autres pays européens auraient tout autant amélioré leur santé bucco-dentaire, mais avec bien moins de prophylaxie en milieu scolaire, voire aucune.

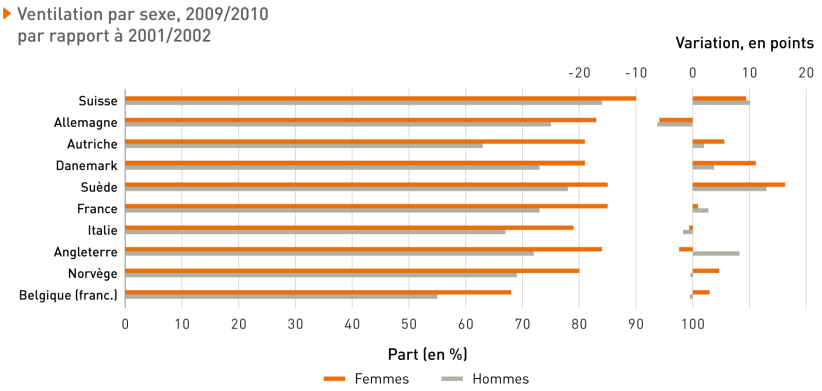
En Suisse, les différentes régions présenteraient un niveau de santé bucco-dentaire équivalent, alors que la prévention scolaire est beaucoup plus poussée dans les cantons alémaniques qu'en Suisse romande. À noter que cette étude se fonde sur une enquête menée auprès de recrues et exclut la population immigrée. On peut néanmoins supposer que la prophylaxie en milieu scolaire jouait un rôle plus important il y a 40 ans qu'aujourd'hui. La clé de la santé bucco-dentaire est le brossage des dents, sans devoir être anormalement fort ou fréquent. Ainsi, la santé bucco-dentaire ne s'est pas révélée meilleure chez les recrues qui se nettoyaient les dents après chaque repas que chez les recrues qui les brossaient deux fois par jour (seulement). [3]

Les auteurs de cette étude présument que la santé bucco-dentaire des personnes nées dans les années 1980 est meilleure parce que celles-ci ont, dès leur naissance, profité des bienfaits du sel fluoré dont la consommation s'est alors généralisée. Après l'introduction du sel fluoré dans les années 1950, son taux de pénétration n'a cessé d'augmenter. La concentration de fluorure de 250 mg/kg, plus élevée qu'au début de la fluoration du sel, ne s'est toutefois généralisée qu'à partir de 1983. Aujourd'hui, la couverture dépasse 80% en Suisse. (Bühler, Urs: Seit 50 Jahren fluoridiertes Speisesalz: Pioniertat im Kampf gegen Karies, dans: «NZZ du 17 octobre 2015»)

Figure 1

Part des jeunes de 13 ans qui se brossent les dents plus d'une fois par jour

Ventilation par sexe, 2009/2010 par rapport à 2001/2002



Organisation mondiale de la santé

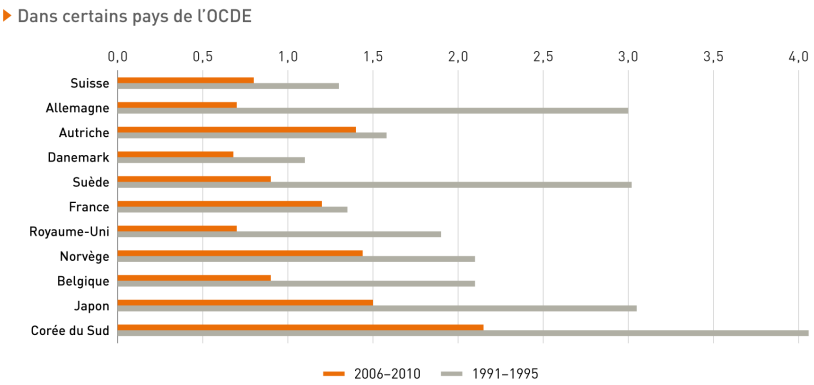
Les statistiques de l'OCDE sur la santé bucco-dentaire aussi sont tout à l'éloge de la Suisse.

