

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE LOI

- **sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (LSB)**

et modifiant les lois

- **sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD)**
- **sur la santé publique (LSP)**
- **sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS)**

Préambule

Le présent exposé des motifs présente au Grand Conseil un projet de nouvelle loi visant à l'amélioration de la prévention en matière de santé bucco-dentaire, au renforcement du dispositif d'examen bucco-dentaires et à une meilleure prise en charge financière des frais dentaires dans le Canton de Vaud (ci-après : la loi) en faveur des enfants et jeunes habitant-e-s ainsi que des catégories vulnérables de la population. Ce projet de loi est directement lié au contre-projet d'article constitutionnel présenté dans le cadre de l'EMPD relatif à l'initiative "Pour un remboursement des soins dentaires" (cf. ch. 1.1 ci-après).

Dans ce paquet "soins dentaires" ce sont également traitées les réponses du Conseil d'Etat à deux interventions parlementaires déposées au sujet des soins dentaires au niveau vaudois : le postulat de M. le Député Jean-Michel Dolivo et consorts au nom du groupe AGT "pour une assurance cantonale prenant en charge les soins dentaires de base et la mise en place de polycliniques dentaires régionales dans le canton" (10_POS_188), déposé le 11 mai 2010, auquel il est répondu dans l'EMPD ; la question de Mme la Députée Véronique Hurni "Soins dentaires des petits Vaudois : où en est-on ?" (13_QUE_013), déposée le 1^{er} octobre 2013, à laquelle le Conseil d'Etat répond simultanément à la transmission du présent EMPL au Grand Conseil.

En juin 2014, le Conseil d'Etat a autorisé le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) à mettre en consultation un avant-projet présentant les pistes pour améliorer la santé bucco-dentaire et la prise en charge des soins dentaires des jeunes habitant-e-s du Canton de Vaud. Ce rapport répondait alors de manière préliminaire aux deux initiatives parlementaires qui avaient été renvoyées au Conseil d'Etat.

Pour préparer ces réponses, le DSAS a préalablement mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) pour dresser un état des lieux de la santé bucco-dentaire des jeunes de 0 à 18 ans et du dispositif en faveur de la santé bucco-dentaire des jeunes dans le Canton de Vaud.

Les conclusions de ce mandat, dans le rapport daté de 2013, indiquaient les éléments suivants :

- La prévalence de la carie dentaire diminue globalement, mais augmente auprès de certains groupes à risque.
- Dans le cadre de la prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire, la pertinence du modèle actuel de dépistage de la carie est fortement questionnée scientifiquement.
- Le renoncement aux soins dentaires pour des raisons économiques est une réalité dans le canton.
- La prophylaxie donne de meilleurs résultats si elle démarre très tôt et si tous les acteurs deviennent des partenaires de la prévention.

Sur la base de ces constats, différentes pistes d'action ont alors été élaborées au sein d'un groupe de travail placé sous la responsabilité du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) et du Service de la santé publique (SSP).

Ces pistes ont été mises en consultation publique à l'été 2014 sous la forme d'une série d'actions déclinées en quatre axes et qui suivent le parcours de vie des enfants, avec un fort accent mis sur la prophylaxie et l'accompagnement des familles :

- a. avant la naissance et lors des premiers mois de la vie ;
- b. dans les lieux d'accueil et auprès des accueillantes en milieu familial ;
- c. en milieu scolaire, par l'introduction d'un contrôle chez un médecin-dentiste ;
- d. par une aide financière ciblée et conditionnée au respect des règles du dispositif et enfin par la prévention des soins lourds sous narcose.

Avec ces différentes actions, il s'agit en particulier de se doter de moyens permettant de réduire l'influence connue du statut socio-économique sur la survenue de la carie et sur l'accès au traitement. A terme, un tel programme est susceptible d'engendrer des gains de santé publique pour des générations d'enfants et de jeunes adultes.

La mise en consultation publique de ces pistes d'amélioration s'est déroulée jusqu'au 18 juillet 2014 auprès des partis politiques, des organisations du secteur professionnel concerné, des associations intéressées, des communes avec clinique dentaire scolaire et des Départements de l'administration cantonale vaudoise. En outre, la consultation a également permis de requérir l'avis des milieux intéressés sur l'opportunité d'opposer un contre-projet à l'initiative populaire pour la prise en charge des soins dentaires.

En parallèle à ce processus, l'initiative populaire "pour le remboursement des soins dentaires" a en effet été déposée le 22 juillet 2014 et a formellement abouti avec plus de 15'000 signatures valables. Lancée par le POP et solidaritéS et soutenue par plusieurs organisations et partis politiques ayant participé à la récolte des signatures[1], cette initiative demande l'introduction d'une assurance cantonale obligatoire pour les soins dentaires de base et pour un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire et la mise en place d'un réseau de polycliniques dentaires régionales. Elle prévoit un financement de l'assurance par le biais d'un prélèvement analogue à l'AVS (pour les personnes cotisant à l'AVS) et par le biais de la politique sanitaire cantonale (pour les autres personnes). Ayant formellement abouti, l'initiative populaire a alors été transmise par le Conseil d'Etat au Grand Conseil le 20 août 2014.

Suite à la procédure de consultation publique, le DSAS a depuis lors procédé à une analyse des différents résultats de la consultation tout comme il a poursuivi ses réflexions et ses travaux en vue d'élaborer le présent projet de loi, soumis à l'approbation du Grand Conseil par le présent EMPL.

Ce document est organisé de la manière suivante :

Dans la première partie, un historique et une mise en contexte du projet de loi sont proposés au regard du lien entre projet de loi et l'EMPD traitant de l'initiative populaire (1.1) et d'un état des lieux circonstancié en matière de santé bucco-dentaire en Suisse en général et dans le Canton de Vaud en

particulier (1.2). Cet état des lieux met l'accent sur l'évolution récente de la santé dentaire des groupes visés par le projet de loi, les facteurs de risque, la problématique du renoncement aux soins dentaires ainsi que le fonctionnement actuel du dispositif existant dans le Canton de Vaud. Puis, une présentation est faite s'agissant de la prise en charge financière des soins dentaires dans les assurances et les régimes sociaux en vigueur, avec un focus sur les types d'aide financière existant au niveau cantonal et communal (1.3), suivi d'une synthèse de l'adéquation du dispositif vaudois actuel et des recommandations de l'IUMSP à ce sujet (1.4). Après un rappel du contenu de l'avant-projet de loi mis en consultation publique en été 2014 et des résultats de cette procédure de consultation (1.5), la contextualisation du présent projet de loi se termine par une synthèse des travaux du Comité de Pilotage (CoPil) conduits entre 2014 et 2016 (1.6).

La deuxième partie présente le contenu du projet de nouvelle loi cantonale sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et de prise en charge des frais dentaires, à savoir les buts visés, les différentes mesures prévues par le projet de loi ainsi que les éléments qui plaident en faveur des mesures proposées.

La troisième partie du document fournit un commentaire détaillé article par article du projet de loi et des autres lois cantonales qu'il s'agit d'adapter (LSP, LAVASAD, LHPS, LPCFam). Cela permet une explicitation du contenu et du sens véhiculé par les modifications légales concernées.

Enfin, la quatrième partie de l'EMPL passe en revue les différentes conséquences en cas d'acceptation et d'entrée en vigueur de la nouvelle loi alors que la dernière partie présente les conclusions du Conseil d'Etat à l'intention du Grand Conseil.

1 HISTORIQUE ET CONTEXTE DU PROJET DE LOI

1.1 Lien entre le présent EEMPL et l'EMPD sur la convocation des électeurs concernant l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires"

Ces deux dernières années, les travaux du DSAS se sont concentrés sur l'élaboration d'une loi cantonale qui vise à répondre de manière concrète aux différentes lacunes identifiées dans le dispositif actuel, cela au travers de plusieurs mesures en faveur d'une politique cantonale en matière de santé bucco-dentaire. Vu l'ampleur et la durée des travaux législatifs tout comme la nature des changements proposés, le Conseil d'Etat juge préférable de fournir à cette nouvelle politique publique une base constitutionnelle solide par le biais d'un nouvel article constitutionnel qui décrit les axes principaux de cette politique et qui viendra chapeauter le présent projet de loi. Cet article déclinerait le mandat général que la **Constitution** vaudoise donne aux autorités à son article 65 en matière de santé publique et qui a été précisé pour d'autres domaines d'action également tels que la protection contre la fumée passive (art. 65a).

De plus, cet article de rang constitutionnel constitue un contre-projet direct à l'initiative citée en titre. Cette manière de faire permet de donner à la population la possibilité de choisir entre le projet général contenu dans l'initiative populaire et le contre-projet élaboré par le Conseil d'Etat.

Dès lors, si ce nouvel article 65b de la Constitution devait être accepté en votation populaire, il servira directement de base constitutionnelle pour la loi et les mesures prévues dans celle-ci, pourvu qu'elle soit adoptée par le Grand Conseil. On disposerait alors d'un corpus de règles, à la fois de rang constitutionnel et légal, harmonisées, se recouvrant de manière cohérente et dont l'entrée en vigueur pourrait se faire rapidement puisque la loi d'application serait d'ores et déjà prête à être adoptée ou en voie de l'être.

Pour toutes ces raisons, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de traiter l'EMPL conjointement avec l'EMPD et d'adopter le texte constitutionnel et de loi dans un seul paquet de réforme.

Formellement, le projet de loi prévoit une condition suspensive qui stipule que la présente loi entre en

vigueur à condition que le contre-projet direct à l'initiative "Pour le remboursement des soins dentaires" soit accepté en votation, cela aux dépens de l'initiative.

1.2 Etat des lieux en matière de santé bucco-dentaire en Suisse et dans le Canton de Vaud

1.2.1 Les soins dentaires en Suisse : généralités

La médecine dentaire a pour objectif la conservation et/ou le rétablissement de la santé bucco-dentaire.

Au niveau de la médecine dentaire, les prestations sont principalement délivrées par les médecins-dentistes libres praticiens (installations en cabinets privés) même si certaines villes sont dotées de cliniques publiques, la plupart du temps responsables de fournir des soins pour des groupes définis de la population (par exemple, les enfants).

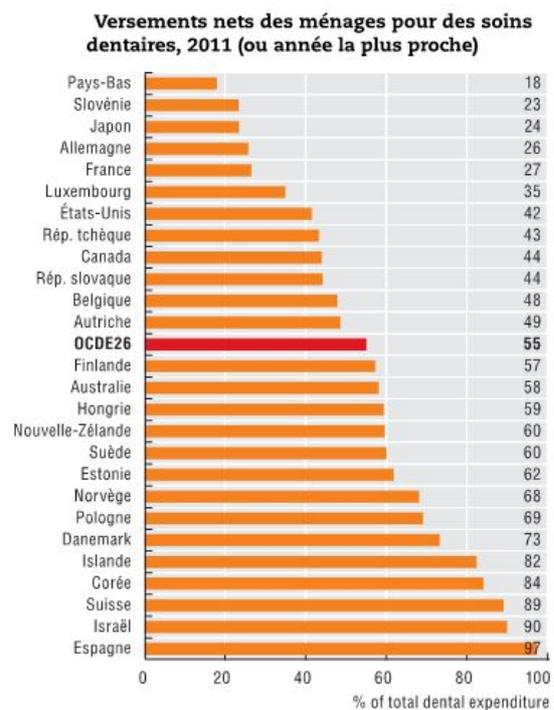
D'après l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2012, 66% de la population a consulté un dentiste au cours des douze derniers mois (Enquête suisse sur la santé, OFS 2007[2]).

Toujours selon l'OFS, les coûts pris en charge pour les soins dentaires en Suisse représentaient un total d'environ 4 milliards de francs en 2013 (derniers chiffres connus). Ce montant représente 5,8% du coût total de la santé et 491 CHF de dépenses par habitant et par an. Ces 4 milliards de francs ont été pris en charge de la manière suivante :

- 170,5 mios par les assurances sociales (LAMal, LAA, AI, AVS)
- 102,4 mios par les prestations sociales sous condition de ressources (PC AVS/AI)
- 158,6 mios par les assurances privées (assurances complémentaires LCA, autres institutions d'assurance privée)

Le solde, soit plus de 3.5 milliards de francs, a été assumé directement par les ménages privés (paiements directs aux prestataires et participations aux frais des assurances). Dès lors, en Suisse, ce sont essentiellement les ménages qui assument les frais de soins dentaires. Selon l'OCDE (Panorama de la santé), les versements nets des ménages pour les soins dentaires étaient de 89% en 2011 (contre une moyenne OCDE de 54,2%), seuls des pays comme Israël ou l'Espagne ayant un taux de contribution des ménages encore plus élevé (90% et 97% respectivement). A noter que nous ne disposons pas de statistiques au niveau vaudois.

Figure 1 : part des montants à charge des ménages pour les soins dentaires, selon rapport OCDE³



1.2.2 Etat et évolution de la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes

La santé bucco-dentaire est jugée essentielle pour l'état général de la population et la qualité de vie, y compris sous l'angle du bien-être psychosocial. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle se définit comme "*l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et de perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial*" [4].

Toujours selon l'OMS, la carie dentaire, toucherait encore aujourd'hui 60 à 90% des enfants scolarisés dans le monde alors que près de 100% des adultes ont des caries au cours de leur existence. 15 à 20% des adultes d'âge moyen (35-44 ans) ont des parodontopathies sévères pouvant entraîner la perte de dents.

Les affections bucco-dentaires restent donc des maladies répandues. Leurs conséquences sur l'état de santé général et sur la qualité de vie ainsi que leurs répartitions inégales dans la population en font un enjeu de santé publique important. Si les affections bucco-dentaires ne sont pas traitées de manière précoce, des complications peuvent apparaître. Chez les adultes, elles peuvent être à l'origine de complications locales (inflammatoires, infectieuses) mais peuvent également être la cause ou contribuer à l'aggravation de pathologies systémiques (pathologies cardio-vasculaires, infections

respiratoires, diabète, prématurité, malnutrition). Chez l'enfant, des conséquences telles que la douleur, les difficultés à mastiquer, la survenue de troubles du sommeil, de la concentration peuvent perturber la croissance et les apprentissages scolaires. D'autres conséquences entraînent non seulement de nombreux jours d'école manqués par les enfants atteints mais également un absentéisme au travail des parents qui doivent garder leurs enfants malades, cela pouvant avoir des conséquences économiques et sociétales non-négligeables[5].

Parmi les facteurs de risque d'affections bucco-dentaires figurent une mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et une hygiène insuffisante de la bouche, sans oublier les déterminants sociaux.

En effet, les problèmes bucco-dentaires chez les enfants et les adultes sont plus répandus dans les groupes de population démunis et défavorisés, une tendance qui se retrouve au niveau suisse à l'instar des données présentées dans les sections suivantes.

1.2.2.1 Un recul global de la carie dentaire accompagné d'une augmentation des inégalités

D'un point de vue scientifique, déterminer l'état de la santé bucco-dentaire d'une population donnée revient à calculer la prévalence de la carie dentaire au travers de l'indice CAOD (la somme des dents cariées, absentes et obturées d'un individu). L'indice moyen CAO résulte de la division du nombre total de dents cariées, absentes pour causes de caries et obturées, par le nombre de personnes examinées. Cette moyenne permet donc de mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population : plus l'indice CAOD est élevé et plus grande est la prévalence des problèmes dentaires au sein de la population étudiée.

Au niveau mondial, l'OMS dispose de données sur l'indice CAOD des enfants âgés de 12 ans de la quasi-intégralité des pays du monde[6]. Les données disponibles pour 2003 indiquent qu'en comparaison internationale, la Suisse (données du canton de Zürich) se situe parmi les pays où l'indice s'avère très bas (0.8) tout comme d'autres pays européens tels que l'Angleterre, l'Allemagne ou le Danemark (0.7) alors que d'autres pays européens présentent des indices plus élevés à l'instar de l'Italie (1.1), de la France (1.2), de la Roumanie (2.8) ou de la Croatie (4.8). A noter que la moyenne mondiale est de 1.7.

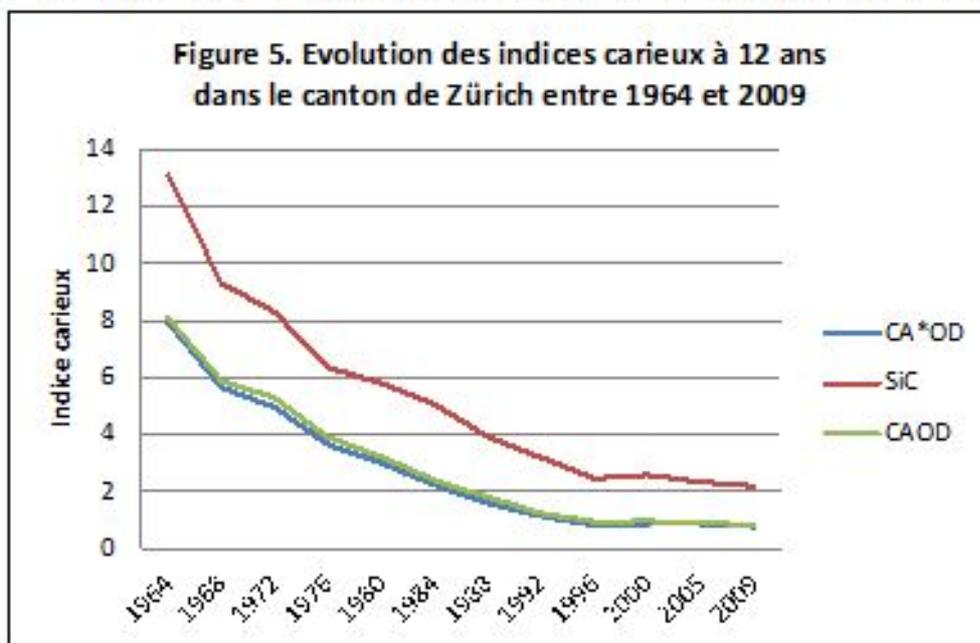
Au niveau suisse, les données disponibles sur l'épidémiologie de la carie chez les enfants se réfèrent aux valeurs récoltées dans le Canton de Zurich, où un suivi épidémiologique - par échantillonnage d'enfants - a été entrepris systématiquement tous les 4 ans depuis 1964[7] [8].

Ces études indiquent une réduction significative des indices carieux en général dans la population infantine entre les années 1960 et 2000 (réduction de l'indice moyen CAOD de 90%). Le pourcentage d'enfants sans caries à 12 ans est passé de moins de 1% en 1964 à 60% en 2000. Si cette évolution est encourageante, la diminution de la prévalence des caries n'est toutefois homogène dans tous les groupes d'enfants. En effet, les enfants les plus atteints par les problèmes de caries (SiC) ont une réduction de leur indice carieux plus faible que celle de la population infantine générale. Il convient également de souligner une limite méthodologique de l'étude, laquelle ne prend pas en compte, dans l'échantillonnage, les enfants migrants arrivés après 5 ans dans le Canton de Zürich. Or, il y a là un biais potentiel puisqu'une proportion de la population particulièrement atteinte par les caries se voit ainsi exclue de l'analyse.

A noter que des ordres de réduction similaires des indices carieux chez les jeunes s'observent dans tous les cantons et les villes où des données sont disponibles[9].

Par contre, nous ne disposons pas d'études épidémiologiques publiées pour le Canton de Vaud.

Figure 2 : diminution des indices carieux des enfants à Zürich, 1964-2009



Une des causes principales avancées pour expliquer cette évolution positive est l'introduction de l'utilisation du fluor dans les mesures de prophylaxie mises en place dès les années 1960.

Si l'on observe donc un important recul de la carie dentaire chez les enfants et les jeunes en Suisse dans les dernières décennies, le rapport de l'IUMSP souligne toutefois que *"la prévalence de la maladie carieuse est inégale dans la population infantine : un petit nombre d'enfants concentrant la majorité des caries"*. En d'autres termes, la diminution globale des indices carieux s'est accompagnée d'une augmentation des disparités : *"à l'heure actuelle, chez l'enfant de 12 ans, 95% des caries observées sont regroupées dans les bouches du tiers le plus atteint de cette population, alors qu'en 1964, cette proportion n'était que de 39%"* [8].

Dès lors, les problèmes dentaires se concentrent désormais dans des groupes spécifiques de la population infantine et jeune, lesquels cumulent des facteurs de risque et de vulnérabilité sociale et comportementale décrits ci-après.

1.2.2.2 Les facteurs de risque carieux chez les enfants

Les caries précoces chez les enfants (présence avant l'âge de 6 ans d'au moins une dent de lait cariée, manquante - due à une carie - ou obturée) constituent un phénomène complexe au vu de la multiplicité des facteurs impliqués : *"aux facteurs de base tels que l'alimentation, la présence de micro-organismes, l'environnement (salive, fluor) et l'hygiène, s'ajoutent des composants socio-économiques et socio-culturels (niveau de revenu faible, niveau d'éducation faible, origine des parents) qui vont favoriser le développement de la maladie, ainsi que sa gravité et limiter ou retarder l'accès aux soins"*[9].