L'excellente position internationale au regard du brossage des dents est synonyme de bonne santé bucco-dentaire – les statistiques de l'OCDE le confirment. L'indice carieux CAO, ou DMFT Index (decayed, missing, filled teeth), est établi pour les enfants de 12 ans: à l'aide d'examens normés, l'on mesure le nombre moyen de dents cariées, absentes ou déjà obturées. Un indice carieux inférieur à 1,2 est considéré comme très bon, attestant un haut niveau de santé bucco-dentaire dans le pays concerné. La Suisse se trouve dans cette catégorie: avec un indice carieux moyen de 0,8 (en 2009), son résultat est comparable à celui de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne (0,7) ou de la Suède et de la Belgique (0,9). Pour la période sous revue, c'est le Danemark qui obtient l'indice carieux le plus faible avec 0,6 [4] . Les données relatives à la Suisse datent de 2009.

Figure 2

Indice carieux chez les enfants de 12 ans

dans certains pays de l'OCDE



OCDE

En Suisse, 87% des jeunes âgés de 13 ans se brossent les dents au moins deux fois par jour. Un record mondial selon l'OMS.

La Suisse bien placée en comparaison internationale

Il existe relativement peu d'études internationales uniformes sur la santé bucco-dentaire. Les statistiques disponibles se limitent presque toujours à la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents. Selon ces données, la Suisse évolue à un très haut niveau en comparaison internationale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mesure par exemple la fréquence des soins dentaires individuels, considérée comme valeur de référence de la santé bucco-dentaire. En Suisse, 87% des jeunes âgés de 13 ans se brossent les dents au moins deux fois par jour. [5] Ce pourcentage est le plus élevé, tous pays confondus. Pour l'ensemble des nations examinées, les études révèlent en outre une grande différence entre les sexes: les filles se brossent nettement plus souvent les dents que les garçons du même âge.

→ **Dans aucun autre pays, les soins dentaires et la santé bucco-dentaire ne se trouvent à un niveau aussi élevé.**

Premier bilan intermédiaire: les Suisses ont des dents en bonne santé

L'amélioration de la santé bucco-dentaire est une tendance internationale dont la Suisse profite également. Elle est aujourd'hui l'un des pays où les soins dentaires et la santé bucco-dentaire sont parmi les meilleurs au monde.

Les soins de médecine dentaire en Suisse

Dans le cadre de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), les assurances ne sont tenues de couvrir que les problèmes dentaires occasionnés sans faute de la part de l'assuré.

Les prestations de l'assurance de base et de l'État sont limitées

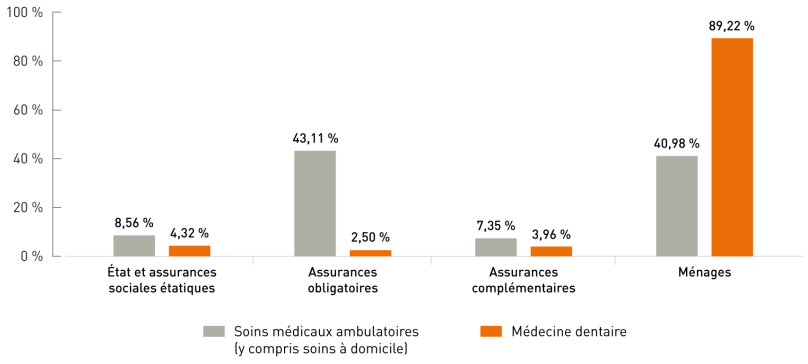
L'assurance de base obligatoire couvre les prestations de la médecine dentaire dans un cadre très limité. Il n'y a pratiquement que les problèmes de dents occasionnés sans faute de la part de l'assuré qui soient pris en charge. La LAMal mentionne concrètement la maladie grave et non évitable du système de la mastication, une autre maladie grave ou ses séquelles ainsi que les lésions du système de la mastication causées par un accident, si elles ne sont pas couvertes par une assurance accidents. Tous les autres traitements sont à la charge du patient ou d'une assurance facultative conclue par ses soins.

De nombreux cantons complètent l'assurance de base par des prestations pour enfants et adolescents dans le cadre du service dentaire scolaire. En Suisse alémanique notamment, des instructeurs spécialisés se rendent souvent dans les classes d'école. En plus, certains cantons (Zurich, Bâle-Ville, par exemple) offrent un contrôle dentaire annuel gratuit aux enfants et aux adolescents, dans des cliniques dentaires créées à cet effet. Les prestations dépassant ce cadre sont en partie subventionnées pour les bas salaires. D'autres cantons (Argovie, Zoug, par exemple) proposent un service comparable, mais sans cliniques spécifiques. En lieu et place, ils utilisent un système de bons. Les contrôles annuels sont gratuits pour les enfants, quel que soit le cabinet de dentiste civil choisi par les parents. Les prestations de médecine dentaire rendues sont décomptées au tarif d'école réduit, mais les frais doivent être supportés par les particuliers.

Figure 3

Régime de financement des soins médicaux ambulatoires et de la médecine dentaire

2013



OFS

Faible financement public – faible progression des coûts

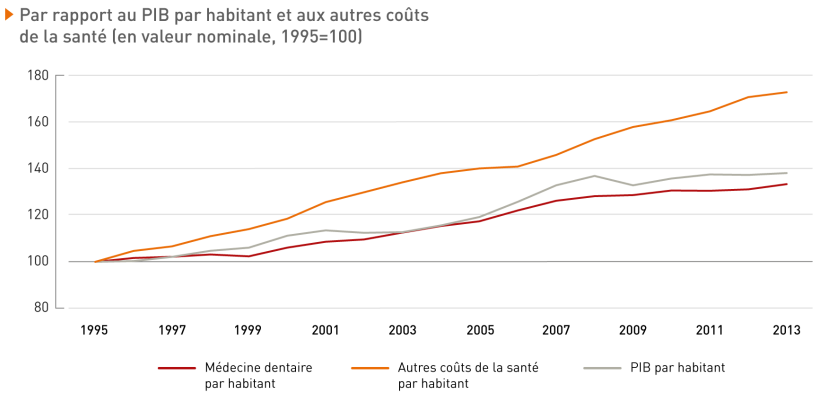
La couverture réduite par l'assurance obligatoire des soins se répercute sur les chiffres du régime de financement. La figure 3 montre que, contrairement aux traitements ambulatoires en médecine humaine (y compris soins à domicile,

physiothérapie, etc.), les prestations sont largement financées par les ménages privés. Même le remboursement de frais via des assurances complémentaires est rare.

Figure 4

Croissance des coûts de la médecine dentaire par habitant, indexée

par rapport au PIB par habitant et aux autres coûts de la santé (en valeur nominale, 1995 = 100)



OFS

L'évolution des dépenses de soins dentaires est modérée. Aujourd'hui, les Suisses travaillent en moyenne 5% de plus pour payer ces frais qu'il y a 20 ans, contre 33% de plus pour les autres coûts médicaux.

Dépenses par habitant stables

Du fait de la prise en charge conservatrice des coûts par les assurances, l'effet «aléa moral» (cf. encadré ci-dessous) ne se fait pas sentir dans le domaine des soins dentaires. Ainsi, l'évolution des frais dentaires constitue une exception réjouissante: entre 1995 et 2013, les dépenses par habitant ont enregistré une progression deux fois moindre que dans le reste du secteur de la santé. Pour couvrir ces frais, un habitant doit travailler en moyenne 5% de plus aujourd'hui qu'il y a deux décennies, contre 33% pour les autres coûts médicaux. La médecine dentaire est donc la seule catégorie où la croissance des coûts s'est même révélée inférieure à la croissance du produit intérieur brut (PIB) par habitant.