Les facteurs sociaux et comportementaux largement mis en avant dans la littérature scientifique sont :

- le *statut socio-économique des parents*[10][11][12][13], lequel n'a pas été considéré dans l'étude zurichoise précitée.
- le *niveau d'éducation de la mère* [14] [15] ;
- le *statut de migrant*, auquel l'association d'indices carieux élevés a pu être documentée dans l'étude zurichoise précitée ; une prévalence de caries 4 à 5 plus élevée a été relevée dans ce groupe [16] ;
- *l'utilisation prolongée du biberon* contenant des hydrates de carbone fermentables, par exemple du lait, des sodas, des jus de fruit, du thé sucré[17] ;
- la possibilité de *transmission bactérienne de la mère à l'enfant*, en particulier en cas d'hygiène dentaire insuffisante et/ou de caries non-traitées chez la mère, voire de proches en contact avec l'enfant ;
- *la présence de caries non-traitées chez l'enfant*.

Les caries précoces chez les enfants s'assimilent donc à une maladie aux dimensions sociales mais aussi comportementales, touchant surtout les groupes vulnérables de la population. Les enfants dont les parents ont un statut socio-économique bas ont un plus grand risque d'être atteint par des caries précoces et ont un risque de présenter une forme plus sévère de la maladie[15]. Le cas particulier de la carie précoce de l'enfance illustre ainsi les liens étroits entre pathologie dentaire et statut socio-économique.

Dans le canton de Vaud, l'étude réalisée à l'HEL (hôpital de l'enfance à Lausanne) par Baggio et coll [18], en 2015 a mis en avant un taux de 24,8% de caries précoces de l'enfance en examinant 856 enfants vu en consultation à l'HEL (en urgence ou soins ambulatoire, mais hors cause dentaire). Cette étude a démontré au niveau vaudois ce qui est confirmé dans la littérature internationale, soit l'association d'un taux élevé de caries précoces de l'enfance avec le niveau socio-économique des parents, leur niveau d'éducation et leur statut de migrants.

De manière plus générale, le rapport IUMSP 2013 relève qu'avec une fréquence plus élevée des caries et des traumatismes dentaires, un édentement plus important, une occurrence plus élevée de la maladie parodontale ou du port de prothèses dentaires, "*la santé bucco-dentaire des groupes au statut socio-économique défavorisé est plus mauvaise à tous les âges que celles des groupes favorisés*" et que, dès lors, "*les inégalités dans le domaine de la santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales*" plus largement. Les études disponibles pour la Suisse, notamment celle de Zitzman (2008)[19], montrent que le statut bucco-dentaire est corrélé au revenu économique et au niveau de formation : les personnes présentant un statut socio-économique bas ont une moins bonne santé bucco-dentaire, ont plus de dents manquantes et portent plus de prothèses amovibles.

Le constat de ces inégalités au niveau suisse s'inscrit dans les conclusions plus générales de l'OCDE à ce sujet : "*en dépit des progrès, les problèmes dentaires persistent et se posent plus fréquemment parmi les catégories défavorisées et à faibles revenus. Aux Etats-Unis, par exemple, plus de 40% des personnes de 20 à 64 ans à faibles revenus avaient des caries dentaires non traitées sur la période 2005-2008, contre 16% seulement des personnes à revenus élevés. En Finlande, un quart des adultes ayant un faible niveau d'instruction avaient au moins six dents manquantes, contre moins de 10% chez les plus instruits.*"[20]

Or, les maladies bucco-dentaires et leurs complications peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé générale et la qualité de vie des individus concernés. Les problèmes dentaires peuvent être à l'origine de complications locales de nature inflammatoire ou infectieuse voire même peuvent contribuer à aggraver des pathologies de type cardio-vasculaire, des infections respiratoires, le diabète ou la malnutrition. La santé bucco-dentaire est donc intimement liée à l'état de santé général des patients[21].

Plus largement, pour les enfants atteints par les caries, les conséquences sont aussi de nature sociale et scolaire. En effet, les problèmes dentaires peuvent conduire à des douleurs, à des difficultés à mastiquer ou à des troubles du sommeil et de la concentration qui sont susceptibles de perturber la croissance et les apprentissages au niveau scolaire, sans parler des conséquences négatives possibles au niveau de l'intégration sociale (image de soi, esthétique, problèmes orthodontiques suite à des pathologies bucco-dentaires non traitées, etc.). Les problèmes dentaires, notamment lorsqu'ils ne sont pas traités, peuvent aussi entraîner plusieurs jours d'école manqués par les enfants atteints tout comme un certain absentéisme des parents au travail qui doivent garder leurs enfants malades, ce qui peut avoir des conséquences économiques et sociétales au sens large.

Enfin, au niveau financier, le fait de ne pas traiter des lésions carieuses à leur stade précoce peut causer des complications ultérieures importantes et donc un fort renchérissement du coût du traitement dentaire au final (cf. 1.2.2.4, les soins dentaires lourds sous narcose).

1.2.2.3 Renoncement aux soins dentaires

L'Office fédéral de la statistique (OFS) dispose d'indicateurs sur les difficultés d'accès aux soins médicaux et médico-dentaires pour des raisons financières[22].

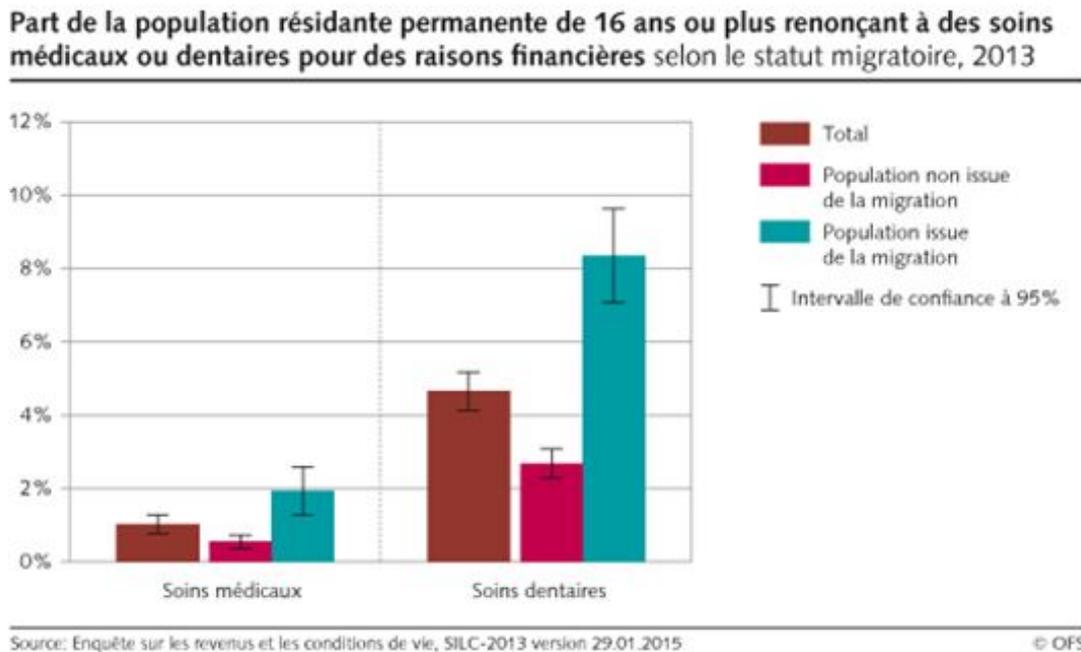
Sur la base des indicateurs de l'OFS, les constats suivants peuvent être effectués :

Le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières est une réalité en Suisse. Il est systématiquement plus élevé pour les soins dentaires que pour la catégorie des soins médicaux.

Le niveau de formation est une variable importante du taux de renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières. Pour 2013, sur l'ensemble de la population résidante permanente de 18 ans ou plus, la part qui renonce à des soins dentaires pour raisons financières est de 8.2% pour les personnes dont le niveau est "école obligatoire", puis de 4.7% pour les personnes au bénéfice d'une formation "degré secondaire II" puis de 3.1% pour les personnes bénéficiant d'un diplôme "degré tertiaire". En d'autres termes, plus le niveau de formation est élevé, plus le taux de renoncement aux soins dentaires diminue. A noter que la situation s'avère identique pour les trois années antérieures (2010, 2011, 2012).

Les personnes nées à l'étranger sont plus susceptibles de renoncer aux soins dentaires pour des raisons financières que les personnes nées en Suisse. En effet, ce taux s'élève à 8,4% pour les personnes issues de la migration contre seulement 2.7% pour les personnes non issues de la migration. En d'autres termes, "...les groupes nés à l'étranger ou issus de la migration sont presque toujours trois fois plus touchés par le renoncement aux soins (médicaux et dentaires) que les groupes nés en Suisse où non issus de la migration"[23].

Figure 3 : OFS, Renoncement aux soins dentaires ou médicaux en 2013, pop. de plus de 16 ans



Dans un article de la Revue médicale suisse paru en 2014 [24], le prof. P. Bodenmann et son équipe résument les résultats disponibles sur le renoncement aux soins dentaires :

"En 2010, une enquête téléphonique réalisée dans le cadre de onze pays industrialisés a permis de montrer que 10% de la population interviewée en Suisse avait renoncé à des soins médico-dentaires pour des raisons économiques au cours des douze derniers mois. Cette proportion a été corroborée par les enquêtes effectuées dans le cadre de l'étude populationnelle "Bus Santé" de Genève en 2011, puis en 2012 : en un an, sur le collectif interviewé de 765 hommes et 814 femmes âgés de 35 à 74 ans, 14,5% avaient renoncé aux soins pour des raisons économiques et dans 74% de ces situations il s'agissait d'un renoncement aux soins dentaires. En trois ans de suivi, ce chiffre est demeuré stable (13,8%) mais une tendance à l'augmentation était constatée parmi les participants avec un revenu mensuel CHF < 3000.- (de 22 à 34%)."

A noter que l'OCDE dresse le même constat quant à la structuration socio-économique du renoncement aux soins : "les groupes à faible revenu se disent plus susceptibles de renoncer à des soins médicaux et dentaires dont ils ont besoin que les groupes à revenu plus élevé, et ils ont également beaucoup moins tendance à consulter un spécialiste ou un dentiste." [25]

Enfin, les résultats d'une enquête commandée par le DSAS en 2016 à l'institut de sondage M.I.S. Trend [26] confirment l'influence du gradient socio-économique s'agissant des consultations chez un

médecin-dentiste. Cette enquête téléphonique a porté sur 505 ménages dans lesquels vivent 916 enfants âgés de 0 à 18 ans. Les résultats ont relevé des différences notoires selon la situation économique du foyer ; les foyers modestes ou moyens inférieurs consultant moins souvent pour réaliser des contrôles ou des détartrages (qu'il s'agisse des adultes ou des enfants). Par ailleurs, une proportion plus importante de soins de caries auprès de cette population a également été relevée.

Le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières est une réalité. Toutefois, il faut relever qu'il y a peu de données disponibles sur la nature des soins auxquels il a été renoncé. Le Dr Olivier Marmy souligne dans la Revue médicale suisse [27], en réponse à l'article du Prof. Bodenmann, que pour un même diagnostic, plusieurs traitements dentaires peuvent être proposés, dont certains très onéreux. A cet égard, il convient de préciser que l'ensemble du dispositif envisagé dans le cadre du projet de loi concerne des traitements dentaires médicalement indiqués et conformes au Référentiel cantonal des prestations admises déjà appliqué actuellement dans le cadre de la prise en charge de soins dentaires par les régimes sociaux.

1.2.2.4 Le cas des soins dentaires lourds sous narcose

La problématique des soins dentaires sous narcose pour les enfants illustre l'acuité des problématiques décrites jusqu'ici (facteurs de risque, renoncement aux soins).

Les soins dentaires lourds sous narcose concernent principalement des enfants jeunes (3 à 8 ans) qui présentent un état carieux très avancé (entre 6 et 15 caries actives en bouche).

Les soins à procurer nécessitent des traitements d'extraction non seulement onéreux pour les individus et/ou pour l'Etat qui doivent les prendre en charge, mais occasionnent aussi des interventions en bouche particulièrement invasives voire mutilantes pour les enfants concernés.

S'agissant des coûts des soins lourds sous anesthésie générale chez les enfants, ceux-ci sont estimés à près de 3'000 CHF en moyenne pour les traitements les plus sévères. Ils sont donc particulièrement onéreux pour les personnes concernées, respectivement pour l'Etat dans la mesure où ces enfants sont fréquemment au bénéfice d'une prise en charge par les régimes sociaux en vigueur. A titre indicatif, environ 200-250 traitements dentaires sous anesthésie générale sont réalisés par année dans le canton pour la population de moins de 18 ans.

Ces éléments soulignent la nécessité d'agir le plus en amont possible afin d'éviter de devoir recourir à de tels soins, permettant ainsi de réduire des coûts investis dans un traitement agressif et mutilant pour les enfants concernés alors qu'ils auraient pu être évités.

1.2.3 Politique actuelle en matière de santé bucco-dentaire dans le Canton de Vaud

Dans le domaine de la santé, la Constitution fédérale prévoit une répartition des compétences qui réserve certains domaines de la politique de santé à la Confédération, mais la législation et l'application en matière de politique de santé sont sur le principe une compétence cantonale, ce qui est spécifiquement le cas pour la santé bucco-dentaire. Les cantons sont compétents pour la promotion et la prévention dans ce domaine et l'organisation de structures pour la prise en charge médico-dentaire. Ils peuvent se répartir cette tâche avec les communes.

S'agissant du Canton de Vaud, le rapport de l'IUMSP de 2013 est repris dans les sections suivantes car il fournit une vision relativement exhaustive quant aux prestataires dentaires actuels, en particulier le fonctionnement actuel de la médecine dentaire scolaire et de la prophylaxie (sections 1.2.3.1 à 1.2.3.3). Les informations récoltées par l'IUMSP concernant les aides financières existant au niveau cantonal et communal sont présentées ci-après (1.3), tout comme l'évaluation de l'adéquation du dispositif vaudois actuel aux besoins de la population et les recommandations de l'IUMSP (1.4). Pour des informations plus détaillées, nous renvoyons toutefois au rapport lui-même, disponible en ligne [28].

1.2.3.1 Les prestataires de soins dentaires

Selon les chiffres de l'OFS (2012), la densité de dentistes dans le Canton de Vaud serait de 48 pour 100'000 habitants, ce qui situe Vaud proche de la moyenne suisse (52/100'000 habitants).

Si la densité de dentistes est restée plutôt stable lors des 20 dernières années, il convient de relever cependant qu'elle s'avère plus marquée dans les villes/agglomérations (150/100'000 habitants) que dans les zones rurales (30/100'000 habitants).

Au 30 septembre 2016, on dénombre 636 médecins-dentistes autorisés à pratiquer dans le Canton de Vaud répertoriés au service de la santé publique (tout type d'autorisation pris en compte).

Quant au nombre de dentistes scolaires actifs, il était estimé à env. 80 personnes par l'IUMSP en 2013.

S'agissant des soins dentaires pour les enfants dans le Canton de Vaud, ceux-ci sont dispensés dans les lieux et organisations suivants :

- cabinets dentaires privés
- cliniques dentaires privées
- services/cliniques dentaires scolaires fournissant des soins, notamment :
 - service dentaire scolaire de la Ville de Lausanne
 - clinique dentaire de la Jeunesse de la Ville d'Yverdon-les-Bains
 - clinique dentaire scolaire de la Ville de Renens
 - service dentaire scolaire de la Ville de Vevey
 - clinique dentaire scolaire de la Ville de Nyon
 - clinique dentaire scolaire itinérante du district de Nyon (caravane dentaire)
 - service dentaire scolaire intercommunal du Gros-de-Vaud (caravane dentaire)
 - service dentaire scolaire de Morges
 - service dentaire scolaire de Montreux
- Polyclinique médicale universitaire (PMU) - Centre de médecine dentaire et orale (CMDO)
- Hôpital de l'Enfance (HEL) à Lausanne.

1.2.3.2 La médecine dentaire scolaire

En vertu de la Loi vaudoise sur la santé publique (LSP), il incombe aux communes (ou groupements de communes) d'organiser un service dentaire scolaire, dont les activités de médecine dentaire scolaire comprennent des mesures de surveillance, de dépistage et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire (art. 49 LSP "service dentaire scolaire"). La LSP prévoit que ce sont les communes (ou groupements de communes) qui supportent les frais découlant des activités de santé scolaire dans les établissements dépendant d'eux et qu'ils sont tenus de fournir les locaux et l'équipement nécessaires à cet effet (art. 50 LSP "frais locaux et équipements").

Au niveau réglementaire, le Règlement sur la promotion de la santé et la prévention en milieu scolaire (RPSPS) prévoit que chaque commune doit organiser un service dentaire scolaire à destination des élèves de la scolarité obligatoire, ou faire partie d'un service dentaire intercommunal respectant les directives de la Direction interservices (art. 29, al. 1 RPSPS "service dentaire scolaire").

Ce service dentaire scolaire assure les activités de prophylaxie dentaire, de dépistage ou de repérage précoce (art. 29, al. 2 RPSPS) ; le service dentaire scolaire collabore avec l'équipe de PPS de l'établissement scolaire concerné pour des activités de prévention ainsi qu'avec les infirmières scolaires pour le suivi de situations particulières (art. 29, al. 3 RPSPS).

Pour assurer ce service dentaire scolaire, les communes engagent des médecins-dentistes scolaires, sur

préavis de l'Unité PSPS et du SSP. Ces médecins-dentistes scolaires sont rémunérés par les communes, conformément à un barème établi par le DSAS (art. 39 RPSPS, "engagement et rémunération").

Le champ d'activité du médecin-dentiste scolaire comprend l'activité de dépistage, selon un cahier des charges préétabli [29]. Lorsqu'un traitement est jugé nécessaire lors du dépistage, les parents ont le libre choix du médecin-dentiste traitant. Le référent est le Médecin responsable pour la santé scolaire, qui peut, s'il le juge nécessaire, en référer pour les aspects métiers au Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise (art. 38 RPSPS "médecin-dentiste scolaire").

Lorsque le médecin-dentiste scolaire assure le traitement, le tarif applicable est celui établi par la Société suisse d'odonto-stomatologie pour les soins dentaires scolaires et la valeur de point appliquée est la valeur LAMal (3,10 CHF depuis 1994). Ces frais sont à la charge des parents (art. 40 RPSPS "tarif des traitements" et "cahier des charges pour la médecine dentaire scolaire et les dépistages dentaires" Unité PSPS-AVASAD 2014).

Le dépistage dentaire scolaire est obligatoire et annuel. En application de l'art. 9 du RPSPS ("refus des parents"), les parents qui refusent que leurs enfants bénéficient d'activités de dépistage doivent présenter une attestation médicale de prise en charge par un médecin-dentiste ou un médecin traitant. A défaut, le cas peut être soumis au Médecin cantonal.

Le dépistage dentaire scolaire s'effectue principalement à l'école par le biais d'une visite du médecin-dentiste scolaire dans la classe, au cabinet dentaire du médecin-dentiste scolaire ou encore directement à la clinique dentaire scolaire lorsqu'elle existe (par exemple à Lausanne, Yverdon ou Renens) voir dans une caravane dentaire itinérante (district de Nyon, Gros-de-Vaud).

Dans tous les cas, pour chaque enfant, un formulaire de résultats du dépistage doit être rempli en fonction des rubriques suivantes :

- Aucun problème constaté;
- La denture nécessite un diagnostic précis et des soins ;
- Des soins d'hygiène (nettoyage professionnel, détartrage) sont conseillés ;
- Une consultation en orthodontie est conseillée ;
- Un scellement de fissures est conseillé.

En outre, il est également rappelé aux parents que le dépistage scolaire, qui permet de dépister les caries les plus évidentes et de déterminer si des soins ou des mesures d'hygiène sont nécessaires, ne saurait remplacer un contrôle dentaire complet et régulier chez le médecin-dentiste.

Dans son rapport de 2013, l'IUMSP [30] analyse les conditions effectives du dépistage dentaire scolaire (cf. pp. 55-58), en particulier comment se répartissent les dentistes en fonction des locaux et du matériel utilisé, de la durée moyenne du dépistage et du niveau de satisfaction des répondants sur les locaux, le matériel et les conditions de travail dans leur ensemble. L'IUMSP a également évalué les coûts annuels de mise en oeuvre du dépistage dentaire scolaire.

L'enquête s'est déroulée de deux manières : d'une part, par un questionnaire adressé à l'ensemble des dentistes scolaires du Canton de Vaud (76 répondants sur 95 interrogés, soit un taux de réponse de 80%) ; d'autre part, par des entretiens semi-directifs avec le médecin responsable de l'Unité PSPS et l'Adjoint du Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise.

S'agissant des conditions de travail des médecins-dentistes scolaires, les résultats de l'IUMSP sont les suivants :

- lieu du dépistage : l'école (salle de classe) est le principal lieu où s'effectue le dépistage (40%), puis le cabinet dentaire (32%) ; des dépistages au cabinet et à l'école (14%) ou à la clinique dentaire scolaire (11%) sont moins fréquents.