Aujourd'hui, chaque Suisse dépense quelque 490 francs par an pour des soins dentaires. Ce montant correspond à environ 6% des dépenses de santé totales. L'amélioration de la santé bucco-dentaire a largement contribué à cette évolution positive. Or, un tel effet n'a pas été observé dans le domaine des dépenses médicales, bien que la santé publique se soit dans l'ensemble considérablement améliorée. L'évolution démographique est un argument souvent avancé pour expliquer la hausse des coûts. Cependant, cette explication peu convaincante est considérée comme une tentative de diversion dans la littérature scientifique. [6] Un effet démographique n'est identifiable que dans le domaine des soins, qui représente 9% des coûts de l'assurance de base. Les frais liés à la fin de vie, c'est-à-dire les coûts des douze à vingt-quatre derniers mois d'existence, sont un autre pseudo-argument avancé pour expliquer la forte dynamique des dépenses. Pourtant, le poids de ces frais, qui ne représentent que 10 à 15% des coûts de l'assurance de base, est également trop faible pour justifier cette dynamique. L'augmentation des exigences posées aux soins médicaux et la concomitance de maladies (multimorbidité)

expliquent mieux la croissance des coûts. Souvent, les nouvelles méthodes de traitement ne sont pas appliquées aux personnes âgées en substitution d'un autre traitement, mais en complément. Les généreuses couvertures d'assurance incitent à ne pas chercher forcément les solutions les plus efficaces, mais les plus commodes et les plus sûres. Les modèles de financement offrent donc une explication plausible des évolutions divergentes observées dans les soins dentaires et dans les soins médicaux.

Tableau 1

Densité médicale en Suisse

Par grande région, en 2014

Densité médicale pour 100 000 habitants	Dentistes	Écart par rapport à la moyenne	Médecins actifs dans les soins ambulatoires	Écart par rapport à la moyenne
Arc lémanique	48	-6%	264	22%
Espace Mittelland	47	-8%	192	-11%
Nord-ouest de la Suisse	52	2%	225	4%
Zurich	57	12%	254	18%
Suisse occidentale	51	0%	175	-19%
Suisse centrale	50	-2%	158	-28%
Tessin	64	25	214	-1%
Suisse	51	0%	216	0%

En dépit ou plutôt en raison de l'absence de réglementation, la répartition des médecins-dentistes privés entre les diverses régions est plus homogène que celle des médecins dont les prestations sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cela est remarquable, mais reflète les attentes de nombreux économistes: sur un marché privé, le fournisseur de services doit s'adapter à la demande, alors que sur un marché fortement réglementé, les fournisseurs s'orientent en première ligne sur les réglementations, et en deuxième lieu sur la demande.

Approvisionnement socialement juste contre «aléa moral»

D'un point de vue économique, le système des assurances maladie se trouve dans un champ de tensions permanent entre un approvisionnement médical socialement juste et le problème de l'«aléa moral». Cette notion désigne le phénomène pernicieux de l'absence d'incitation à dépenser avec parcimonie. Lorsque les coûts sont pris en charge par un tiers, par exemple une caisse maladie, les patients n'ont pas d'incitation à limiter leur consommation de prestations médicales à un niveau efficient. Dans une telle situation, les

fournisseurs de prestations ont eux aussi tendance à prescrire des traitements onéreux, voire pas forcément nécessaires.

Comme pour les soins dentaires, la part des frais médicaux prise en charge par le patient n'augmente pas plus rapidement que le produit intérieur brut. La croissance comparativement faible du coût des soins dentaires peut donc en grande partie être expliquée par la couverture d'assurance plus faible et par les incitations à économiser qui en découlent ou la faible fréquence du problème de l'aléa moral.

→ **Malgré la réglementation étatique, la répartition des médecins entre les diverses régions de la Suisse est plus inégale que celle des dentistes.**

Répartition équilibrée des dentistes

Une comparaison du nombre de médecins et du nombre de dentistes par région met en relief un constat surprenant. Contrairement à l'opinion largement répandue, la régulation étatique d'une branche ne conduit pas à une répartition plus équilibrée de l'offre. Au contraire, la répartition régionale des médecins est plus inégale que celle des dentistes. L'écart de densité des médecins entre les grandes régions du pays est nettement plus faible dans le cas des dentistes. Ainsi, la différence entre la valeur la plus faible et la valeur la plus haute est de 36% pour les dentistes et de 69% pour les médecins. La densité des dentistes oscille entre 47 et 64 pour 100 000 habitants et celle des médecins entre 156 et 264. La fourchette est presque deux fois plus large pour les médecins que pour les dentistes.

→ **Mis à part la meilleure santé bucco-dentaire, la part élevée des patients assumant eux-mêmes les frais a fortement contribué à freiner l'évolution des coûts dans le domaine des soins dentaires.**

Deuxième conclusion intermédiaire: un approvisionnement de qualité à un faible coût

Comparé au niveau de prospérité, le coût des soins dentaires a connu une croissance inférieure à la moyenne. Outre l'amélioration de la santé bucco-dentaire, cela s'explique aussi par la part très élevée payée directement par le patient. Dans le domaine des soins médicaux, les coûts pris en charge par les particuliers ne progressent pas non plus à un rythme plus rapide que le PIB. Bien que la réglementation soit nettement moins dense dans le domaine des soins dentaires que dans celui des soins médicaux, l'offre est adéquate et la répartition géographique des dentistes est même plus équilibrée que celle des médecins. En effet, les dentistes sont davantage tributaires du goowdill de leurs patients puisque leurs factures ne sont pas remboursées par les assurances maladie. L'organisation et le financement de la médecine dentaire se sont révélés très durables.

Inégalités dans le secteur de la santé

Un gradient social tel qu'il est observable dans le domaine de la santé publique existe également dans la médecine dentaire: plus une personne est pauvre, plus sa santé bucco-dentaire est mauvaise.

Les pauvres sont en plus mauvaise santé

Les études sur la santé publique (public health) livrent toujours les mêmes résultats: plus le revenu et le niveau de formation d'une personne sont faibles, moins celle-ci est en bonne santé. On parle alors de gradient social. La causalité est réciproque: les personnes en mauvaise santé ne génèrent qu'un revenu moindre et sont donc plus pauvres. Cependant, la pauvreté rend aussi malade et est associée à un comportement néfaste pour la santé (avant tout les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activité physique). Le gradient social concerne aussi bien le niveau de santé général que la santé bucco-dentaire. Une étude américaine a analysé le lien entre la santé et le statut social d'adultes sur la base des données collectées dans le cadre d'une grande enquête effectuée aux États-Unis (NHANESIII). Un gradient social clair a ainsi pu être déterminé aussi bien concernant l'état de santé général que l'état de santé bucco-dentaire. L'état de santé – aussi bien ressenti que déterminé cliniquement – est d'autant plus mauvais que le revenu et le niveau de formation sont faibles. De plus, on ne constate aucune différence entre les gradients sociaux: l'influence du revenu et de la formation est la même sur ces deux aspects de la santé. [7] Ce résultat est intéressant dans la mesure où la prise en charge des soins dentaires est nettement moins bonne que celle des soins médicaux. Medicare ne participe aucunement aux frais de médecine dentaire et Medicaid ne rembourse que les visites chez le dentiste pour les enfants. La couverture d'assurance varie par ailleurs d'un État à l'autre. Il semble donc que le gradient social ne dépende pas de la couverture d'assurance.

Que la médecine dentaire soit prise en charge par une assurance sociale – comme en Allemagne – ou pas – comme en Suisse – ne fait aucune différence.

Un gradient social malgré les assurances sociales

Une comparaison à l'échelle européenne confirme ce résultat. En Allemagne, les frais de dentiste sont remboursés par l'assurance. Les personnes vivant dans un ménage à faible revenu ne sont donc pas dissuadées par les coûts élevés qui pourraient leur être facturés. Pourtant, un gradient social s'observe également. [8] Une méta-analyse parvient à la même conclusion. Afin d'améliorer la situation, un expert demande l'introduction de sel de cuisine fluoré, une meilleure information des femmes enceintes ainsi que la réalisation d'examens de dépistage précoce, déjà pour les nourrissons [9] . L'accessibilité financière des services dentaires en Allemagne ne suffit donc pas à casser le gradient social. D'autres mesures sont requises.