- type de chaise : 63% des répondants ont déclaré disposer d'une chaise dentaire.
- type de lampe : 68% des répondants ont déclaré disposer d'une lampe scialytique et 14% d'une lampe frontale/orientable.
- équipement : si plus de 95% des dentistes scolaires déclarent disposer d'une sonde ou miroir pour chaque élève, seuls 74% disposent d'installations suffisantes pour le lavage et la désinfection après chaque élève et 60% d'air comprimé (permettant de faire un examen dentaire dans des conditions optimales) ; surtout, seuls 38% des dentistes scolaires disposent de dossiers individuels permettant de suivre chaque élève pendant sa scolarité.

A noter aussi que, parmi les dentistes scolaires qui dépistent directement dans les écoles, seuls 38% ont déclaré disposer d'une chaise dentaire et d'une lampe scialytique sur place.

- durée du dépistage : la durée moyenne est estimée à 2 minutes, mais elle peut varier considérablement selon les besoins individuels.
- taux de satisfaction : 89% des dentistes scolaires s'estiment satisfaits de leurs conditions de travail dans le cadre du dépistage dentaire scolaire (51% tout à fait satisfaits et 38% plutôt satisfaits). Il convient de relever que toutes les personnes insatisfaites effectuent le dépistage à l'école, et cela sans lampe scialytique et sans chaise dentaire.

Malgré un taux de satisfaction plutôt élevé, les dentistes scolaires évoquent également plusieurs problèmes fréquemment rencontrés dans le cadre du dépistage scolaire, extrait du rapport de l'IUMSP :

- obstacles liés aux parents d'élèves
- confusion entre dépistage et contrôle
- manque de collaboration de certains parents
- obstacles liés à l'organisation des services dentaires à la jeunesse
- travail insuffisant dans le domaine de la prophylaxie
- obstacles liés à l'organisation du dépistage
- absence de suivi
- statistiques non disponibles
- infrastructures insuffisantes
- collaboration parfois difficile avec les enseignants ou les directeurs d'établissement
- manque de temps
- perte de temps en déplacement
- rémunération insuffisante

Quant au coût annuel du dépistage dentaire scolaire, celui-ci a été estimé à 1.6 mios CHF par l'IUMSP, calculé selon un coût moyen de 20,4 CHF par élève, multiplié par une estimation approximative de 80'000 élèves en cours de scolarité obligatoire en 2011. En tenant compte des chiffres de 2014 (87'132 élèves ; source : Stat VD), on obtient une estimation de l'ordre de 1,8 mios CHF.

1.2.3.3 La prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire

Outre le dépistage, les communes mettent en place des mesures préventives en milieu scolaire, principalement des mesures de prophylaxie.

L'éducation à la santé bucco-dentaire à l'école se fait par le biais d'interventions dans les classes visant à enseigner les techniques de brossage des dents, l'anatomie des dents et du parodonte, l'origine des caries et les manières de les prévenir, l'importance du fluor tout comme d'une alimentation équilibrée et peu sucrée, etc.

Le rapport de l'IUMSP de 2013 [31] renseigne sur les conditions dans lesquelles se déroule l'éducation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire (cf. p. 59). Les informations, collectées auprès de l'Association romande des éducatrices en santé bucco-dentaire (ARESB) se résument comme suit :

- type de classes couvertes : sur les neuf éducatrices identifiées comme actives dans le Canton de Vaud, toutes les répondantes visitent des classes enfantines et primaires mais seules cinq sur neuf visitent aussi des classes secondaires ;
- fréquence des visites en classe :
 - *classes enfantines* : la fréquence de passage serait d'une à quatre fois par an ; 6 éducatrices sur 9 visitent les classes deux fois par an ou plus.
 - *classes primaires* : la fréquence de passage serait d'une à quatre fois par an mais seules 3 éducatrices sur 9 passent dans les classes deux fois par an ou plus.
 - *classes secondaires* : pas d'information à ce sujet.
- établissements scolaires couverts : l'IUMSP a identifié 31 établissements où se tiennent des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire, ces 31 établissements recrutant leurs élèves dans 85 des 326 communes vaudoises.

Au total, 36% des établissements publics de scolarité obligatoire seraient couverts en termes de prophylaxie bucco-dentaire. Cette estimation doit toutefois s'entendre "à minima" vu la non-exhaustivité de la liste des répondant-e-s et le fait qu'il n'est pas tenu compte, dans cette étude, des séances de prophylaxie données par d'autres intervenant-e-s.

1.2.4 Situation d'autres cantons

Les mesures visant à promouvoir la santé bucco-dentaire pour les enfants, en particulier dans le cadre de la médecine dentaire scolaire, sont régies de manière cantonale par des lois, des ordonnances et des décrets spécifiques soit sous forme de dispositions contraignantes ou de dispositions cadres qui en délèguent l'exécution aux communes, respectivement à leurs autorités scolaires ou à leurs services de soins dentaires scolaires.

La SSO édicte des recommandations contenues dans un Vade-mecum pour les soins dentaires scolaires.[32]

Ces recommandations servent de guide aux autorités communales pour la mise en œuvre de la législation concernée. Le Vade-mecum est constitué d'extraits du Guide pour les soins dentaires scolaires publié par la SSO. Il présente et décrit en détail toutes les bases déterminantes pour les soins dentaires scolaires.

Les coûts incombant aux communes sont variables en fonction de leur propre législation et peuvent comprendre :

- Les coûts de la prophylaxie à l'école
- Les coûts liés au dépistage
- Les contributions communales pour le traitement des caries
- Les contributions communales pour les traitements orthodontiques

Les dispositifs en vigueur dans les cantons de Genève, du Valais, de Fribourg, du Jura et de Zürich sont brièvement exposés ci-après.

1.2.4.1 Canton du Valais [33]

L'association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse se charge de la gestion des soins dentaires scolaires, du dépistage et de la prophylaxie. Elle est mandatée par l'Etat. C'est un organisme privé d'utilité publique qui prend en charge tous les enfants de la naissance jusqu'au 31 décembre de leur 16 ans.

Le système valaisan subventionne à hauteur de 40% les soins dentaires des enfants (de la naissance à l'âge de 16 ans), indépendamment du revenu des parents. Les coûts de subventionnement sont à la charge des communes. La prise en charge concerne les soins dentaires courants et l'orthodontie (selon des critères préétablis). Le tarif du point SSO appliqué est de CHF 3,10 pour les dentistes privés conventionnés et CHF 2,90 pour les soins réalisés dans les cliniques de l'association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse. Le médecin-dentiste facture les prestations réalisées directement à l'association valaisanne la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse qui lui règle ses honoraires. L'association se charge de refacturer les soins aux parents avec l'abattement de 40% déduit et de facturer aux communes la part relevant de leur subventionnement.

Tous les élèves scolarisés sont dépistés et bénéficient du programme de prophylaxie (instruction dans les classes deux fois par années jusqu'en quatrième primaire puis une fois par an).

Concernant la réalisation des traitements dentaires, les parents ont le choix de faire soigner leurs enfants dans une clinique dentaire de l'association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse ou chez un dentiste privé qui est conventionné (excepté pour l'orthodontie à Sion qui doit être réalisée à la clinique dentaire de l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse).

En 2015, 20'116 enfants en Valais ont bénéficié de soins dentaires de pédodontie (soins dentaires courants) pour un montant à charge des communes de CHF 1'928'500 pour un montant total facturé de CHF 4'827'840, soit un montant annuel moyen de CHF 240 par enfant traité, dont CHF 96 à charge des communes. Concernant l'orthodontie, 7'126 enfants ont été traités. Le montant moyen annuel de traitement par enfant s'élève à CHF 1'367 dont 547 à charge de la commune de domicile (montant total CHF 9'741'242 dont 3'893'900 à charge des communes pour le subventionnement de 40% légal).

Pour les soins dentaires de pédodontie, une augmentation de 14% des cas est relevée entre 2012 et 2015 pour une évolution de + 43% des coûts.

1.2.4.2 Canton de Genève [34]

Les bases réglementaires régissant la médecine dentaire scolaire se retrouvent à l'art 71 du règlement de l'enseignement primaire du 7 juillet 1993. Le système est centralisé et le Service dentaire scolaire (placé sous la responsabilité du Département de l'instruction publique, de la culture et du sport, office de l'enfance et de la jeunesse) qui s'occupe de l'ensemble des écoles du canton. Tous les élèves des écoles enfantines et primaires publiques (4 à 12 ans) bénéficient chaque année d'un contrôle dentaire gratuit (à la demande dans le cadre des écoles privées). Ces contrôles, pratiqués par des médecins-dentistes au service dentaire scolaire (SDS), se déroulent pendant les horaires scolaires, dans les classes ou dans les cabinets dentaires de la clinique. Les parents reçoivent par courrier le résultat de ce contrôle. Si une affection ou un risque de carie est détecté, ils sont invités à consulter le médecin-dentiste de la famille ou la Clinique dentaire de la jeunesse du quartier. Des visites sont également effectuées dans les écoles privées, sur demande. Chaque année, plus de 31'000 enfants bénéficient de ces contrôles gratuits. Un contrôle dentaire gratuit de fin de scolarité obligatoire est offert à tous les élèves de 11e (cycle d'orientation et classe spécialisée). Les parents de ces élèves reçoivent un "bon pour un contrôle gratuit" valable auprès des médecins-dentistes AMDG de la ville (SSO-Genève) et dans les Cliniques dentaires de la jeunesse.

Les soins de caries, de chirurgie et d'orthodontie réalisés dans le cadre du SDS sont payants. Un financement des prestations sous condition de ressources et en fonction d'un barème est possible. Le barème cantonal est fixé par le Conseil d'Etat. Cette aide intervient uniquement lorsque les enfants sont traités dans le cadre du SDS. Il comprend 18 centres de soins (12 cabinets fixes, 2 unités mobiles, 1 cabinet hospitalier et 1 cabinet intégré à un home).

En 2011, les coûts liés à la prise en charge des soins dentaires de pédodontie (hors orthodontie) se sont élevés à CHF 2'757'300 pour 9'300 enfants (traitement moyen de 296 CHF annuel par enfant) pour un montant subventionné total de CHF 1'254'100.

Les frais liés à l'orthodontie à la même période s'élevaient à 2'292'000 pour 1'200 enfants traités (CHF 1910 moyen annuel par enfant traité) dont CHF 1'478'700 subventionnés.

1.2.4.3 Canton de Fribourg

La nouvelle loi sur la médecine dentaire scolaire (LMDS) du 19 décembre 2014 est entrée en vigueur le 1^{er} août 2016. Elle s'applique aux enfants et aux jeunes domiciliés dans le Canton de Fribourg en âge de scolarité obligatoire ou qui fréquentent les établissements de la scolarité obligatoire. Elle définit notamment la répartition des compétences entre l'Etat et les communes dans le cadre de la médecine dentaire scolaire.

En termes de prophylaxie, l'Etat organise les mesures de prophylaxie et peut mettre sur pied des campagnes de prévention en faveur des enfants en âge préscolaire et des jeunes au-delà de l'âge de scolarité obligatoire. Les communes sont libres de dispenser, à leurs frais, un enseignement de la prophylaxie au sein de leurs établissements scolaires.

Concernant les contrôles dentaires, les communes assurent les contrôles et les soins obligatoires en créant leur propre service dentaire scolaire ou en concluant une convention avec un ou une médecin-dentiste. Le coût est à charge des représentants légaux qui ont l'obligation de faire contrôler les dents des élèves au moins une fois par année et de faire exécuter les soins indiqués. Sous condition de revenu, les communes participent aux coûts des contrôles et des soins en faveur des élèves qui se trouvent dans une situation économique modeste. Les conditions, le montant et les modalités de versement de cette participation sont fixés dans un règlement communal de portée générale.

Le subventionnement porte sur les soins de pédodontie mais les communes peuvent participer aux coûts des traitements orthodontiques si elles le souhaitent.

La valeur de point tarifaire acceptée est de CHF 3,50. En 2013, dans le message du Conseil d'Etat au Grand Conseil accompagnant le projet de loi sur la médecine dentaire scolaire (LMDS), le DSAS du Canton de Fribourg faisait état d'un déficit de CHF 299'000 pour la prophylaxie, d'un déficit de CHF 656'000 pour la pédodontie et d'un bénéfice de CHF 181'000 pour l'orthodontie.

1.2.4.4 Canton du Jura [35]

L'Ordonnance du 5 décembre 2000 concernant le service de santé scolaire régit la question des soins dentaires scolaire du Canton du Jura. Le décret concernant le service dentaire scolaire du 13 décembre 2006 règle l'organisation et les prestations du service dentaire scolaire.

Le Service dentaire scolaire s'adresse aux enfants durant leur scolarité. Il offre des mesures prophylactiques, un dépistage annuel effectué par la clinique dentaire scolaire, la possibilité de réaliser des traitements selon un tarif préférentiel (fixé par voie d'arrêté par le Gouvernement) et, sous condition de revenu, propose une aide au financement des soins donnés dès le jour anniversaire de 4 ans et jusqu'au jour précédant le jour anniversaire de 16 ans. Cette aide est versée aux parents dont le revenu déterminant unique (RDU) (revenu fiscal modéré selon la charge familiale) ne dépasse pas 60'000 francs et ne peut porter que sur la moitié du montant total des frais. La valeur de point tarifaire pratiquée dans le cadre du service dentaire scolaire du Canton du Jura est de CHF 3,10.

1.2.4.5 Canton de Zürich [36]

Les soins dentaires sont subventionnés selon le point 9.2 de l'ordonnance du 15 novembre 1965 "Verordnung über die Schul-und Volkszahnpflege (VSVZ) 8" dans le Canton de Zurich.

Ce subventionnement est dépendant du revenu. Dans plusieurs communes, le fait d'être au bénéfice d'un subside pour le paiement des primes LAMal détermine la possibilité d'accéder à une aide. Le subventionnement est dépendant de chaque commune qui peut décider du barème à appliquer. Ce sont principalement les soins conservateurs (pédodontie) qui sont pris en charge. Certaines communes participent pour une partie des soins orthodontiques subsidiairement aux assurances maladie complémentaires. Il n'y a pas de données chiffrées disponibles concernant le subventionnement des soins dentaires dans le Canton de Zurich.

Le Canton de Zurich est souvent cité comme référence sur le thème de la prophylaxie. 150 monitrices sont actives dans le Canton de Zurich. Elles effectuent des visites 4x/an dans les écoles primaires. Elles dispensent des cours de prévention et réalisent des applications de laque fluorés sur les dents des enfants. Le discours des monitrices en prophylaxie dentaire a évolué au cours des années et s'oriente également maintenant vers la prévention de l'obésité. Des brochures de prévention sont traduites en 11 langues dans le Canton de Zurich afin que la barrière linguistique ne soit pas un frein à la compréhension du message.

Le dépistage dentaire a lieu 1x/an et la tâche est de plus en plus transférée aux médecin-dentistes privés. Dans certaines communes, les parents reçoivent un bon pour un contrôle d'une valeur de CHF 65 à faire valoir auprès d'un dentiste privé qui remplace le dépistage dentaire scolaire.

1.3 Prise en charge des frais dentaires dans les assurances et les régimes sociaux

Concernant la prise en charge financière des traitements dentaires, ce sont en premier lieu les patients eux-mêmes qui assument aujourd'hui l'essentiel des coûts avec près de 90% pris à leur charge (cf. 1.2.1).

S'agissant des assurances sociales et des régimes sociaux en vigueur, outre les assurances complémentaires privées (LCA), différents dispositifs de prise en charge financière sont possibles dans le cadre des assurances sociales fédérales (LAMal, LAA, LAI, PC AVS-AI), au niveau des

régimes sociaux cantonaux (RI, PC Familles et rentes-pont) voire au niveau communal (subventions). Dans le Canton de Vaud, il existe en outre quelques initiatives privées complémentaires. Ces différentes mesures sont brièvement passées en revue dans les sections ci-après.

La prise en charge financière dans le cadre des assurances sociales fédérales (assurance obligatoire des soins LAMal, assurance accident LAA, assurance invalidité AI et prestations complémentaires AVS/AI) est prévue comme suit :

1.3.1 Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)

La prise en charge de soins dentaires dans le cadre de l'assurance maladie est très rare, les interventions étant limitées à une liste préétablie d'affections spécifiques [37].

Dans le cadre de l'assurance-maladie de base, seuls sont remboursés les soins occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou si les soins sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 LAMal). La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins est exhaustive et les affections sont énumérées aux articles 17 à 19 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS, RS 832.112.31).

1.3.2 Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)

Les pathologies dentaires consécutives à un accident sont prises en charge dans le cadre de la LAA (Loi fédérale sur l'assurance-accidents) ou dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire avec couverture accident pour les personnes qui ne sont pas assurées par la LAA.

1.3.3 Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)

Dans le domaine de la médecine dentaire, l'AI prend essentiellement en charge les frais liés aux infirmités congénitales, c'est-à-dire celles qui remplissent les conditions énumérées aux chiffres 201 à 218 de l'annexe de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC, RS 831.232.21). Le droit à cette prise en charge s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa vingtième année. Au-delà, les frais de traitement sont pris en charge par l'assurance-maladie, dans la mesure où l'infirmité en question répond aux exigences de l'art. 19a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Dans son rapport, l'IUMSP estimait qu'en 2012, le coût total à charge de l'AI pour les infirmités présent en charge dans le cadre des codes 205 à 210, concernant spécifiquement les soins dentaires, s'élevait à près de 6 millions CHF pour près de 2'600 bénéficiaires âgés entre 0 et 19 ans. Relevons qu'il s'agit de cas complexes nécessitant souvent des soins pluridisciplinaires pouvant comprendre des interventions de chirurgie maxillo-faciale.

1.3.4 Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC)

Les prestations complémentaires (PC) sont une aide financière non remboursable destinée à assurer le minimum vital aux rentiers AVS et AI ne disposant pas d'un revenu suffisant. Les PC AVS/AI qui connaissent des prestations complémentaires dites Remboursements des frais de maladie (RFM), couvrent les frais de maladie, pour les dépenses de santé non remboursées par l'assurance-maladie de base et reconnues par les PC, y compris les frais de traitement dentaire, jusqu'à Fr. 25'000.- pour les personnes seules et 50'000 CHF pour les couples, ce pour les personnes vivant à domicile, et jusqu'à 6'000 CHF pour les personnes en home ou hôpital (art. 14 loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, art. 3, al. 1, let. f. LVPC, art. 17 du règlement d'application du 9 janvier 2008).

Les frais dentaires et les prothèses en-dessous de 500 CHF sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel cantonal des prestations admises, sans devis agréé par le Médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise, celles dépassant ce montant nécessitent une validation par cette instance.

En 2015, les remboursements des frais de traitement dentaires aux bénéficiaires des PC AVS/AI (hors orthodontie, toutes catégories d'âges confondues) se sont élevés à 11'527'253 CHF (source : Caisse cantonale vaudoise de compensation, 2015).

1.3.5 Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Sur la base de la loi fédérale sur les assurances privées (LCA), les assureurs maladie offrent des assurances dentaires privées, à charge de l'assuré qui paie une prime. L'assurance pour soins dentaires prend en charge les coûts non couverts par l'assurance de base et protège des conséquences financières liées aux interventions dentaires. Elle contribue financièrement, selon les modèles proposés par les assureurs, aux frais de traitements (examens, hygiène dentaire, radiographies, obturations de caries), d'orthodontie et/ou aux prothèses dentaires (couronnes, dents à pivot).

Dans le cadre des assurances complémentaires privées, une attestation médicale confirmant la bonne santé bucco-dentaire de l'enfant est souvent demandée avant d'accepter un nouvel assuré. Si l'état des dents n'est pas bon, l'assureur attendra l'obtention d'un certificat d'un médecin-dentiste qui attestera que les dents malades ont été traitées, réparées ou extraites. En outre, il peut aussi y avoir des délais d'attente de 6 mois à une année selon les variantes. Néanmoins, les enfants jusque vers 4 ans sont en général acceptés sans conditions.

Le taux de couverture par une assurance dentaire complémentaire est une information difficile à obtenir. Des démarches en ce sens ont été entreprises auprès de plusieurs instances (Office fédéral de la statistique ; autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA ; l'association d'assureurs Curafutura ; OVAM ; SSO-Vaud). C'est la raison pour laquelle le DSAS a décidé de commander une enquête réalisée par M.I.S Trend en août 2016 [38].

Cette enquête téléphonique a relevé un taux de couverture pour les soins de caries de 45% parmi les enfants de 0-18 ans du Canton de Vaud (60% de couverture pour les moins de 10 ans, 41% pour les 11-15 ans, 32% pour les 16-18 ans). L'érosion du taux de couverture se poursuit ensuite à l'âge adulte, puisqu'il s'élève à 12% de la population adulte interrogée.

La couverture par une assurance complémentaire couvrant les soins d'orthodontie s'élève, quant à elle, à 67% des enfants de 0-18 ans du canton (avec toutefois une légère surreprésentation des foyers plus aisés).

Lorsqu'aucune assurance n'avait été conclue, la question financière était la raison la plus fréquemment invoquée.

Pour le surplus, les parties suivantes décrivent les prises en charge financières possibles dans le cadre des régimes sociaux cantonaux (Revenu d'insertion, prestations complémentaires pour les familles et rente-pont) et les autres mesures existantes dans le cadre d'une prise en charge par le biais du Service de la protection de la jeunesse (SPJ) ou de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM).

1.3.6 Loi cantonale sur l'action sociale vaudoise (LASV)

Le Revenu d'insertion (RI) couvre les frais de santé hors la prestation financière forfaitaire, y compris les frais dentaires (art. 33 de la loi sur l'action sociale vaudoise du 2 décembre 2003 et art. 22, al. 2, let. c) du règlement d'application du 26 octobre 2005). Selon les normes du RI, chiffre 2.3.4.10, les frais dentaires et les prothèses en dessous de 500 CHF sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel cantonal des prestations admises, sans devis agréé par le Médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise, celles dépassant ce montant nécessitent une validation par cette instance.

En 2015, les remboursements des frais de traitement dentaires aux bénéficiaires du RI (hors orthodontie, toutes catégories d'âges confondues) se sont élevés à 7'279'283 CHF (source : Caisse cantonale vaudoise de compensation, 2015).

1.3.7 Loi vaudoise sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente pont (LPCFam)

La Loi sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont (LPCFam), entrée en vigueur le 1er octobre 2011, régit les aides financières permettant aux familles d'éviter le recours à l'aide sociale et favorisant le maintien ou l'augmentation de l'activité lucrative. Les PC familles couvrent, pour les membres de la famille bénéficiaire, les frais de maladie, y compris les frais dentaires (art. 33, al. 1, let. a. du règlement d'application du 17 août 2011). Lorsque la demande de PC Familles a été refusée pour excédent de revenu, la couverture s'étend (jusqu'à un montant maximal) aux frais non couverts par le revenu excédant les dépenses reconnues (art. 15, al.3 LPCFam).

Comme pour le RI, ces frais sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel cantonal des prestations admises et soumis à une procédure d'estimation et de validation, selon le montant du devis (500 CHF).

En 2015, les remboursements des frais de traitement dentaires aux bénéficiaires des PC Familles (hors orthodontie, toutes catégories d'âges confondues) se sont élevés à 2'148'998 CHF (source : Caisse cantonale vaudoise de compensation, 2015).

1.3.8 Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM)

L'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) prend en charge, sur demande préalable, les frais de traitement dentaire et les médicaments nécessaires pour soulager la douleur ou conserver la dentition, si aucune prise en charge n'est possible par la LAMal. Les soins dentaires et les prothèses sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel cantonal des prestations admises. En cas de traitement supérieur à 500 CHF, un devis préalable conforme au Référentiel cantonal des prestations admises est soumis pour contrôle/approbation au Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise.

En 2015, l'EVAM a dépensé un montant de 624'449 CHF pour les frais dentaires des 0-20 ans.

1.3.9 Service de protection de la jeunesse (SPJ)

Les jeunes sous la protection du SPJ peuvent, si nécessaire, bénéficier d'une prise en charge financière intégrale leurs soins dentaires. Les soins dentaires et les prothèses sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel cantonal des prestations admises et soumis à un devis préalable, selon le montant des frais.

En 2015, le SPJ a payé 92'275 CHF pour les frais de traitements dentaires des 0-20 ans.

1.3.10 Aides communales

Dans le Canton de Vaud, des aides ou des subventions pour les soins dentaires existent aussi au niveau communal. Toutefois, en l'absence d'une obligation légale en la matière, ces aides n'existent que dans un nombre limité de communes et, lorsqu'elles sont prévues, tant les critères d'octroi que l'étendue des prestations varient très sensiblement.

Dans son rapport de 2013, l'IUMSP fournit les indications suivantes à ce sujet :

De manière générale, sur 322 communes ayant répondu au questionnaire, seules 73 communes prévoient des subsides pour les soins dentaires des jeunes (22,6%) contre 249 communes sans aucun subside (77,4%). A noter que les enfants en cours de scolarité obligatoire résidant dans les 73 communes avec subsides représentent un peu moins de moitié (49%) du nombre total d'enfants scolarisés.

Parmi les 73 communes subsidiant les soins dentaires :

- 47 communes contribuent à un service dentaire scolaire fournissant des soins et gérants un fonds commun par le biais du personnel de l'association intercommunale mais sans barème (point tarifaire subsidié, quel que soit le niveau de revenu des parents).
- 26 communes gèrent les subsides par le biais de leur propre personnel communal :
 - 18 communes utilisent un barème pour l'attribution de leur aide.
 - 8 communes recourent à un taux fixe de participation aux soins (indépendamment donc des revenus des parents).

S'agissant des critères d'attribution des aides communales, si 95% des communes avec subsides les octroient uniquement pour les enfants en scolarité obligatoire, les autres critères d'attribution s'avèrent assez variables d'une commune à l'autre (lieu de résidence communal ou non, prise en compte des revenus des parents ou non, prise en compte de la fortune ou non, franchise et plafond ou non, nombre d'enfants par ménage considéré ou non).

Concernant les soins orthodontiques, 25 communes participent au financement de ce type de soins.

Enfin, l'IUMSP a estimé à environ CHF 400'000.- le montant total des dépenses de subsides communaux pour les soins dentaires des jeunes en 2011. Rapporté à la taille de leur population respective, le montant des aides allouées par enfant résidant s'avère très dispersé puisque l'indice varie entre 0,13 CHF et 37,2 CHF entre les différentes communes concernées.

1.3.11 Action de la Société vaudoise des médecins-dentistes (SVMD)

A l'heure actuelle, les médecin-dentistes de la SSO-Vaud proposent un bon à tous les Vaudois de 16 à 20 ans qui leur donne droit à deux contrôles dentaires (avec radiographies) pour 20 CHF chacun. Le premier contrôle doit avoir lieu entre 16 et 18 ans, le deuxième entre 18 et 20 ans. Ce bon est imprimé sous forme de flyers distribués principalement aux médecins-dentistes membres de la SSO-Vaud. Il est aussi téléchargeable sur le site internet de la SSO-Vaud.

1.3.12 Autres fonds et actions associatives

Enfin, dans le Canton de Vaud, il existe quelques dispositifs proposant des aides ponctuelles pour des personnes en difficulté sans pour autant répondre aux critères du RI ou des autres dispositifs décrits ci-dessus.

A ce titre, on peut citer le Fonds cantonal pour la famille (128'280 CHF alloués pour des aides aux frais dentaires en 2010, adultes et enfants confondus) mais aussi diverses instances telles que Fonds Mimosa de la Croix-Rouge, Fonds de prestations d'aide aux personnes handicapées (PAH), Terre des

Hommes, Pro Juventute, Fondation Gialdini, Centre Social Protestant, Caritas, Chaîne du bonheur, 700ème, Fondation la Solidarité, etc.

A Lausanne, l'association "Point d'eau" permet à des personnes vivant dans la précarité de recevoir des traitements dentaires pour un montant forfaitaire de CHF 40.-/traitement et de 20 CHF pour un détartrage. Les médecins-dentistes et les hygiénistes dentaires sont des bénévoles. Le "Point d'eau" fait face à une demande qui ne cesse d'augmenter et reçoit notamment des appels de toute la Suisse qui doivent être refusés au profit de la population vaudoise. Selon les propres termes de l'association, cette situation reflète principalement "*une incapacité pour de nombreuses personnes à faire face aux tarifs des soins dentaires élevés au vu de la précarité*" [39] s'agissant de personnes qui ne bénéficient pas d'aide sociale pour ces soins.

1.3.13 Synthèse des aides financières existant dans le Canton de Vaud

Le schéma ci-après, extrait du rapport de l'IUMSP de 2013, synthétise les différents types d'aides financières existant dans le Canton de Vaud pour les enfants et les jeunes Vaudois jusqu'à 18 ans.

Pour l'année 2011, l'IUMSP estimait le montant des subsides aux soins dentaires pour les enfants et les jeunes à env. 1.5 mios CHF (toutes aides confondues), principalement par le biais des régimes sociaux cantonaux.

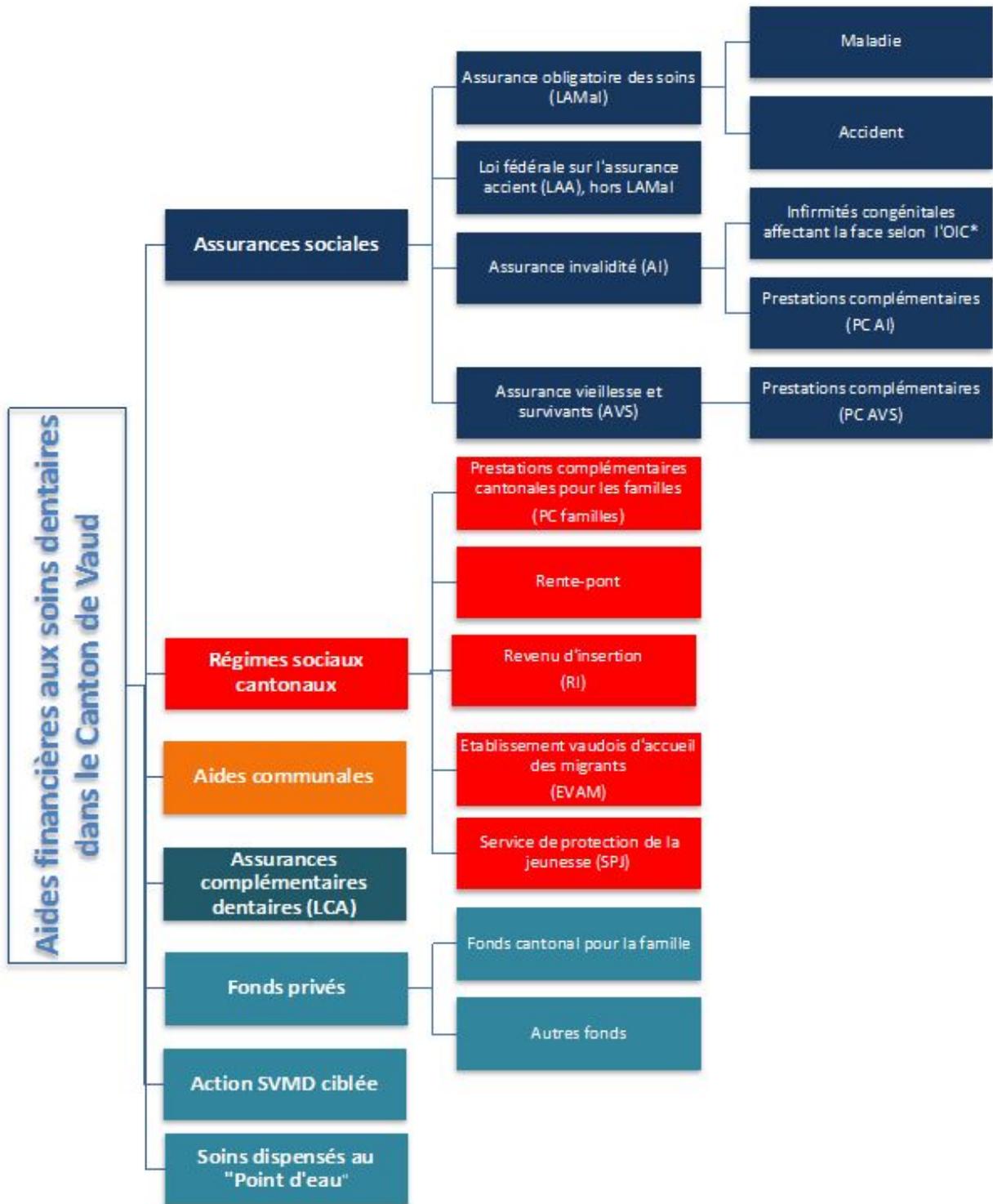
D'après des données plus récentes et plus complètes collectées auprès de la CCVD pour l'année 2015 (voir tableau ci-dessous), les trois régimes sociaux cantonaux ont fourni des remboursements de frais de traitements dentaires à hauteur de 1,87 mios CHF pour les enfants et les jeunes jusqu'à 20 ans, 13 mios CHF pour les personnes entre 20 et 64 ans et un peu plus de 6 mios CHF pour les 65 ans et plus. Au total, l'Etat fournit une aide financière annuelle d'env. 21 mios CHF aux bénéficiaires des PC AVS/AI, des PC familles ou du RI.

A cela s'ajoutent les montants payés pour les bénéficiaires de l'EVAM (624'448 CHF pour les moins de 20 ans) et pour les jeunes pris en charge par le SPJ (92'775 CHF).

Figure 4 : frais de traitement dentaires remboursés en 2015 (PC AVS/AI, PC Familles, RI)

	0-19 ans	20-64 ans	65 ans et plus	Total par régime
PC AVS/AI	321'123.20.-	5'152'605.60.-	6'053'524.70.-	11'527'253.40.-
PC Familles	666'175.45.-	1'482'823.10.-	0.-	2'148'998.45.-
RI	889'790.75.-	6'371'028.30.-	18'463.65.-	7'279'282.70.-
Total par catégorie d'âge	1'877'089.40.-	13'006'457.-	6'071'988.25.-	20'955'534.60.-

Figure 5 : synthèse des aides financières dans le Canton de Vaud (IUMSP 2013)



1.4 Adéquation du dispositif vaudois actuel et recommandations de l'IUMSP (2013)

Le rapport de l'IUMSP (2013) devait permettre de répondre à la question soulevée par les interventions parlementaires au Grand Conseil concernant l'équité d'accès aux soins dentaires pour les jeunes, et plus largement concernant l'adéquation de l'offre actuelle de services dentaires en matière de prévention, de dépistage, de soins et d'aides financières par rapport aux besoins de cette population. Ci-après, les lacunes identifiées dans le dispositif actuel sont présentées ainsi que les recommandations de l'IUMSP afférentes aux problèmes soulevés.

1.4.1 Un dépistage dentaire scolaire questionné à redimensionner

L'enquête a permis constater que 40% des dentistes scolaires réalisent le dépistage exclusivement à l'école et les autres le réalisent au moins en partie au cabinet. Parmi les dentistes scolaires qui dépistent directement dans les écoles, seuls 38% ont déclaré disposer d'une chaise dentaire et d'une lampe scialytique sur place.

Fondamentalement, la pertinence du programme de dépistage dentaire scolaire tel que pratiqué actuellement est fortement remise en question.

En effet, un certain nombre de doutes sont exprimés par les médecins scolaires sur l'utilité et l'efficacité du dépistage dans les conditions actuelles, principalement en raison d'une infrastructure insuffisante, de l'absence de dossiers dentaires individuels et de la confusion chez certains parents entre dépistage et contrôle conduisant à renoncer à la visite préventive annuelle pourtant recommandée pour tous les enfants. Or l'examen de dépistage ne saurait remplacer une visite de contrôle au cabinet du dentiste.

En outre, les conditions de réalisation du dépistage varient fortement d'un établissement scolaire à l'autre. Des frustrations sont exprimées face aux cas d'enfants se présentant d'année en année avec les mêmes caries non soignées. Pour ces cas, le dépistage n'a du sens que si un examen positif est suivi du traitement approprié. Malheureusement, les enfants détectés les plus à risque se trouvent souvent dans des situations sociales complexes pour lesquelles le dépistage seul n'offre pas de solution.

Par ailleurs, bien que le dépistage soit gratuit, les barrières financière, culturelle et éducationnelle à l'accès aux soins demeurent pour certains parents et peuvent être une cause de renoncement ou de délais dans la réalisation des soins.

Pour toutes ces raisons, l'IUMSP dans son rapport de 2013 a exprimé des doutes sérieux sur l'efficacité du programme actuellement pratiqué et a recommandé d'explorer la piste d'un remplacement de l'examen de dépistage par une visite annuelle au cabinet dentaire, à l'instar de ce qui se pratique dans certaines communes du Canton de Zürich où les parents reçoivent un bon pour un contrôle dentaire annuel auprès du dentiste de leur choix et cela pendant toute la scolarité obligatoire. Une telle mesure permettrait notamment d'éviter les problèmes décrits ci-dessus et permettrait de rendre accessible des examens bucco-dentaires réguliers et de qualité à l'ensemble des enfants.

1.4.2 Une prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire limitée à harmoniser

S'agissant de la prévention primaire, bien qu'inscrite dans le règlement PSPS et incombant normalement aux communes, l'offre d'éducation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire s'avère actuellement limitée à la scolarité obligatoire et disponible dans un nombre trop restreint des communes vaudoises. Les autres mesures de prévention primaire telles que la consommation de sel fluoré, l'utilisation de topiques fluorés (dentifrices, gels, laques) et le scellement de sillons sont à la charge des parents.

Dès lors, l'IUMSP a recommandé une harmonisation des pratiques à l'échelle du Canton tout en visant une adaptation du contenu de l'éducation à la santé dentaire aux besoins spécifiques de la population.

Des mesures de promotion de la santé bucco-dentaire efficaces nécessitent une approche ciblée et suffisamment précoce sur les populations à risque.

La prophylaxie devrait ainsi être orientée vers les enfants dès l'âge préscolaire, ce qui permettrait également de détecter et dépister les enfants à risque le plus tôt possible.

1.4.3 Des aides financières disparates et insuffisantes à réviser

Concernant les aides financières existantes pour les soins dentaires des enfants et des jeunes sur le plan cantonal et communal (et donc hors assurances sociales fédérales et assurances privées), les montants annuels se montent à un peu plus de 2 millions CHF et sont principalement octroyés par le biais des régimes sociaux cantonaux (1.8 millions CHF en 2015) et des aides communales lorsqu'elles existent (estimées à env. 400'000 CHF en 2011).

S'agissant des aides communales, le dispositif actuel semble peu adéquat d'un point de vue de l'équité d'accès au vu des disparités géographiques importantes qui ont été constatées. Seules 23% des communes représentant 49% des enfants scolarisés prévoient des subsides, et cela selon des critères d'éligibilité et des prestations variables. Le taux de couverture passe même de 49% à 11% pour les enfants de 0 à 4 ans et de 15 à 19 ans. L'offre de subsides est donc limitée à une minorité des communes, elle varie fortement et s'avère moins développée dans les régions rurales que dans les agglomérations urbaines.

L'inégalité de couverture financière des soins dentaires par les communes est particulièrement saillante pour les groupes les plus à risque de la population, à savoir les enfants dont le statut socio-économique des parents expose à des risques de précarité ou de renoncement aux soins dentaires : "*entre 30 et 50% des familles se trouvant dans ces situations ont droit à une aide communale pour les soins dentaires de leurs enfants. Ces aides correspondent à des taux de participation aux frais dentaires variables selon les communes et les situations considérées, mais oscillant entre 25 et 33%*" précisait le rapport IUMSP 2013. Pour ces groupes, la politique de subside en vigueur s'avère insuffisante et ne semble pas de nature à réduire la barrière économique dans l'accès aux soins.

L'IUMSP signale aussi que les montants insuffisants des aides offertes peuvent permettre d'expliquer en partie pourquoi des enfants à bouches multi-cariées, malgré des dépistages scolaires positifs, ne reçoivent pas les soins nécessaires. D'autres facteurs entrent toutefois en ligne de compte, tels que la barrière linguistique avec certains parents, des différences culturelles en termes de comportement de recherche de soins, une difficulté à obtenir des informations précises et fiables sur les ressources financières réelles de certaines familles et un manque d'information donnés aux parents.

1.4.4 Synthèse des recommandations de l'IUMSP

Tenant compte des lacunes constatées, l'IUMSP a recommandé au DSAS pistes d'action et de mesures pour améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes habitant-e-s du Canton de Vaud :

1. renforcement de la prévention précoce en organisant la promotion de la santé bucco-dentaire dès la période prénatale et les premiers mois de vie de l'enfant :
 - a. information en santé bucco-dentaire auprès des femmes enceintes;
 - b. suivi de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes et des mères ;
 - c. messages de prévention via les pédiatres et infirmières petite enfance ;
 - d. examen dentaire au 12ème mois visant à dépister les enfants à risque ;
 - e. développement de la prévention dans les structures pré-scolaires (crèches, garderies), encouragement de pratiques saines d'hygiène bucco-dentaire (brossage quotidien avec dentifrice fluoré, consommation limitée de produits sucrés, sel fluoré, etc.) ;
 - f. création d'un lien précoce entre l'enfant et un médecin-dentiste pour réduire le risque de caries

et les coûts engendrés ainsi que la "peur" du dentiste.

2. révision des mesures de dépistage et de prophylaxie en milieu scolaire :

- a. maintien de l'école comme canal de communication important pour véhiculer des messages de prévention de la carie dentaire.
- b. harmonisation cantonale de l'éducation à la santé dentaire tout en l'adaptant aux besoins spécifiques de la population et des groupes à risque.
- c. information écrite aux parents, si possible dans leur langue maternelle, rappelant l'importance que chaque enfant ait un médecin-dentiste attitré chez qui sera réalisé un examen dentaire annuel indépendamment du résultat du dépistage.
- d. information aux parents sur les subsides dont ils pourraient bénéficier pour les soins.
- e. exploration du remplacement de l'examen de dépistage par une visite annuelle au cabinet dentaire.

3. amélioration de l'accès aux soins dentaires par les mesures suivantes :

- a. élargissement des subsides aux soins dentaires à des revenus plus élevés et couvrant les jeunes de la naissance à la majorité.
- b. harmonisation des pratiques de subsides à l'échelle cantonale afin de réduire les disparités géographiques dans l'accès aux soins.
- c. élaboration d'une stratégie de communication sur les aides disponibles, sans omettre les familles à bas revenus, les personnes à faible niveau de littératie et les migrants.