En Suisse également, un tel gradient s'observe en ce qui concerne la santé de la population. [10]

Zitzmann et al. (2008) estiment cependant que ces inégalités ne sont pas très marquées dans le domaine de la santé bucco-dentaire. [11] Les auteurs ont en outre observé un recul des inégalités sociales entre 1992 et 2002 en termes de santé bucco-dentaire. Dans le domaine des soins médicaux, le gradient social est en revanche plus marqué. [12] fournissent des preuves claires des inégalités de santé imputables à des caractéristiques sociodémographiques observées dans le monde.

Cf.: Richter M., Ackermann S. & Moor I (2011). Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: ein systematisches Review. Institut für Med. Soziologie [IMS], 2011] Le comportement en matière de santé contribue à ces inégalités à hauteur d'un tiers environ, alors que deux tiers découlent de caractéristiques matérielles ou structurelles. L'influence du revenu est jugée un peu plus importante que celle de la formation. Elle est la plus marquée au bas de l'échelle: un revenu très faible et une formation minimale expliquent donc le mieux les écarts en termes de santé. Plus on approche du milieu de la répartition des revenus, moins ces différences peuvent être expliquées par le revenu.

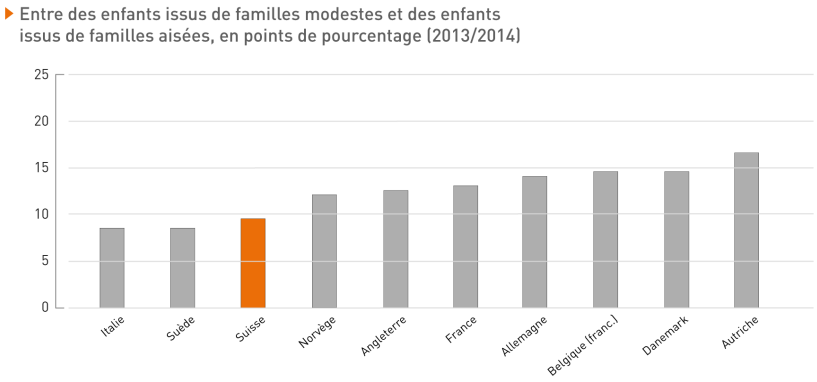
Le gradient social dans la médecine dentaire en comparaison internationale

La prise en charge des soins dentaires par les assurances n'est pas la même d'un pays à l'autre. Dès lors, il est également intéressant de savoir dans quelle mesure le gradient social diverge entre les différents pays. L'étude HBSC déjà évoquée menée sous l'égide l'Organisation mondiale de la santé fournit des indices à ce sujet. L'OMS a notamment cherché à déterminer l'importance accordée aux soins dentaires par les diverses couches de la population. À titre indicateur, ils se sont basés sur la part d'enfants de 11 à 15 ans se brossant les dents deux fois par jour au minimum. Un certain gradient social s'observe dans tous les pays analysés. En Suisse, il est cependant plus faible que dans des pays comme l'Allemagne ou le Danemark, où la couverture d'assurance est globalement meilleure. Il n'existe malheureusement pas d'extension de cette étude ou d'étude similaire portant sur un spectre d'âge plus large. Aucune donnée n'est donc disponible pour les adultes.

Figure 5

Écart dans la fréquence du brossage de dents quotidien

entre des enfants issus de familles modestes et des enfants



HSBC

En outre, le brossage de dents est une action préventive (ou prophylactique). Pour ce qui est des mesures de résultat, comme l'indice CAO, aucune distinction n'est faite en fonction du niveau de prospérité. C'est pourquoi il n'est pas possible d'effectuer une comparaison internationale directe pour déterminer l'amplitude du gradient social. Les données permettent cependant de conclure que le gradient social se situe

à un bas niveau en Suisse. Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, les actions préventives et les résultats obtenus (facteurs intrants et les facteurs de résultat) sont étroitement liés (cf. paragraphe sur la santé bucco-dentaire: comparaison internationale) et la Suisse est très bien placée en ce qui concerne les actions préventives (facteurs intrants).