1.5 Mise en consultation publique d'un avant-projet de loi (2014)

1.5.1 Observations générales de l'avant-projet

Sur la base des constats et des recommandations de l'IUMSP (2013) et des réflexions complémentaires conduites conjointement par le Secrétariat général du DSAS (SG-DSAS), le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) et le Service de la santé publique (SSP), le DSAS a mis en consultation, à l'été 2014, un avant-projet de loi pour améliorer la santé bucco-dentaire et la prise en charge des soins dentaires des jeunes habitants du Canton de Vaud. Cet avant-projet s'est fondé sur les observations suivantes :

La prévalence de la carie dentaire chez les enfants et adolescents a fortement diminué ces dernières années au niveau de la population globale mais s'accompagne d'une augmentation des inégalités. La détérioration de la santé bucco-dentaire chez les enfants issus de certains groupes à risque aboutit à la nécessité de recourir à des traitements lourds et onéreux sous narcose. Pour les soins dentaires, le dispositif vaudois en vigueur ne donne pas entière satisfaction car :

- Le renoncement aux soins dentaires pour des raisons économiques est une réalité.
- Les subsides annuels aux soins dentaires chez les moins de 18 ans sont estimés 1.5 million de francs par an pour le Canton de Vaud via des aides communales et des aides de l'Etat (RI, PC, EVAM). Or, des disparités géographiques existent pour les subsides communaux aux soins dentaires chez les enfants et adolescents (revenu déterminant le droit à la prestation différent, montant de celle-ci).
- Une comparaison des modèles de subvention cantonale aux soins dentaires entre les cantons de Genève, Fribourg et Valais, ainsi que les vignettes utilisées lors de l'enquête IUMSP auprès des communes permettent d'observer des disparités importantes.
- La densité de médecins-dentistes au bénéfice d'un droit de pratique dans le Canton de Vaud est

stable sur les deux dernières décennies et proche de la moyenne suisse. Avec l'arrivée récente des cliniques, elle se concentre plutôt dans les villes ; ce qui pourrait poser un problème d'accessibilité dans certaines régions.

De plus, les mesures de prévention et de promotion en milieu scolaire nécessitent d'être revues. D'une part, la prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire se fait dans un peu plus d'un tiers des établissements de la scolarité obligatoire et, dès lors, dans un nombre trop restreint de communes. D'autre part, la pertinence du dépistage systématique de la carie en milieu scolaire actuellement en vigueur est fortement questionnée.

Enfin, l'évolution des connaissances concernant les pathologies bucco-dentaires, dont la carie précoce de l'enfance (carie du biberon) et sur l'efficacité des mesures de prévention indique :

- qu'il faut agir très tôt dans la vie de l'enfant (avant la naissance, par le biais de la mère) en terme de prophylaxie ;
- qu'il faut proposer des mesures pour contrecarrer l'influence connue du statut socio-économique sur la survenue de la carie et sur l'accès au traitement ;
- qu'il faut passer d'une logique de dépistage systématique de l'entier de la population à celle de détection/repérage de facteurs de risque carieux pour une intervention précoce.

1.5.2 Stratégies et mesures de l'avant-projet

Fort de ces constats, le DSAS a proposé d'élaborer trois axes stratégiques mis en consultation publique :

1. améliorer la prévention précoce ;
2. rendre plus efficace la communication auprès de populations à haut risque de renoncement aux soins ou de précarité ;
3. réduire la barrière financière qui joue un rôle dans le renoncement aux soins dentaires, cela en facilitant et en rendant homogène dans le canton l'octroi de subsides pour financer les soins dentaires et par la mise en place de procédures simples et claires, permettant un accès aisé aux services concernés.

A l'occasion de la consultation publique de 2014, le DSAS a également consulté les acteurs concernés sur toute une série de mesures visant à concrétiser ces stratégies et élaborées en concertation étroite avec les milieux professionnels concernés (Unité de promotion de la santé et prévention de milieu scolaire de l'AVASAD, Société vaudoise des médecins-dentistes, Policlinique médicale universitaire).

Ces mesures s'inscrivent dans une optique plus générale de trajectoire de vie se déclinant par des actions de prophylaxie (prévention universelle), de contrôle dentaire (prévention sélective) et de soutien à un accès au traitement (prévention sur indication) coordonnées entre l'Etat, les communes et divers corps professionnels (gynécologues, pédiatres, médecins dentistes, hygiénistes dentaires, assistantes dentaires en prophylaxie, infirmières de petite enfance, sages-femmes, infirmières scolaires).

Parmi les principales mesures présentées lors de la consultation, on peut citer :

- Le redimensionnement du dépistage systématique en milieu scolaire par une visite de contrôle au cabinet d'un médecin-dentiste agréé à 4, 6, 10, 14 et 16 ans et maintien de la prévention universelle générale à 8 et 12 ans.

- La transmission à chaque femme enceinte d'information sur la santé bucco-dentaire par son médecin traitant (gynécologue) et un bon pour un contrôle dentaire chez un MD agréé de son choix.
- L'intégration des pédiatres au dispositif pour accompagner l'information aux parents et procéder à un examen buccal sommaire entre 12 et 18 mois visant à dépister les situations à risque élevé (carie du biberon).
- La transmission à divers âges des enfants aux parents d'information sur la santé bucco-dentaire par divers canaux comme les infirmières de petite enfance ou les éducatrices de la petite enfance en crèches et garderies. Les professionnels de la santé et les adultes en charge des enfants en âge pré-scolaire dans leurs lieux de vie (crèches, garderies) sont adéquatement formés (mise à jour des connaissances). Une approche de sélection des personnes à haut risque carieux est retenue.
- L'identification des personnes à haut risque carieux par des personnes-ressources au sein de certaines communautés, notamment en recourant à la médiation culturelle, et à l'accompagnement des familles concernées. Un contrôle de la santé bucco-dentaire d'entourage est mené pour toute personne à haut risque carieux confirmé (comme pour certaines maladies transmissibles).
- La prise en charge financière des prestations dentaires sous conditions de ressources : afin d'éviter que les ressources financières des familles empêchent l'accès aux soins, il est proposé d'aider les familles qui sont d'ores et déjà considérées comme de condition modeste (puisqu'elles sont au bénéfice d'un subside pour le paiement de leurs primes d'assurance maladie) en leur allouant une aide pour le paiement de leurs factures de leurs frais dentaires.

1.5.3 Aspects légaux et financiers de l'avant-projet

En 2014, le DSAS a mis en consultation deux modifications de la législation cantonale allant dans le sens des axes stratégiques et des mesures décrites ci-dessus. L'avant-projet proposait de modifier partiellement la loi sur la santé publique (LSP) ainsi que la loi vaudoise d'application de la loi sur l'assurance maladie (LVLAMal). Pour mémoire, les modifications alors proposées sont placées en annexe du présent EMPL.

A l'époque, un premier chiffrage approximatif des conséquences financières avait été fournie, estimant le coût global de cet avant-projet à environ 13 millions (frais de gestion non compris), à répartir entre le canton et les communes.

1.5.4 Résultats de la consultation

Le 5 juin 2014, le Conseil d'Etat a autorisé le DSAS à procéder à la mise en consultation dudit avant-projet.

Un large ensemble d'organismes a été invité à répondre à cette consultation, à savoir l'ensemble des partis politiques et leurs sections "jeunes", les syndicats, de nombreuses associations, les communes avec un service dentaire scolaire (Lausanne, Echallens, Morges, Montreux, Nyon, Renens, Vevey, Prilly, Yverdon-les-Bains) ainsi que les Départements de l'administration cantonale vaudoise et le Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes.

La documentation, la liste des organismes et des institutions consultés et la liste des questions posées figurent en annexe du présent EMPL.

Le délai de retour de la consultation a été fixé au 18 juillet 2014. Quelques demandes de report de délai ont été ensuite acceptées. Au vu du faible taux de retour constaté à cette date, les partenaires interrogés ont été relancés via un courrier du 18 juillet 2014 et une prolongation du délai de dépôt du questionnaire complété au 8 août 2014. Il a finalement été tenu compte de tous les questionnaires rentrés jusqu'au mardi 12 août 2014.

Sur un total de 66 partenaires consultés, 49 organismes (74%) ont retourné soit le questionnaire complété, soit une prise de position générale au Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) jusqu'au 8 août 2014.

Le questionnaire envoyé comportait 7 questions fermées, assorties de la possibilité d'ajouter des remarques et commentaires. Certains partenaires sanitaires ou partis politiques ont par ailleurs opté pour des prises de position libres.

Au niveau des positions générales, deux orientations se sont dégagées concernant l'avant-projet. Certains organismes ont regretté que l'avant-projet, en visant uniquement les 0-18 ans, ne s'adresse pas à l'ensemble de la population et n'aille pas plus loin dans la réflexion autour des polycliniques dentaires. A contrario, d'autres instances ont exprimé la crainte d'une perte de responsabilisation individuelle, notamment de la part des familles, le soucis de créer des structures lourdes et coûteuses pour faire face aux difficultés des personnes les plus démunies en alourdissant les charges de la classe moyenne ainsi que quelques inquiétudes autour de la mise en œuvre et du contrôle du projet. En revanche, et de manière très large, l'amélioration prévue de la prévention précoce a été saluée avec enthousiasme. Les associations actives sur le terrain ont mis en avant la barrière financière pour l'accès aux soins. Elles ont toutefois précisé leurs craintes vis-à-vis des effets de seuil et des difficultés de mise en application d'un système tel que proposé dans l'avant-projet. Enfin, le volet de financement du dispositif a suscité une opposition des secteurs professionnels.

S'agissant des trois stratégies proposées, les résultats de la consultation indiquent un accueil très largement favorable des organismes consultés (82% d'avis favorables parmi ceux ayant répondu à la consultation et 97,5% si l'on ne tient pas compte des organismes qui ne se sont pas prononcés).

Concernant l'opportunité de considérer l'avant-projet en tant que contre-projet à l'initiative populaire "pour le remboursement des soins dentaires", les avis exprimés indiquent un accueil plutôt défavorable avec 41% d'organismes ayant répondu négativement à cette question contre 28% d'avis favorables. A noter toutefois qu'une part non négligeable d'acteurs ayant répondu à la consultation n'ont pas exprimé d'avis à ce sujet (31%). Du côté du non, on trouve le PLR, le PSV, les Verts, le POP et Solidarités, le PDC mais aussi la CVCI ainsi que la moitié des communes avec service dentaire scolaire. Du côté du oui, on compte l'UDC et les Verts libéraux ainsi que la FPV et la SVMD.

En matière de financement, la consultation montre des avis relativement partagés entre les organismes favorables à un financement par l'Etat uniquement (37%), ceux qui penchent pour un financement par l'Etat et les communes selon une répartition à définir (20%) et les absentions (34%). Un certain nombre d'organismes ont également mis en avant que le système de financement envisagé manquait encore de clarté et d'aboutissement, et qu'il conviendrait de bien le préciser dans le projet final.

Quant à la pertinence du modèle articulant un dépistage à certains âges et une consultation au cabinet dentaire à d'autres moments, la consultation indique un bon niveau d'accord avec 67% des organismes ayant répondu favorablement à cette orientation (dont toutes les communes avec service dentaire scolaire, à l'exception d'une abstention), contre seulement 8% d'acteurs en désaccord. A noter qu'un quart des répondants n'ont pas exprimé de position spécifique à ce sujet.

Le principe d'un test du modèle par un projet-pilote dans deux régions du canton a recueilli un important soutien avec 71% d'avis favorables et une seule opposition. Le reste des répondants n'a pas

donné de réponse à ce sujet ou s'est abstenu de donner une réponse.

L'organisation d'une politique de prophylaxie dès le plus jeune âge (à savoir, avant la naissance et dès l'âge préscolaire) par le biais d'une intégration de l'ensemble des acteurs professionnels concernés (médecins, hygiénistes, médecins-dentistes, infirmières et éducatrices de la petite enfance, accueillantes en milieu familial, etc.) recueille un très large soutien avec plus de 80% d'avis favorables et une seule opposition.

Si le principe d'un carnet de santé bucco-dentaire pour assurer le suivi des mesures de prophylaxie est très largement approuvé par les consultés (86% d'accord, aucune opposition), les avis exprimés sont nettement plus partagés s'agissant de la pertinence de faire du suivi de ce carnet une condition en vue du remboursement par l'Etat des factures des examens ou des traitements dentaires : 37% des répondants approuvent cette mesure alors que 41% s'y opposent.

Enfin, l'objectif de santé publique consistant à se doter des moyens accrus pour les situations à hauts risques carieux et diminuer les soins sous narcose des enfants recueille un large appui avec 80% d'avis favorables et une seule opposition.

En résumé, l'analyse de la consultation montre qu'il existe un niveau de consensus avéré en faveur d'un dispositif et de mesures basées sur les trois stratégies décrites ci-dessus, sur un nouvel objectif de santé publique visant à améliorer les situations de hauts risques carieux et à diminuer les cas d'enfants devant recourir à des soins dentaires lourds sous narcose. Un dispositif de prévention dès avant la naissance de l'enfant et en période préscolaire, le principe d'un suivi par un carnet de santé bucco-dentaire tout comme un nouveau modèle articulant dépistage et visites régulières en cabinet dentaire ont trouvé un accueil favorable.

Les appréciations divergentes portent surtout sur les principes de financement d'un tel dispositif, la pertinence de conditionner le remboursement des examens et des frais de traitement dentaires au suivi effectif des mesures préventives par le biais du carnet de santé bucco-dentaire, tout comme l'opportunité que l'avant-projet mis en consultation fasse office de contre-projet à l'initiative populaire "pour le remboursement des soins dentaires".

1.6 Travaux du CoPil (2014-2016)

1.6.1 Composition du CoPil

Fort de ces constats et dès l'analyse de la consultation terminée à la fin 2014, le DSAS a décidé de poursuivre ses travaux de réflexion et d'élaboration d'un projet de loi allant dans le sens de la stratégie et des pistes de mesure décrites ci-avant.

Pour ce faire, un Comité de pilotage (CoPil) a été institué en 2015, avec pour objectif de terminer les travaux et de finaliser la rédaction du projet de loi. Le CoPil a été placé dès l'été 2015 sous la présidence du SSP par le biais du Médecin cantonal s'agissant prioritairement d'un projet de santé publique. Le CoPil était ainsi composé du Médecin cantonal, du Chef du SASH pour les aspects du projet touchant aux questions d'assurance sociale, du juriste départemental (SG-DSAS) pour toutes les questions juridiques et de plusieurs experts du secteur professionnel concerné : des représentants du comité de la Société vaudoise des médecins-dentistes (SSO-Vaud), le Responsable de l'Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (Unité PSPS, AVASAD) ainsi que les responsables de l'Unité du Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise. A noter que dès août 2015, un chef de projet est venu compléter la structure du projet pour soutenir les dernières phases d'élaboration du projet de loi.

1.6.2 Travaux du CoPil

Entre 2015 et 2016, le CoPil a tenu plus d'une dizaine de séances de travail. Les travaux ont porté sur l'élaboration des aspects suivants du projet de loi :

- objectifs généraux de la présente loi ;
- périmètre des bénéficiaires ;
- contenu des prestations et des mesures à mettre en place dans le domaine de la prévention des examens bucco-dentaires et des aides financières ;
- conditions d'accès et d'éligibilité aux mesures ;
- organisation du dispositif et des prestataires des mesures ;
- coûts des mesures ;
- sources de financement ;
- modifications nécessaires dans d'autres lois cantonales ;
- dispositions transitoires.

Concernant le cercle des bénéficiaires et alors que l'avant-projet de loi portait spécifiquement sur les enfants et les jeunes, les discussions d'experts au sein du CoPil ont souligné la nécessité d'inclure dans le périmètre des bénéficiaires d'autres catégories ciblées de la population en situation de vulnérabilité sur le plan sanitaire et/ou socio-économique, dans la mesure où ces personnes font face à des risques importants de fragilisation de leur santé bucco-dentaire. Ici, il est fait référence aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes aux situations de handicap, dont la santé bucco-dentaire constitue une préoccupation croissante de santé publique au vu de l'état des besoins constatés et des problèmes identifiés dans l'accès aux soins. De plus, il existe aussi une frange de la population adulte dont les niveaux de revenus se situent en-dessus des normes d'éligibilité aux régimes sociaux cantonaux (et donc aux aides financières afférentes pour les soins dentaires) mais néanmoins trop limités pour faire face à des frais dentaires importants, présentant ainsi des risques non-négligeables de renoncement aux soins pour des motifs financiers.

C'est en ce sens que le CoPil a recommandé au DSAS d'inclure au périmètre des bénéficiaires des mesures prévues par le projet de loi les quatre groupes spécifiques suivants :

- personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux (EMS) et les homes non médicalisés ;
- personnes ayant atteint l'âge AVS et suivies par le biais des soins à domicile (OSAD) ;
- personnes en situation de handicap hébergées dans des établissements socio-éducatifs (ESE) ;
- personnes adultes vulnérables de par leur statut socio-économique (niveaux de revenus trop élevés pour les régimes sociaux mais néanmoins trop limités pour subvenir à des soins dentaires importants).

Les motifs justifiant l'intégration de ces catégories ciblées et vulnérables de la population - tout comme les différentes prestations et mesures prévues - sont présentés extensivement dans la partie 2 de l'EMPL. Il en va de même pour les conditions d'accès aux prestations, l'organisation du dispositif et les prestataires des mesures.

Pour le surplus, le CoPil s'est également appuyé sur l'expertise scientifique de l'IUMSP, laquelle a procédé sur mandat du SSP à une estimation des coûts du nouveau dispositif envisagé tout comme à l'évaluation des impacts bénéfiques attendus sur la santé bucco-dentaire des populations visées et les potentiels d'économies envisageables.

2 EXPOSÉ DES MOTIFS RELATIFS AU PROJET D'UNE NOUVELLE LOI SUR LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET DE PRISE EN CHARGE

DES FRAIS DENTAIRES

2.1 Objectifs et contenu général du projet de loi

Le projet d'une nouvelle législation cantonale vise à doter le Canton de Vaud d'une véritable politique publique en matière de santé bucco-dentaire, avec pour but de combler les lacunes identifiées dans le dispositif actuel tout en se basant sur les constats et les dernières données scientifiques disponibles décrites dans la partie 1.

De manière générale, la nouvelle loi s'ancre dans la politique cantonale de santé publique et ses principales tâches que sont la promotion, la prévention, l'information et l'éducation à la santé en général tout comme l'accessibilité, la qualité et la disponibilité des prestations de soins.

Dans son article premier, alinéa 1, la nouvelle loi se donne ainsi pour but :

- a. d'assurer la promotion et la prévention en santé bucco-dentaire ;
- b. de promouvoir et de faciliter l'accès aux examens et la délivrance de soins dentaires, conformément au Référentiel cantonal des prestations admises ;
- c. d'encourager la couverture assécurologique en faveur des enfants ;
- d. de contribuer à la couverture financière des soins dentaires, sous certaines conditions notamment de ressources s'agissant de personnes adultes.

S'agissant des bénéficiaires, la nouvelle loi s'adresse en premier lieu aux enfants et aux jeunes mais également, à l'instar des recommandations émises par le CoPil, à certaines catégories ciblées de la population caractérisée par une situation de vulnérabilité et présentant dès lors des risques plus importants de fragilisation de leur état de santé bucco-dentaire et de leur santé et qualité de vie en général.

Dès lors, dans le domaine de la prévention, la présente loi s'applique aussi aux personnes suivies par une organisation de soins à domicile et ayant atteint l'âge ordinaire du droit à la rente AVS, aux personnes hébergées dans un établissement médico-social (EMS) ou dans un home non médicalisé (HNM) et aux personnes hébergées dans un établissement socio-éducatif (ESE).

Pour toutes les personnes adultes, un remboursement par l'Etat d'une partie des frais de soins dentaires importants pourra intervenir à certaines conditions fixées par la loi.

Tenant compte de ce qui précède, le projet de loi s'inscrit dans le contexte plus général de la réponse du Conseil d'Etat aux interventions parlementaires Dolivo et Hurni d'une part, et, d'autre part, dans le cadre du contre-projet direct de rang constitutionnel élaboré par le Conseil d'Etat s'agissant de l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" déposée en juillet 2014. Sur le plan formel, ces différents objets sont traités dans le cadre de l'EMPD sur la convocation des électeurs concernant l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires".

Par ce projet de loi et le présent EMPL, le Conseil d'Etat propose ainsi au Grand Conseil une traduction législative des axes généraux de politique publique contenus dans le projet d'article constitutionnel faisant office de contre-projet à l'initiative. Le Conseil d'Etat est d'avis que ce projet de loi propose plusieurs solutions pertinentes et des mesures concrètes qui permettront de combler les lacunes identifiées tout comme de répondre aux problèmes du dispositif actuel de prévention et de prise en charge des soins dentaires tels que constatés dans la partie 1 de l'EMPL.