→ **La Suisse tire également très bien son épingle du jeu en ce qui concerne les différences en termes de santé bucco-dentaire.**

Troisième conclusion intermédiaire: les inégalités ne sont pas plus importantes dans le domaine de la santé bucco-dentaire

Selon des études suisses, le gradient social se situe à un niveau plus bas dans le domaine de la santé bucco-dentaire que dans celui des soins médicaux. Des analyses des facteurs intrants (brossage de dents) permettent de conclure que le gradient social est également plus bas en Suisse qu'à l'étranger dans le domaine de la santé bucco-dentaire. L'écart entre les riches et les pauvres est donc relativement faible dans notre pays. Le type de financement des soins dentaires n'a visiblement aucun impact sur le gradient social.

Conclusion: «If it ain't broke, don't fix it»

Aujourd'hui, la population suisse jouit d'une excellente santé bucco-dentaire et l'évolution des coûts est modérée. Il n'y a aucune raison de changer ce système qui a fait ses preuves.

En Suisse, la médecine dentaire est une histoire à succès. La santé bucco-dentaire a évolué selon une tendance très positive au fil des ans et la Suisse se classe également très bien en comparaison internationale. La médecine dentaire n'a pas à craindre la comparaison avec la médecine humaine, dont les prestations sont remboursées par l'assurance: les différences sociales sont plus faibles, l'offre de prestations est plus équilibrée et l'évolution des coûts nettement plus modérée. L'exemple de la médecine dentaire montre que la compatibilité sociale n'est pas liée à une assurance sociale. Bien au contraire. Une réglementation sévère engendre souvent de nouvelles distorsions et injustices. La politique aurait tout avantage à perpétuer cette histoire à succès et de s'en inspirer pour d'autres domaines.

1. Steiner, Marcel et al.: Kariesverlauf über 45 Jahre bei Zürcher Schülern. Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie, vol. 120, 12/2010. pp. 1095-1104
2. Menghini, Giorgio: Orale Gesundheit verschiedener Altersgruppen in der Schweiz. Dans: Zahnarzt PRAXIS, 2009
3. Menghini, Giorgio et al.: Weiterer Kariesrückgang bei Schweizer Rekruten von 1996 bis 2006. Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie, vol. 120, 7/2010. pp. 596-600
4. OCDE. Les valeurs CAO des pays ont été récoltées à différentes périodes entre 2006 et 2010
5. Health Behavior of School Aged Children [HBSC-Study], World Health Organization Collaborative Cross-National Study, avec des données des années 2013/2014
6. Zweifel, Peter /Felder, Stefan / Meier, Markus: Ageing of population and health care expenditure: a red herring? Dans: Health Economics, 8/1999. pp. 485-496. Ainsi que: Zweifel, Peter / Felder, Stefan / Werblow, Andreas: The Geneva Papers on Risk and Insurance, vol. 29, n° 4/2004. pp. 652–666
7. Sabbah, Wael et al.: Social gradients in oral and general health. Dans: Journal of Dental Research, vol. 86/2007. pp. 992-996
8. Diverses publications, par exemple Micheelis, Wolfgang: Zur Dynamik des sozialen Gradienten in der Mundgesundheit: Befunde aus 1997 und 2005. Dans: Prävention und Gesundheitsförderung, vol. 4, n° 2/2009. pp. 113-118
9. Ziller, Sebastian: Soziale Ungleichheit und Mundgesundheit. Dans: Sebinger, Sarah et al. (éd.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Frankfurt a. M., 2009
10. Moreau-Gruet, Florence: Inégalités de santé en Suisse, Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Observatoire suisse de la santé Obsan, 2016
11. Zitzmann, Nicola et al.: Changes in oral health over a 10-yr period in Switzerland. Dans: European Journal of Oral Sciences, vol. 116/2008. pp. 52–59
12. Dans leur méta-analyse (Richter et al. 2011