Plus précisément, l'adoption du présent projet de loi se justifie en vue d'atteindre les objectifs suivants :

- diminuer la prévalence de la carie dentaire et le nombre de situations à risque dans les groupes de population identifiés comme tels (enfants, jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, adultes de condition socio-économique modeste) ;

- réduire les disparités d'accès de ces groupes aux mesures de prévention et aux soins dentaires ;
- diminuer le renoncement aux soins dentaires de ces groupes pour des raisons économiques.

Pour atteindre ces objectifs, le dispositif proposé par la loi se fonde sur les trois axes stratégiques suivants :

Détection et prévention précoce : pour prévenir les situations à risque, il convient d'améliorer et de renforcer l'accès aux mesures de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire en développant celles-ci le plus tôt possible, à savoir dès la période de grossesse de la future mère puis lors du parcours pré-scolaire de l'enfant. Agir le plus en amont possible et en ciblant les situations à risque sera bénéfique et permettra d'éviter le développement actuellement observé de bouches multicariées chez certains jeunes enfants. Le même principe de détection et de prévention précoce, de par les nombreux bénéfices induits (santé en général, qualité de vie, évitement des traitements lourds et onéreux), doit s'appliquer et se développer aussi s'agissant des personnes âgées et, des personnes en situation de handicap.

Renforcement des dépistages et des examens tout au long du parcours de vie : dans une approche de détection précoce et de prévention renforcée, il est important d'améliorer le dispositif actuel de contrôle de la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes par l'introduction d'examens dentaires avant l'entrée à l'école obligatoire puis, s'agissant du dépistage annuel existant, par des examens bucco-dentaires complets, réguliers et obligatoires effectués directement au cabinet des médecins-dentistes. De plus, la systématisation d'examens bucco-dentaires à d'autres moments du parcours de vie fait particulièrement sens s'agissant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Amélioration de la continuité entre les examens et les soins dentaires par des aides financières ciblées : pour lutter contre la barrière économique d'accès aux soins et assurer une meilleure continuité entre les examens et les soins dentaires, une extension de la couverture financière des frais de soins dentaires pour les enfants, ainsi que les adultes, y compris les personnes âgées et les personnes en situation de handicap fait particulièrement sens. Le renoncement aux soins dentaires parmi ces groupes spécifiques de la population, notamment lorsque leurs revenus les situent juste en-dessus des normes des régimes sociaux, est une réalité dans le Canton de Vaud à laquelle il convient de répondre par des mesures d'aides financières, sous certaines conditions notamment de ressources et subsidiairement aux assurances et aux régimes sociaux en vigueur. Prévoir un soutien financier fait d'autant plus sens que, d'après une récente étude de l'OFS portant sur la situation de la classe moyenne, environ 25% des personnes appartenant au groupe des revenus moyens inférieurs ont des difficultés à s'acquitter de factures inattendues de l'ordre de 2'500 CHF [40], lesquelles peuvent typiquement consister en des frais de soins dentaires, contre seulement 2.3% pour les revenus élevés.

Concrètement, le nouveau dispositif envisagé dans le cadre de la loi prévoit le déploiement de trois ensembles de mesures, toutes décrites dans les sections suivantes :

1. des mesures de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire (cf. Titre III de la loi) ;
2. des mesures d'examens bucco-dentaires (cf. Titre IV de la loi) ;
3. des mesures d'aide financière pour le remboursement des soins dentaires et une participation aux primes d'assurance dentaire (cf. Titre V de la loi).

Les motifs justifiant ces différentes mesures sont systématiquement exposés ci-après.

Concernant la mise en place des mesures d'examens bucco-dentaires, la mise en œuvre du suivi effectif des examens obligatoires pendant la scolarité implique le recours à une plateforme informatique "Suivi des examens", dont les règles d'usage (traitement et gestion, contenu, consultation et saisies des données, communication, information, protection des données) sont

explicitées dans une partie spécifiquement dédiée aux plateformes informatiques (cf. Titre VII).

De plus, le futur dispositif implique une spécification quant aux compétences et aux responsabilités des différents acteurs impliqués (cf. Titre II de la loi).

De manière générale, une étroite collaboration sera nécessaire entre l'Etat, les communes, les autorités scolaires, les structures d'accueil préscolaire, les structures d'hébergement médico-social et de soins à domicile, les établissements socio-éducatifs, ainsi que les secteurs professionnels concernés, au premier chef les médecins-dentistes mais également les gynécologues, les pédiatres, d'autres médecins de premier recours ainsi que les différents intervenants au sein des structures précitées. Dès lors, le titre II de la loi pourvoit aux principes de base s'agissant de l'organisation envisagée pour les différentes mesures évoquées ci-dessus (Titres III, IV et V de la loi), en particulier le système de conventionnement prévu pour les prestataires de soins dentaires, les médecins-dentistes (cf. articles 7 et 9 de la loi).

Des mesures d'organisation s'avèrent également nécessaires pour la mise en œuvre du futur dispositif des prestations d'aides financières (cf. Titre V de la loi, chapitre II "Organisation"). Concrètement, les autorités d'application de ces mesures seront les organes décisionnels décentralisés au sens de la LPCFam, à savoir les Centres régionaux de décision (CRD). Déjà en charge de l'information, de l'orientation et des décisions pour la perception des PC familles et des rentes-pont, les organes décisionnels décentralisés recevront donc la tâche nouvelle de rendre les décisions de remboursement pour les catégories de bénéficiaires éligibles aux mesures d'aide financière pour les soins dentaires.

La prise en charge des coûts induits par le nouveau dispositif et son financement sont prévus au Titre VI de la loi. Cette section décrit les principes de répartition des coûts entre les différents acteurs (Etat, communes, organismes tiers) ainsi que les sources de financement du dispositif. S'agissant des coûts à charge de l'Etat, ceux-ci seront financés par deux sources distinctes. D'une part, la loi prévoit l'introduction d'une taxe cantonale sur les boissons sucrées, à laquelle seront assujettis les distributeurs qui vendent leurs produits aux acteurs du commerce de détail, d'un montant ne pouvant excéder CHF 0.30 par litre distribué. D'autre part, un relèvement des cotisations à charge des salariés et des indépendants est prévu à hauteur de 0.03% au maximum des salaires et revenus déterminants AVS, cette cotisation étant portée en majoration de la cotisation des salariés et indépendants au régime des PC Familles.

Le projet de loi comporte également des clauses concernant l'évaluation et la surveillance du dispositif (cf. Titre VIII), qui prévoit une évaluation des effets de la présente loi 5 ans après son entrée en vigueur par une instance externe désignée par le département.

De plus, le projet de loi prévoit quelques dispositions transitoires importantes (cf. Titre IX).

Premièrement, les communes ou groupements de communes ayant organisé un service dentaire scolaire bénéficieront d'un délai de 2 ans pour l'adapter aux nouvelles exigences de la loi.

Deuxièmement, les communes devront provisoirement maintenir la mesure de dépistage général des élèves à deux moments durant la scolarité obligatoire (un dépistage entre 6 et 8 ans et un second entre 12 et 14 ans), cela parallèlement au déploiement progressif des examens bucco-dentaires complets ; en fonction des résultats de l'évaluation prévue par l'article 39, ces deux moments de dépistage général pourront être maintenus, adaptés ou alors définitivement abandonnés par le Conseil d'Etat, cela en concertation avec les communes.

Troisièmement, une condition suspensive est introduite qui prévoit que la loi ne pourra entrer en vigueur que si le contre-projet direct à l'initiative "Pour le remboursement des soins dentaires" est accepté en votation aux dépens de l'initiative (cf. EMPD sur la convocation des électeurs concernant l'initiative populaire). Cette clause permet de clarifier le lien juridique formel entre le résultat de la votation populaire et la présente loi.

Enfin, la nouvelle législation spécifique proposée sur les soins dentaires implique quelques modifications collatérales dans la loi sur la santé publique (LSP), la loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD), la loi sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS), ainsi que la loi sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont (LPCFam).

Concernant ces modifications, nous nous permettons de renvoyer à la partie 3 du présent EMPL (commentaires article par article).

2.2 Mesures en faveur des mineurs

De manière générale, la stratégie en matière de prévention dans le projet de loi consiste à l'élargir et à la systématiser dès la période pré-scolaire (0-4 ans), à savoir le plus tôt possible dans la vie de l'enfant voire même avant sa naissance (grossesse de la mère). Les spécialistes recommandent en effet d'atteindre les familles identifiées à risque au stade le plus tôt possible et de sensibiliser les parents et les enfants à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire de manière précoce. Quant à la prévention pendant la scolarité obligatoire, celle-ci doit être maintenue dans la mesure où l'école reste naturellement le lieu le plus efficace pour véhiculer des messages de prévention auprès de l'ensemble des enfants. Il convient toutefois d'harmoniser la pratique en établissant des règles minimales claires à l'échelle cantonale.

2.2.1 Promotion et prévention en santé bucco-dentaire

2.2.1.1 Extension et systématisation de la prévention dès le plus jeune âge (période pré-scolaire)

L'efficacité des mesures préventives s'avère optimale lors d'une mise en œuvre précoce et ciblée sur les enfants à risque. Le projet de loi propose ainsi de prévoir des activités de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire dès la période pré-scolaire (0-4 ans), le plus précocement possible, voir même avant la naissance.

Différentes mesures sont envisagées (cf. art. 11), principalement par une information accrue et systématique aux parents en santé bucco-dentaire via les professionnels de santé en contact avec eux (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, autres médecins de premier recours, professionnels engagés ou intervenant dans les structures d'accueil de jour préscolaires ou l'accueil familial de jour). Il conviendra d'assurer une formation adaptée des professionnels concernés.

Les jeunes enfants, mais également, et surtout, leur entourage proche doivent être sensibilisés précocement à la santé bucco-dentaire. A cet égard et compte tenu de l'identification d'enfants à haut risque carieux issus de groupes socio-culturels divers, la médiation interculturelle permettra d'atteindre les buts attendus (cf. art. 10). Ils'agit de créer une possibilité d'échange d'informations dans la langue du patient et d'obtenir sa compréhension au projet de soins. Il s'agit également de former les personnes-ressources au sein de certaines communautés qui permettraient d'identifier les personnes à risque et d'accompagner les familles concernées. Le rapport de l'IUMSP et le projet mis en consultation en 2014 ont souligné l'importance de cette approche pour atteindre les groupes visés. A titre d'exemple, on mentionnera les expériences déjà faites dans d'autres domaines et soutenues par l'Etat de Vaud, telles que le projet Âge et Migration de l'Entraide Protestante Suisse qui contribue à accroître la qualité de vie des migrants de plus de 55 ans du Canton de Vaud et qui propose entre autres une médiation interculturelle pour faciliter une prise en charge adéquate de ses personnes, ou le programme "petits pas" du DSAS qui est un programme de jeu et d'apprentissage qui soutient le développement des enfants âgés de deux ans vivant dans des contextes de vulnérabilités socio-économiques et n'ayant pas accès aux lieux d'accueil de la petite enfance existants, ou encore les prestations d'interprétariat communautaire d'Appartenances et le travail des bureaux cantonaux et de

ses antennes régionales ou communaux pour l'intégration.

Au final, deux arguments plaident en faveur de ces mesures. D'une part, plus on agit tôt dans le parcours de vie d'un enfant et plus les chances sont élevées d'empêcher la survenue de problèmes dentaires à moyen et long terme. D'autre part, en agissant suffisamment tôt et de manière ciblée sur les groupes à risque, l'on peut également s'attendre à une diminution du nombre de cas d'enfants présentant des bouches multi-cariées lors des dépistages scolaires ultérieurs et/ou nécessitant des soins lourds sous narcose.

2.2.1.2 Maintien et harmonisation de la prophylaxie bucco-dentaire lors de la scolarité obligatoire

S'agissant de la prévention à destination des enfants en âge de scolarité obligatoire, il convient principalement de maintenir les activités de prévention universelle générale déjà existantes.

Toutefois, il est nécessaire de remédier à l'inégalité d'enseignement en prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire identifiée dans le rapport IUMSP 2013[41] (déploiement dans un tiers des établissements de la scolarité obligatoire).

Le projet de loi requiert désormais des interventions régulières et harmonisées à l'échelle cantonale d'enseignement en prophylaxie bucco-dentaire durant la scolarité obligatoire (art. 11, al. 2, lettre c).

Le futur règlement d'application, auquel seront associés les principaux acteurs pour son élaboration, cadrera spécifiquement le nombre minimal exigible d'interventions de prophylaxie en milieu scolaire, leur fréquence, leur type en fonction de l'âge des enfants ainsi que leur durée. Au minimum deux moments de prévention universelle générale dans les classes est attendu, l'un durant le premier cycle primaire (trois périodes de 45 min) et le deuxième durant le deuxième cycle primaire (une période de 45 min).

Les communes, par le biais des autorités scolaires, auront la responsabilité d'assurer le suivi des prestations d'enseignement en prophylaxie bucco-dentaire.

2.2.2 Examens et soins bucco-dentaires

Pour remédier aux limites actuelles du système, le projet de loi vise à garantir, pour chaque enfant jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire, un suivi régulier de sa santé bucco-dentaire.

Concrètement, le projet de loi prévoit les mesures suivantes (art. 12) :

- a. durant la grossesse : dépistage *sommaire* de la femme enceinte par le gynécologue (ou tout autre médecin de premier recours) pour orientation, au besoin, vers un médecin-dentiste ;
- b. à l'âge de 12-18 mois : dépistage *sommaire* par le pédiatre permettant d'orienter, au besoin, vers un médecin-dentiste ;
- c. à l'âge de 3-4 ans : examen bucco-dentaire *complet* chez un médecin-dentiste ;
- d. durant la scolarité obligatoire (4-16 ans) : au minimum, un examen bucco-dentaire *complet* tous les deux ans ; ces examens sont obligatoires.
- e. entre 0 et 16 ans : examens et autres mesures spécifiques visant à identifier les enfants à hauts risques carieux et à réduire ce risque ; pour ces enfants, la fréquence des examens sera adaptée individuellement.

Les deux premières mesures s'inscrivent dans une logique préventive de dépistage sommaire et ciblé des situations à risque qui seront orientées vers un médecin-dentiste pour un examen complet. Les deux premiers dépistages seront réalisés par un professionnel de santé (gynécologue, pédiatre, autre médecin de premier recours) qui effectuera, sur la base de certains critères de risque connus, une évaluation de l'état bucco-dentaire des femmes enceintes, respectivement des jeunes enfants de 12 à 18 mois, dans le cadre anamnestique et clinique de leur consultation habituelle. Il sied de préciser que les actes prévus se limitent à un dépistage sommaire : il ne s'agit en aucun cas d'examens

dentaires, lesquels nécessitent d'autres compétences. . Concernant la prise en charge financière de ces dépistages sommaires, celle-ci pourra se faire aux termes des art. 12c et 13 de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins (OPAS).

Ce ne sont pas toutes les femmes enceintes ou tous les enfants âgés de 12 à 18 mois qui seront orientés vers un médecin-dentiste, mais uniquement les patients présentant des situations à risque ou des états déjà dégradés. Une estimation de 25% de femmes enceintes et d'enfants âgés de 12 à 18 mois orientés vers un médecin-dentiste a été retenue.

La mesure visant à dépister des femmes enceintes à risque, à les orienter vers un médecin-dentiste et à les traiter permet d'éviter la transmission d'une flore buccale pathogène au futur enfant en plus de véhiculer les messages de prévention attendus. Pour les jeunes enfants, l'âge de 12-18 mois est indiqué pour un premier contrôle sommaire dans la mesure où cette période de vie correspond à l'apparition des premières dents. De plus, un contact précoce avec le médecin-dentiste, dans le cadre d'une consultation de routine, permet l'instauration d'un lien entre le médecin-dentiste, l'enfant et ses parents. Comme pour la femme enceinte, le contact précoce avec le jeune enfant et sa famille permet de véhiculer les messages de prévention attendus.

Pour ces deux premières mesures, la notion de ciblage des cas à risque carieux s'avère donc importante. Pratiquement, les femmes enceintes et les enfants dépistés positivement se verront remettre un bon pour un examen bucco-dentaire complet par le médecin-dentiste conventionné de leur choix. Afin d'inciter ces personnes à se rendre chez le médecin-dentiste, le prix de l'examen bucco-dentaire sera réduit au tiers du coût de l'examen, soit environ 20 à 30 CHF. Cet abaissement du prix sera possible dans la mesure où il est prévu que l'Etat et la profession des médecins-dentistes participent financièrement à la couverture des frais de l'examen à hauteur de deux tiers, le tiers restant étant à charge des patients afin de les responsabiliser. Le comité de la SSO-Vaud, représenté au sein du CoPil, s'est déclaré à priori favorable au principe consistant à réaffecter une partie des bons qu'elle propose actuellement aux adolescents via ses membres, sous réserve des modalités spécifiques qui seront fixées par voie conventionnelle (art. 9, al. 1, let. c.).

Ensuite, un examen bucco-dentaire complet est prévu entre 3 et 4 ans. Cet examen, qui n'existe pas actuellement, est conçu comme lié au processus d'inscription à l'école obligatoire. Par principe, il devrait donc concerner tous les enfants. Concrètement, un courrier supplémentaire sera adressé aux parents avant l'entrée à l'école obligatoire et les invitera, par la distribution d'un bon, à procéder à cet examen au cabinet d'un médecin-dentiste conventionné, cet examen s'assimilant à un "bilan dentaire" de l'enfant en vue de son entrée à l'école.

S'agissant du prix de cet examen, une participation modeste des parents est attendue à environ un tiers du coût de la prestation (20 à 30 CHF), les deux tiers restants étant en principe couverts par l'Etat et par une participation des médecins-dentistes qui est à saluer sous l'angle d'un partenariat de qualité à mettre en place entre les pouvoirs publics et la SSO-Vaud.

Cette nouvelle mesure présente plusieurs avantages : d'une part, elle permet de toucher tous les parents de manière systématique et de leur communiquer en même temps plusieurs informations sur les étapes ultérieures du dispositif bucco-dentaire en âge scolaire ; d'autre part, elle devrait permettre à ce que l'ensemble des enfants ait déjà eu sa dentition contrôlée avant même le début de l'école, et donc de mieux connaître l'état de santé de la population infantine au moment de commencer la scolarité obligatoire. Plus largement, cette mesure sera bénéfique car elle permettra d'habituer les enfants et leurs familles à se rendre au cabinet du médecin-dentiste, en effectuant une telle visite dès leur plus jeune âge.

Durant la scolarité obligatoire, la loi maintient le principe de contrôles réguliers et obligatoires de la santé bucco-dentaire. Toutefois, le moyen pour réaliser cette obligation évolue : sur le principe, le dépistage dentaire scolaire annuel est remplacé par de véritables examens bucco-dentaires en cabinet

du médecin-dentiste, prévus au minimum tous les deux ans (donc à 6, 8, 10, 12, 14 et 16 ans). La fréquence sera augmentée pour les enfants à risque. Les estimations de coûts des examens bucco-dentaires effectués par l'IUMSP tiennent compte de cette fréquence différenciée.

Ces examens bucco-dentaires complets (d'une durée de 20 minutes environ, avec la réalisation de radiographies en cas d'indication) seront à effectuer par les médecins-dentistes conventionnés tels que définis dans la présente loi, à savoir les médecins-dentistes officiant actuellement dans les cliniques et services dentaires scolaires communaux ou des médecins-dentistes privés installés en cabinet (dont certains officient déjà comme médecins-dentistes scolaires) pour autant qu'ils soient conventionnés. La notion de conventionnement est explicitée ci-après.

De manière transitoire, parallèlement au déploiement progressif des examens bucco-dentaires complets et jusqu'au résultat de l'évaluation prévue à l'article 39, le dépistage général des élèves à deux moments durant la scolarité obligatoire est maintenu (un dépistage entre 6 et 8 ans et un second entre 12 et 14 ans). Cette mesure a pour objectif d'assurer, à au moins deux reprises lors de la scolarité obligatoire, l'accès au dépistage pour l'ensemble des enfants d'une classe d'âge donnée en une seule fois, dans un seul lieu et indépendamment de la manière dont les parents exercent leur responsabilité. Elle devrait permettre de suivre et fournir des indications sur l'évolution de la santé bucco-dentaire des élèves (art.39).

Une fois mis en place, ce nouveau dispositif d'examen (couplé à la mesure de remboursement pour les enfants) constituera une réelle amélioration du suivi des enfants et des jeunes par rapport au système actuel.

2.2.3 Remboursement des soins dentaires pour les jeunes jusqu'à 18 ans révolus

Comme évoqué dans la partie 1.4 du présent EMPL, les principales sources de subsides aux soins dentaires passent actuellement par les régimes sociaux cantonaux (revenu d'insertion RI et prestations complémentaires pour les familles) ainsi que par les prestations complémentaires AVS/AI.

L'offre actuelle de subsides communaux pour les soins dentaires n'est ni suffisante ni adéquate car elle n'est proposée que dans une minorité de communes et, lorsque des subventions existent, les critères d'octroi et l'étendue des prestations couvertes varient fortement. En particulier, l'insuffisance de couverture financière des soins dentaires par les communes a été relevée s'agissant des groupes à risque de la population.

Afin d'offrir une meilleure continuité entre les examens bucco-dentaires et les soins tout comme de réduire les disparités économiques et régionales dans l'accès aux soins, le rapport de l'IUMSP de 2013 recommande l'élargissement des subsides aux soins dentaires à des revenus plus élevés et couvrant les jeunes de la naissance à la majorité ainsi que l'harmonisation des pratiques en matière de subsides à l'échelle cantonale afin de réduire les disparités géographiques dans l'accès aux soins (rapport ch. 5.3.3).

C'est la raison pour laquelle le présent projet de loi prévoit d'introduire la possibilité nouvelle d'un remboursement forfaitaire de 50% des frais des soins dentaires (hors orthodontie) pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans révolus non pris en charge par les régimes sociaux existants (art. 17).

Pour le surplus, les conditions nécessaires pour l'octroi de cette prestation sont fixées à l'article 16 du projet de loi. L'aide financière pourra être accordée aux ressortissants suisses ou aux ressortissants étrangers disposant d'un titre de séjour valable ou en cours de renouvellement, et cela pour autant qu'ils soient domiciliés depuis au moins un an dans le Canton de Vaud (art. 16, al. 1). Une autre condition pour l'octroi de l'aide financière est que les soins dentaires doivent être effectués par un médecin-dentiste conventionné (art. 16, al. 3), ce qui permet de s'assurer que les prestations remboursées ont été réalisées à un coût raisonnable et négocié dans le cadre de l'outil conventionnel précité, tout comme de sa conformité au Référentiel cantonal des prestations admises. Enfin, le

remboursement pourra être conditionné au suivi régulier des examens et des mesures de prévention prévus en âge scolaire (art. 16, al. 4). Cette conditionnalité est importante du point de vue de la responsabilisation des parents. Par contre, et tenant compte des avis divergents exprimés à ce sujet lors de la consultation de 2014, il a été choisi de ne pas la formuler de manière trop stricte au vu des risques sous l'angle de l'accès aux prestations de soins ; la formulation potestative laisse ainsi la latitude nécessaire dans la mise en œuvre.

A l'instar de l'ensemble des aides financières prévues au titre V de la loi, le remboursement sera octroyé subsidiairement aux régimes sociaux fédéraux ou cantonaux en vigueur et aux assurances privées (art. 15).

Quant au type de soins couverts, il s'agit des soins dits prophylactiques et thérapeutiques de base (détartrages, comblements des sillons des molaires définitives, soins des caries, etc.). Il s'agira en particulier de mettre en œuvre les techniques préventives reconnues. Pour exemple, les comblements préventifs des sillons des molaires définitives seront particulièrement indiqués lorsqu'ils sont ciblés sur la population à haut risque carieux. De même, l'application de vernis fluoré pourra être proposée. Le règlement d'application contiendra les recommandations portant sur les méthodes reconnues ainsi que sur la définition des enfants à haut risque carieux.

Par contre, les traitements orthodontiques sont exclus de la mesure de remboursement. Les traitements d'orthodontie graves sont déjà pris en charge par l'assurance invalidité (AI). Dans le cas des régimes sociaux, les traitements orthodontiques non pris en charge par l'AI mais répondant à certains critères précis d'indice de gravité font l'objet d'une prise en charge. Par ailleurs, les résultats de l'enquête M.I.S. Trend commandée par le DSAS en août 2016 indique un taux de couverture asséurologique des enfants de 0 à 18 ans de près de 67% s'agissant de l'orthodontie. Dès lors, le Conseil d'Etat estime qu'il n'y a pas lieu de mettre en place des mesures de soutien financier spécifique concernant l'orthodontie, raison pour laquelle cette prise en charge a été exclue des mesures de remboursement du projet de loi. Par contre, les mesures de promotion asséurologiques prévues à l'article 19 pourront comprendre des mesures d'information favorisant le fait de contracter un produit d'assurance dentaire complémentaire couvrant les frais d'orthodontie dès la naissance. En effet, à cet âge, les produits proposés en la matière ont un faible coût et ne sont pas conditionnés à un examen bucco-dentaire qui pourrait entraîner des réserves ultérieures.

Avec cette nouvelle mesure d'aide, la couverture financière des soins dentaires de base se verra donc nettement améliorée et renforcée vu son extension à l'ensemble de la population des enfants et des jeunes jusqu'à 18 ans n'émergeant pas aux régimes sociaux. De plus, une telle mesure harmonisée au niveau cantonal permettra de réduire considérablement les disparités géographiques relevées par l'IUMSP. En termes de périmètre, et pour autant que ces personnes aient des frais de soins dentaires admis par le référentiel cantonal, la population totale concernée s'élève donc à environ 150'000 personnes, dont on anticipe qu'environ un tiers aura effectivement besoin de soins et donc pourra prétendre à un remboursement par l'Etat à hauteur de 50% des frais de soins dentaires.

A noter que le coût afférent à cette nouvelle mesure est initialement estimé à env. 9 millions CHF annuels d'après les estimations effectuées par l'IUMSP dans son rapport et permettra un remboursement à hauteur de 50% des coûts à l'ensemble des enfants et jeunes du Canton (hors régimes sociaux pour lesquels la couverture est de 100%).

Cette mesure de remboursement permettra d'atteindre un des objectifs essentiels de la présente loi, à savoir de réduire considérablement la barrière économique dans l'accès aux soins et de diminuer d'autant le risque de renoncement pour les enfants et les jeunes, en particulier pour ceux issus de ménages aux revenus réputés modestes ou de la classe moyenne mais qui ne peuvent actuellement prétendre à aucun soutien financier dès lors qu'ils ne sont pas bénéficiaires des régimes sociaux. De plus, une telle mesure réduira aussi les disparités géographiques dans l'accès aux aides puisqu'une

prestation harmonisée à l'échelle cantonale est introduite. Enfin, cette mesure garantira un meilleur accès aux soins pour les futures catégories de bénéficiaires, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population enfantine et jeune du Canton de Vaud en général. Pour rappel, l'OFS a récemment montré que 25% des ménages de la classe moyenne inférieure (revenus moyens inférieurs) ont des difficultés à faire face à des factures inattendues de l'ordre de 2'500 CHF.

2.2.4 Participation aux primes d'assurance dentaire

Comme explicité au chapitre 1.3.5, l'enquête réalisée par M.I.S Trend pour le DSAS en août 2016 [42] indique que le taux de couverture pour les soins de caries serait d'environ 45% pour les enfants de 0-18 ans du Canton de Vaud.

D'après la même étude, les raisons invoquées par les foyers n'ayant pas de couverture d'assurance sont en tout premier lieu la question financière (34%), puis le fait de ne pas en avoir besoin (25%) mais aussi le fait de ne pas y avoir pensé (20%) ou que personne ne leur a proposé (16%). Si certaines personnes n'estiment pas nécessaire de s'assurer, la barrière financière d'accès à un produit d'assurance pour l'enfant constitue le premier problème auquel sont confrontés les ménages avec enfants, tout en montrant qu'il existe aussi la nécessité d'une information ciblée quant aux produits d'assurance et aux bénéfices envisageables en cas de protection asséculoologique contractée dès la naissance de l'enfant.

Fort de ces constats, le projet de loi prévoit à l'article 19 des mesures complémentaires d'encouragement à la protection asséculoologique des enfants selon les axes suivants :

- Information aux parents les encourageant à souscrire à une assurance dentaire dès la naissance, information sur les bénéfices d'une protection asséculoologique précoce des enfants (incitation par l'information) ;
- Contribution possible au paiement des primes d'assurance de manière ciblée, sous condition de ressources (incitation économique) ;
- Concrètement, l'aide incitative passera par la distribution d'un " bon d'assurance " d'un montant forfaitaire de 200 CHF pour chaque nouveau-né dont la preuve peut être apportée que la souscription à un produit d'assurance dentaire éligible a été faite (photocopie du contrat d'assurance signé comme preuve) pour une durée contractuelle de deux ans. A noter que l'octroi du bon d'assurance incitatif pourrait être couplé avec la procédure de demande et de versement de l'allocation de naissance (majoration de 200 CHF en cas de respect des conditions de la mesure).

Le règlement d'application décrira en détail les produits d'assurance éligibles à la mesure de participation aux primes d'assurance dentaire, cela selon un cahier des charges fixé par le Conseil d'Etat. Le montant des primes reconnues sera fixé sur la base d'une analyse actuarielle indépendante, tenant compte également d'une marge bénéficiaire raisonnable pour l'assureur concerné (art. 19, al. 4). Plus largement, il s'agira de vérifier l'adéquation avec les mesures de prévention souhaitée par le projet de loi.

Dans l'hypothèse où les offres existantes ou proposées ne répondraient pas aux exigences ainsi fixées, l'Etat serait autorisé à mandater un prestataire d'assurance à qui il pourrait ainsi attribuer un mandat en vue de réaliser la mission de renforcement de la couverture asséculoologique des enfants. Dans un tel cas de figure, les procédures usuelles d'attribution des marchés publics s'appliqueraient (art. 19, al. 5).

Il sera en particulier exigé que la couverture d'assurance soit contractée durant la première année de vie de l'enfant (art. 19, al. 3). Une disposition transitoire spécifique est en outre prévue pour permettre aux enfants nés une année avant l'entrée en vigueur de bénéficier de la mesure (art. 43).

Pour l'aide financière, il s'agira de privilégier l'octroi d'une incitation financière au début de la vie de l'enfant, respectivement jusqu'au moment des premiers examens bucco-dentaires, les parents

bénéficiaires étant appelés à prendre le relais au-delà, étant entendu qu'ils auront été mieux informés préalablement et dès le départ quant aux bénéfices à long terme d'une assurance dentaire contractée dès la naissance. Afin de limiter le risque de résiliations ultérieures, les produits d'assurance dentaire éligibles devraient a priori inclure un remboursement de minimum 50% des soins dentaires de base voire une couverture pour l'orthodontie. Un tel produit d'assurance serait effectivement particulièrement attractif sur la durée vu que l'Etat remboursera quant à lui le 50% restant des soins dentaires ordinaires (hors orthodontie) jusqu'à l'âge de 18 ans. Un ménage espérant 100% de remboursement des soins dentaires aura donc tout intérêt à conserver son assurance au fil des années, ce d'autant que l'Etat ne remboursera pas les frais d'orthodontie.

Cette mesure sera mise en place en parallèle à la mesure de remboursement de soins dentaires pour les enfants et les jeunes décrite sous 2.2.3. Du point de vue de l'Etat, tenant compte de la logique subsidiaire des aides financières mises en place, il y a bien évidemment un intérêt supplémentaire à prévoir des mesures de renforcement du taux de couverture asséculo-logique des enfants. En effet, plus les nouvelles générations d'enfants seront assurées par des produits d'assurance couvrant les soins dentaires, et plus l'Etat pourra, à terme, réduire l'effort financier des régimes sociaux en vigueur s'agissant des soins dentaires. L'Etat pourra progressivement diminuer ses contributions aux régimes sociaux au fur et à mesure que la nouvelle génération d'enfants à naître sera assurée selon des taux de couverture plus élevés qu'aujourd'hui. Pour rappel, le montant total des frais dentaires remboursés par les régimes sociaux en 2015 pour les 0-19 ans s'élève à CHF 1.87 mios. Dans l'hypothèse où à terme l'intégralité des enfants seraient couverts par une assurance dentaire, le montant précité serait ainsi en grande partie économisé pour l'Etat.

A son plein déploiement (2021), le coût de la mesure d'encouragement asséculo-logique se montera à env. 1.6 mios CHF, dont 1.5 mios CHF pour l'octroi des bons d'assurance de 200 CHF à la naissance et 0.1 mios CHF au titre d'une meilleure information ciblée aux parents.

2.3 Mesures en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

2.3.1 État des besoins et des problèmes bucco-dentaires dans la population âgée et/ou en situation de handicap

Les propositions du CoPil bucco-dentaire ont également porté sur un renforcement du dispositif en faveur d'autres catégories fragilisées de la population, tout en restant dans le cadre global d'une approche de prévention ciblée sur les catégories à risque. Ainsi, outre les mesures prévues pour les enfants et les jeunes, il est jugé nécessaire de compléter le projet de loi par des mesures à destination des personnes âgées et/ou en situation de handicap, soit des trois groupes suivants :

- personnes suivies par une organisation de soins à domicile (OSAD) et ayant atteint l'âge AVS ;
- personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux (EMS) et des homes non médicalisés (HNM) ;
- personnes en situation de handicap hébergées dans des établissements socio-éducatifs (ESE), etc.)

En effet, la santé orale des personnes âgées et dépendantes est un problème de santé publique. Les conséquences d'un état bucco-dentaire dégradé sur la santé générale sont aujourd'hui clairement établies. Ainsi, ne pas soigner des dents malades peut avoir des conséquences particulièrement néfastes sur la santé générale : complications infectieuses locales ou à distance, diabète, maladies cardio-vasculaires, infection respiratoire (pneumonie par aspiration), dénutrition. En outre, un état général péjoré peut également influencer l'état de santé bucco-dentaire (en ce sens, la perte d'autonomie est particulièrement importante). Cette interdépendance aboutit à une fragilisation globale de la personne qui constitue non seulement un problème individuel mais également une problématique sociétale en influençant notamment les coûts de la santé.

Relevant spécifiquement la problématique de la dénutrition chez le patient âgé, un article du journal 24 Heures de janvier 2017 précisait ainsi "*qu'en Suisse, on estime que 5% des personnes âgées vivant à domicile souffrent de dénutrition, 15 à 30% des seniors hospitalisés et 30 à 50% de ceux résidant en Etablissements médico-sociaux (EMS). Avec, pour tous, des conséquences graves... Tout cela conduit à une hausse des taux d'hospitalisation et de mortalité, ainsi qu'à un coût non négligeable pour les systèmes de santé. En 2004, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estimait ainsi que les surcoûts des patients dénutris s'élèvent en moyenne à 3500 fr., soit 520 millions de francs par an, notamment en raison d'une durée d'hospitalisation rallongée de 4,9 jours par rapport aux personnes se nourrissant normalement*".

Ainsi, même si la dénutrition du patient âgé est multifactorielle (influence connue de facteurs tels que le revenu, la solitude, la dépression, les problèmes médicaux...), le rôle de l'état de santé bucco-dentaire est important. Une amélioration de la santé bucco-dentaire de ces patients fragilisés favorise leur bien-être et leur santé générale. Il semblerait donc indiqué de faire l'hypothèse qu'une part des surcoûts globaux de la santé évoqués pourrait ainsi être minorée.

Par ailleurs d'un point de vue pratique, il faut relever que l'accès aux soins dentaires des patients âgés et/ou institutionnalisés est particulièrement difficile, ce qui aggrave la situation. A ce sujet, une prise de conscience croissante s'observe au niveau mondial. C'est ainsi que l'OMS recommande désormais d'intégrer la problématique des soins dentaires des personnes âgées dans les programmes nationaux de santé publique, en développant notamment le versant "accès aux soins dentaires" [43].

En effet, de multiples facteurs influencent la problématique de l'accès aux soins de cette population. Il peut s'agir de difficultés individuelles en lien avec la santé physique ou psychique du patient, mais également de difficultés par manque d'offre, notamment en institution, ou également d'un renoncement aux soins bucco-dentaires pour raisons économiques. Par ailleurs, le recours aux soins bucco-dentaires tend à se modifier avec l'âge avancé. Le comportement axé sur un suivi régulier se voit en effet souvent remplacé par la nécessité d'intervenir en urgence lors d'apparition de symptômes, souvent tardivement.

Ces différents éléments indiquent que la santé bucco-dentaire des personnes âgées et institutionnalisées ne peut pas être considérée uniquement comme un problème individuel. Elle devrait également constituer une problématique pour la société dans la mesure où elle influence le bien-être général des personnes âgées, catégorie de la population d'ailleurs en très forte croissance dans les années à venir, ainsi que les coûts de la santé, par une fragilisation globale pouvant affecter le patient.

Les objectifs visés par le traitement des pathologies bucco-dentaires du patient âgé/institutionnalisé devraient être une amélioration de sa qualité de vie et une diminution des risques d'aggravation de son état général. Comme corollaire, une diminution des coûts de la santé pourrait être attendue.

Les traitements bucco-dentaires visés doivent être adaptés à chaque situation en tenant compte des multiples facteurs entourant le patient. Des soins complexes ne seront pas toujours attendus ni souhaitables. Ainsi, les traitements doivent être adaptés à chaque individu. Par contre, des soins d'hygiène, simples, adaptés et universels sont essentiels.

Il convient en effet de se rendre compte de l'importance cruciale des soins d'hygiène. Une bonne hygiène bucco-dentaire permettrait en effet d'éviter une pneumonie mortelle sur dix chez les résidents des homes [44] [45].

De la même manière, une amélioration de la qualité de vie est attendue en rapport avec une alimentation correcte. Le rapport entre le statut dentaire et l'alimentation étant fortement liés, l'implication de problèmes bucco-dentaires dans la dénutrition est incontestable (bien que les causes de dénutrition soient multifactorielles). En conséquence, agir sur le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire permet aussi de lutter contre les phénomènes de dénutrition, dont les conséquences

peuvent être particulièrement graves chez le patient fragilisé[46] [47].

Pour toutes ces raisons, les programmes de santé publique se doivent d'intégrer la problématique de la santé orale des patients fragilisés. Chez le patient âgé, à domicile ou résidant en institution, la prise en charge des problèmes bucco-dentaires devrait avoir pour but d'améliorer la qualité de vie, d'améliorer le confort, de permettre une meilleure alimentation, de diminuer les risques infectieux locaux et à distance (notamment en termes de risque de développer une pneumonie chez le patient âgé institutionnalisé). Il s'agit de permettre une espérance de vie en bonne santé. Pour le patient âgé, inclure dans le dispositif les personnes fragilisées atteignables par le biais des soins à domicile et présentant des problèmes bucco-dentaire permettra d'améliorer leur accès aux soins dentaires. A terme, leur santé bucco-dentaire sera améliorée. Il serait particulièrement profitable de pouvoir montrer, dans le futur, un effet sur leur santé générale et "in fine" contribuer à leur maintien à domicile par un gain en santé.

Par conséquent, le Conseil d'Etat souhaite saisir l'opportunité d'une nouvelle législation cantonale en matière de santé bucco-dentaire pour prévoir une prise en charge adaptée de ces personnes en situation de fragilité, avec pour but principal de maintenir une qualité de vie acceptable, c'est-à-dire une espérance de vie en bonne santé.

La section suivante décrit les types de mesures prévues en faveur de la santé bucco-dentaire des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

2.3.2 Mesures

2.3.2.1 Promotion et prévention en santé bucco-dentaire

Concernant la promotion et la prévention (art. 11, al. 4), le projet de loi prévoit d'accentuer les efforts auprès de ces populations-cible, tant il est vrai que les personnes à partir d'un certain âge deviennent à nouveau un groupe plus vulnérable que la moyenne de la population adulte, et cela de manière croissante à mesure que l'âge avance. Ces mesures pourront notamment se traduire par des programmes d'information mise en place par l'Etat, en partenariat avec les associations professionnelles concernées (art. 5), et cela soit directement auprès des personnes âgées concernées (campagnes d'information, de sensibilisation, flyers, etc.) et/ou par un renforcement de la formation en santé bucco-dentaire des professionnels de santé s'occupant directement des personnes âgées vivant en institution ou suivie par le biais des OSAD.

A titre d'exemple des démarches qui pourraient être entreprises voire systématisées dans ce cadre, l'on peut citer les réflexions récemment conduites par la Société suisse des médecins-dentistes (SSO), lesquelles ont notamment conduit, en 2008, au lancement d'une campagne d'information et de prévention sur la santé buccale des aînés en Suisse (Campagne "Il n'y a pas d'âge pour prendre soin de ses dents"). En 2016, la SSO a édité un manuel actualisé d'hygiène buccale à l'usage des soignants, concernant les personnes âgées en perte d'autonomie séjournant en établissement médico-social.[48] Elle met également à disposition du matériel des supports pédagogiques pour la formation du personnel.[49] [50]

Plus largement, des collaborations plus intenses entre ces structures et les milieux professionnels de la médecine dentaire sont à encourager à l'avenir, à l'instar des mesures en cours d'élaboration dans le cadre des travaux de la table ronde lancée par la SSO en février 2015 à l'occasion du 1er symposium international de gérontologie à Berne (concepts de prise en charge, matériel de formation pour le personnel soignant, objectifs de formation initiale et continue des médecins-dentiste intégrant les problématiques l'âge avancé, etc.). Dans le Canton de Vaud, il convient de préciser que les milieux professionnels se sont également mobilisés sous la forme d'un groupe de travail composé notamment des représentants de l'Association vaudoise des établissements médicaux-sociaux (AVDEMS), de l'Association vaudoise des organisations privées pour personnes en difficultés (AVOP), de la

Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS), de la Société vaudoise des médecins-dentiste (SSO-Vaud) et du Groupement des médecins d'EMS (GMEMS).

2.3.2.2 Dépistages et examens

S'agissant des personnes âgées et en situation de handicap, une meilleure prévention doit aussi passer par un dépistage systématique et une détection précoce des problématiques bucco-dentaires, en particulier dans le cadre d'une approche générale de santé publique visant à prévenir l'émergence des déclin fonctionnels chez ces personnes. Par symétrie avec le volet "enfants et jeunes" de la présente loi, le même principe de prévention et détection précoces des situations à risque doit prévaloir. Au niveau du dispositif, cela se traduit par des mesures de dépistages et d'examen à destination de ces personnes, que celles-ci soient suivies par le biais des soins à domicile (art. 12, al. 3) ou hébergées en EMS ou en ESE (art. 12, al. 2).

Pour les personnes en âge AVS et suivies par une organisation de soins à domicile, le projet de loi prévoit que l'évaluation de l'état de santé et de l'état fonctionnel comprendra systématiquement un dépistage sommaire de l'état bucco-dentaire des personnes par le personnel infirmier, permettant d'orienter, au besoin, la personne vers un médecin-dentiste. L'évaluation de la santé bucco-dentaire se fait par le biais de l'évaluation RAI (*Resident Assessment Instrument*), outil d'évaluation globale de la situation d'une personne à domicile ayant pour objectif d'accroître au maximum la qualité de vie et les capacités fonctionnelles du bénéficiaire en vue de son maintien à domicile aussi longtemps que possible.

Si cet outil inclut déjà l'enregistrement des problèmes bucco-dentaires, son ancrage légal se justifie par le souhait d'y donner une dimension systématique y compris concernant l'interprétation des données recueillies par les professionnels visant à identifier la nécessité d'un examen bucco-dentaire plus approfondi, voire la nécessité de traitements prophylactiques et/ou thérapeutiques par un médecin-dentiste en cabinet. C'est donc en fonction d'une évaluation systématique des besoins par le biais du dépistage bucco-dentaire sommaire que des examens complets voire des soins devront être indiqués pour orientation chez un médecin-dentiste, selon une modalité similaire à celle prévue dans le dispositif avec les gynécologues et les pédiatres. A noter que la mise en place de cette mesure impliquera que, en temps voulu, le Service de la santé publique (SSP) organise un programme d'information voire de formation complémentaire à destination des professionnels concernés (infirmiers/-ières RAI) afin qu'ils soient mieux sensibilisés aux problèmes bucco-dentaires et aux techniques de dépistage sommaire. Environ 7'000 personnes sont concernées par cette mesure.

Pour les personnes hébergées en EMS, sans distinction d'âge, et pour les personnes en situation de handicap hébergées dans des ESE, le projet de loi prévoit qu'elles bénéficieront d'un examen bucco-dentaire complet à l'entrée en institution, suivi d'examen régulier et de prestations de soins si nécessaire. Une telle mesure présente l'avantage de détecter l'état des besoins dès le début de la prise en charge en institution et d'adapter celle-ci en conséquence. Elle devra toutefois être mise en œuvre avec la souplesse requise, c'est-à-dire de manière progressive et concertée avec les différents partenaires impliqués (institutions, médecins-dentistes traitants, équipes spécialisées) et afin de tenir compte des spécificités des catégories de personnes concernées et des réalités du terrain (par exemple, les personnes handicapées doivent souvent recevoir des soins sous anesthésie générale, ce qui engendre des coûts et des contraintes logistiques et matérielles évidentes). La mise en œuvre de cette mesure devra donc tenir compte de difficultés en lien avec la population concernée, du manque d'infrastructures existantes ainsi que de la difficulté à identifier des professionnels de la médecine dentaire susceptibles de prendre en charge ces patients. Une collaboration entre les différents partenaires impliqués sera essentielle.

Il est effectivement admis par l'ensemble des experts que la réalisation d'un examen bucco-dentaire,

au moins à l'entrée en institution puis idéalement réalisé ensuite de manière régulière, est essentiel pour permettre la détection de problème bucco-dentaire et améliorer la qualité de vie des personnes institutionnalisées. Environ 6'600 personnes en EMS et 1'500 personnes en ESE sont concernées par cette mesure.

2.3.2.3 Remboursement des soins dentaires

Comme évoqué dans la partie 1.4 du présent EMPL, les principales sources de subsides aux soins dentaires pour les personnes âgées et en situation de handicap passent actuellement par les régimes sociaux cantonaux, en grande partie par le biais des PC AVS/AI.

Les taux actuels de couverture financière en matière de soins dentaires s'élèvent actuellement à environ 90% pour les personnes en situation de handicap hébergées en institution, 75% environ des résidents en EMS (PC AVS/AI ou aides LAPRAMS), et env. 20% des personnes âgées suivies par les soins à domicile.

Dans la mesure où la barrière économique pour l'accès aux soins dentaires est une réalité pour les personnes âgées également, en particulier lorsque leur situation socio-économique est susceptible de leur faire renoncer à des soins alors que ceux-ci seraient pourtant nécessaires, le projet de loi prévoit la possibilité d'un remboursement des frais de traitement dentaires dans le cadre général des remboursements prévus pour la population adulte décrite sous 2.4.

Pour les futurs bénéficiaires, cette mesure présentera l'avantage de renforcer la continuité entre les actes de dépistages et d'exams bucco-dentaires qui seront effectués et de potentiels soins prophylactiques et/ou thérapeutiques. Au vu des taux de couverture financière actuelle des personnes âgées et des personnes handicapées, c'est principalement pour les personnes en âge AVS suivies par le biais des soins à domicile qu'elle telle mesure déploiera les effets bénéfiques attendus en termes d'amélioration de la santé bucco-dentaire et de réduction de la barrière économique d'accès aux soins.

2.4 Mesure en faveur des adultes

2.4.1 Etat des besoins et des problèmes bucco-dentaires

Les inégalités en santé bucco-dentaires sont fortement corrélées avec les inégalités sociales [51]. Le rapport IUMSP 2013 [52] relevait que la santé buccale des groupes à statut socio-économique défavorisé était plus mauvaise à tous les âges que celle des groupes favorisés (fréquence plus élevée de l'atteinte carieuse, édentement plus important, occurrence de la maladie parodontale plus élevée, traumatismes dentaires plus fréquents, présence plus fréquente de prothèses dentaires, prévalence plus importante de cancers buccaux).

En particulier, l'étude de Zitzman et coll. en 2008 [53] a démontré qu'en Suisse, le statut bucco-dentaire était corrélé au revenu économique et au niveau de formation, cela en reprenant les données de l'étude épidémiologique conduite par l'OFS en 2002. Dans cette étude, près de 31'000 ménages avaient été interrogés par téléphone, suivi de l'envoi d'un questionnaire papier. Plus de 16'000 personnes âgées de plus de 15 ans avaient répondu au questionnaire qui portait notamment sur des questions relatives à la santé bucco-dentaire. Les résultats ont démontrés que les personnes présentant un statut socio-économique bas ont une moins bonne santé bucco-dentaire, qu'elles ont plus de dents manquantes et portent plus de prothèses amovibles. Elles ont également moins de restaurations prothétiques fixes en bouche. Le rapport IUMSP 2013 [54] relevait également que ce constat n'était pas propre à la santé buccale. Le lien entre vulnérabilité socio-économique et santé générale est clairement démontré dans la littérature. Plusieurs exemples d'inégalité sociale face à l'exposition à des facteurs de risque sont connus. Plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne [55] [56]. Enfin, l'OFS a récemment montré que 25% des personnes de la classe

moyenne inférieure (revenus moyens inférieurs) ont des difficultés à faire face à des factures inattendues de l'ordre de 2'500 CHF, contre seulement 2.3% pour les hauts revenus.

2.4.2 Remboursement des soins dentaires

Le projet de loi vise également à soutenir les personnes adultes (art. 18). Un appui financier ciblé leur serait possible, mais seulement pour des traitements générant des coûts jugés trop importants tenant compte de leurs revenus. Une condition de ressources sera donc appliquée : pour autant que les personnes adultes ne soient pas au bénéfice d'un régime social, le remboursement de frais dentaires excédant un seuil fixé proportionnellement au revenu pourra être accordé. A l'instar des autres aides financières prévues au titre V de la loi, le Conseil d'Etat aura la maîtrise du montant maximal des frais pouvant être remboursés, tout comme une latitude de plus ou moins 1% quant à la fixation du seuil proportionnel aux revenus au-delà duquel un remboursement devient possible.

A ce stade, le Conseil d'Etat propose d'envisager un remboursement des frais dentaires excédant 3% du revenu net (selon taxation fiscale). Le montant maximal de remboursement envisagé serait de 5'000 CHF de frais dentaires annuels par personne. Pour les couples, une déduction de l'ordre de 20'000 CHF serait appliquée sur les revenus à prendre en compte.

De plus, la franchise de 3% devrait représenter au moins 600 CHF, de manière à réserver le régime aux frais dentaires importants. Ainsi, par exemple, une personne disposant d'un revenu de 15'000 CHF net se verra appliquer une franchise de 600 CHF (au lieu de 450 CHF). A cet égard, il est à noter que ce niveau de revenu donne en principe droit à d'autres régimes sociaux (RI, PC), lesquels prennent déjà en charge les frais dentaires. Pour les jeunes adultes en formation, les revenus fiscaux très bas ou nuls devraient en outre être majorés de la part du revenu des parents de sorte que la fixation de cette limite inférieure à 600 CHF simplifie le processus de décision et confirmera le fait que le régime d'aide concerne des montants importants.

En vertu de ce système, pour les personnes dont le revenu est égal ou supérieur à 20'000 CHF, seuls les 3% du revenu sont considérés pour déterminer la limite au-delà de laquelle le remboursement intervient. En d'autres termes, le seuil de 3% s'applique alors sans se cumuler à la franchise minimale.

A noter que le montant maximal des frais pouvant être remboursés, les modalités de calcul du revenu des couples et des ménages avec enfants, tout comme la franchise minimale seront précisés ultérieurement par le Conseil d'Etat dans un règlement.

Les traitements proposés devront correspondre au Référentiel cantonal existant pour les frais dentaires pris en charge actuellement dans le cadre des régimes sociaux et soumis à évaluation du médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise. Environ 20'000 personnes seraient concernées par une telle mesure.

Pour ces personnes, cette aide financière ciblée permettra d'éviter qu'elles renoncent pour des raisons financières à des soins dentaires pourtant nécessaires, tout en comportant un élément de responsabilisation (franchise minimale, fixation d'un seuil fixé proportionnellement au revenu). Pour autant qu'ils soient éligibles à la mesure de l'art. 18, ces personnes devraient donc assumer le coût de la franchise ainsi que la part non couverte par le dispositif (montant maximal admis 5'000 CHF).

A son plein déploiement (2021), le coût de cette mesure a été estimé à un plafond qui ne pourra pas excéder 16.5 mios CHF.

2.5 Organisation : répartition des compétences et des responsabilités

La mise en place des mesures décrites ci-dessus nécessitera une étroite collaboration entre les acteurs que sont l'Etat, les communes, les autorités préscolaires et scolaires, les cliniques dentaires scolaires fixes ou itinérantes, les médecins-dentistes et les autres professionnels du secteur dentaire (hygiénistes, assistant-e-s en prophylaxie, monitrices dentaires scolaires, techniciens-dentistes) et médical (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, médecins de premiers recours), sans oublier les intervenants dans les autres secteurs professionnels concernés tels que les structures d'hébergement médico-social, de soins à domicile et les établissements socio-éducatifs. Les parents et les proches joueront également un rôle important dans le futur dispositif.

Le Titre II du projet de loi décrit la répartition des compétences et des responsabilités entre les acteurs précités.

De manière générale, la responsabilité d'appliquer la présente loi incombe au Département en charge de la santé publique, autorité cantonale compétente, laquelle peut déléguer des tâches aux services compétents (art. 4, al. 1), notamment aux services en charge de la santé publique, des assurances sociales et de la prévoyance et de l'aide sociale. Au vu des interactions entre la politique de santé bucco-dentaire et le domaine de l'école et de l'accueil de jour des enfants, le département en charge de la santé publique collaborera avec les départements en charge de la formation et de l'accueil de jour (art. 4, al. 2).

S'agissant des mesures de promotion et de prévention (Titre III de la loi), l'Etat a la compétence générale de prendre et d'encourager de telles mesures tout en collaborant avec les communes, les autorités scolaires et préscolaires ainsi que les organismes et corps professionnels concernés. Il peut donc mettre en place des programmes d'information et de formation en la matière, respectivement subventionner de telles mesures. Il assume la coordination en matière de promotion et de prévention (art. 5, al. 1). Dans le domaine de la scolarité obligatoire, les communes continueront à jouer un rôle important puisqu'elles partagent, de concert avec l'Etat et les autres partenaires, la responsabilité pour la promotion et la prévention en santé bucco-dentaire, à l'instar de ce qui existe déjà en grande partie aujourd'hui (art. 5, al. 1).

S'agissant des examens et des soins durant la scolarité obligatoire (art. 6) la répartition des compétences et des tâches prévoit que l'Etat définisse les prestations que les communes doivent offrir pendant la période scolaire en matière de santé bucco-dentaire (art. 6, al. 1), en particulier le dispositif d'examens réguliers tel que décrit dans la loi (examens bucco-dentaires réguliers, au minimum tous les deux ans entre 4 et 16 ans, selon art. 12 al. 1, lettre d) tout comme le dépistage général provisoirement maintenu à deux moments de la scolarité obligatoire par la disposition transitoire topique (art. 42). A l'instar du dépistage dentaire annuel actuel, ces examens sont obligatoires pendant toute la durée de la scolarité obligatoire et ils sont gratuits pour les personnes concernées. A noter que le catalogue de prestations défini par l'Etat tel que mentionné à l'article 6, alinéa 1 devra aussi concerner le socle minimal nécessaire d'interventions de prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire (art. 11, al. 2, lettre c) et de dépistage en tant que disposition transitoire (art. 42). En outre, dans la mesure où l'Etat assume la responsabilité générale d'appliquer la présente loi tout comme le financement centralisé du dispositif, il est logique de lui conférer la compétence de surveiller que les communes délivrent les prestations de manière adéquate et suffisante, respectivement de s'y substituer et d'organiser lui-même les prestations en cas d'offre médico-dentaire jugée insuffisante dans certaines régions (art. 6, al. 5).

De leur côté, les communes ont l'obligation d'offrir un certain nombre de prestations durant la période de scolarité obligatoire mais elles disposent d'une liberté d'organisation pour ce faire. Ainsi, pour assurer les prestations mentionnées aux alinéas 1 et 2 de l'article 6, les communes s'organisent

librement, de manière cumulative ou alternative entre les options suivantes (art. 6, al. 3):

- créer, respectivement maintenir, des services dentaires communaux ou intercommunaux ou de structures itinérantes ;
- collaborer avec des médecins-dentistes conventionnés à qui seront délégués les prestations à effectuer (par le biais d'un contrat de prestations) ;
- prévoir d'autres modes d'organisation qui atteignent les buts de la loi.

Si les communes choisissent de passer des contrats de prestations, elles devront le faire avec des médecins-dentistes conventionnés, à savoir des médecins-dentistes qui, autorisés à pratiquer dans le Canton de Vaud, acceptent d'adhérer à titre individuel à une convention spécifique (art. 7, al. 1). A noter qu'au cas où les communes concluraient un contrat de prestations excédant la valeur du point adopté dans la convention prévue à l'article 9, les surcoûts éventuels seront à charge de la commune (art. 9, al. 2).

Un des aspects importants du dispositif concerne effectivement la mise en place d'un système de conventionnement des prestataires des soins dentaires couverts par la loi, notamment les prestations remboursables au titre de la présente loi. Cette convention (art. 9), qui sera négociée entre l'Etat et les partenaires impliqués, règle les aspects importants tels que le montant de la valeur du point applicable pour les mesures prévues à l'article 12 et pour les soins remboursés au sens de la loi, le cahier des charges du médecin-dentiste conventionné, la participation des médecins-dentistes aux examens découlant des dépistages sommaires de la femme enceinte et des jeunes enfants, les procédures d'estimation et de soumission des factures ainsi que le seuil à partir duquel un devis du médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale est exigé. En outre, la convention prévoira l'instance conventionnelle en charge de traiter les éventuels différends entre partenaires découlant de la convention ou de la renégociation de cette convention (par le biais d'une commission de conciliation), tout comme elle prévoira sa durée de validité dès son entrée en vigueur et sa périodicité de renégociation.

Enfin, la loi décrit les responsabilités des autres acteurs intervenant dans la politique publique afin de contribuer à la couverture des besoins médico-dentaires (art. 8), en particulier la responsabilité incombant aux médecins-dentistes, aux parents, aux médecins de premier recours, aux pédiatres, aux infirmières scolaires, au médecin cantonal ainsi qu'aux représentants légaux chargés de la protection des personnes et aux autres professionnels intervenant dans les structures d'accueil de jour. Il convient de souligner qu'une responsabilité particulière incombe aux parents s'agissant de leurs enfants, puisque la loi établit le principe selon lequel les parents doivent veiller à ce que les enfants effectuent les pratiques d'hygiène bucco-dentaires, suivent les examens bucco-dentaires prescrits et reçoivent les soins indiqués par le médecin-dentiste. En cas de manquement constaté à l'exercice de cette responsabilité parentale, les professionnels concernés (médecins-dentistes, médecins scolaires, respectivement infirmières scolaires) en informeront le médecin cantonal, lequel pourra alors prendre les mesures qu'il estime adéquates dans les limites du cadre légal ainsi fixé. Quant aux représentants légaux chargés de la protection des personnes qui leur sont confiées et des autres professionnels intervenant auprès des bénéficiaires de la présente loi, il est question d'un devoir général d'encouragement à effectuer les mesures de santé bucco-dentaire (hygiène, examens et soins) afin d'en soutenir la mise en œuvre.

Des mesures d'organisation spécifiques sont également prévues pour la mise en œuvre des nouvelles prestations d'aides financières ciblées (cf. Titre V de la loi, chapitre II "Organisation"). Concrètement, ce sont les organes décisionnels décentralisés au sens de la LPCFam (CRD), rattachés aux régions d'action sociale (RAS), qui seront compétents pour traiter les demandes de remboursement des frais dentaires et de participation à la couverture d'assurance dentaire découlant des articles 17 à 21 de la loi. Actuellement en charge de l'accueil, de l'information du public et du traitement des demandes PC

Familles et prestations cantonales de la rente-pont, y compris en matière de remboursement des frais de garde et des frais de maladie et d'invalidité, les CRD verront donc leur cahier des charges s'étendre avec l'entrée en vigueur de la présente loi. A l'avenir, ils recevront donc la tâche nouvelle de traiter les demandes et de rendre les décisions de remboursement pour les catégories de bénéficiaires éligibles aux mesures d'aide financière prévues aux articles 17 à 19 de la présente loi.

Si les conséquences financières sont spécifiées au point 2.7 du présent EMPL, il est prévu que l'Etat assurera le financement centralisé des prestations d'aides financières et qu'il versera donc à l'organisme payeur, en l'occurrence les CRD, les montants correspondants aux prestations octroyées et une participation financière aux frais supportés pour l'exécution de ces nouvelles tâches (cf. art. 25, al. 2 LSB), notamment les frais de personnel qu'il s'agira de recruter pour traiter env. 65'000 dossiers annuels (indemnisation forfaitaire par ETP prévu dans les CRD). Dans l'hypothèse où ces contributions ne devaient pas permettre de financer suffisamment les frais administratifs des CRD, le DSAS s'occupera de trouver une compensation à hauteur au moins de la moitié des coûts.

L'employeur du personnel des CRD étant et restant les communes, celles-ci participeront toutefois au financement du dispositif global de la LSB, cela en compensation des économies que les communes feront avec l'abandon du dépistage annuel dentaire, actuellement à leur charge et estimé à un coût global d'environ 1.8 mio CHF en 2014 (cf. partie 1.2.3.2 de l'EMPL). Pour récupérer la participation financière des communes, un système de facturation en francs/ élève scolarisé a été proposé par les associations faitières de communes, système auquel le Conseil d'Etat pourrait se rallier.

2.6 Plateformes informatiques

Deux plateformes informatiques distinctes sont concernées par le projet. Le titre VII du projet de loi est spécifiquement dédié à la définition et aux règles d'utilisation et de fonctionnement concret des plateformes informatiques. D'une part, il s'agit de la plateforme informatique A "Estimation", correspondant à la plateforme "Medident" actuelle, laquelle a pour but de conduire la procédure d'estimation des honoraires et de soumissions des factures (art. 32 à 34). D'autre part, le nouveau dispositif implique l'avènement d'une nouvelle plateforme B "Suivi des examens bucco-dentaires" (art. 14 ; art. 32 à 34).

2.6.1 Plateforme A " Estimation "

Cette plateforme est déjà existante et correspond à la plateforme informatique Medident actuelle.

Elle a été mise en service en 2009 et son but est de permettre la validation par le Médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale des estimations d'honoraires et des factures pour les traitements dentaires pris en charge dans le cadre des régimes sociaux cantonaux et des prestations complémentaires AVS/AI. Elle permet le contrôle des traitements et leur adéquation avec le Référentiel cantonal des prestations admises. L'historique des dossiers ainsi que des traitements réalisés pour les bénéficiaires sont accessibles pour le médecin-dentiste conseil et ses collaborateurs et permet un suivi des dossiers.

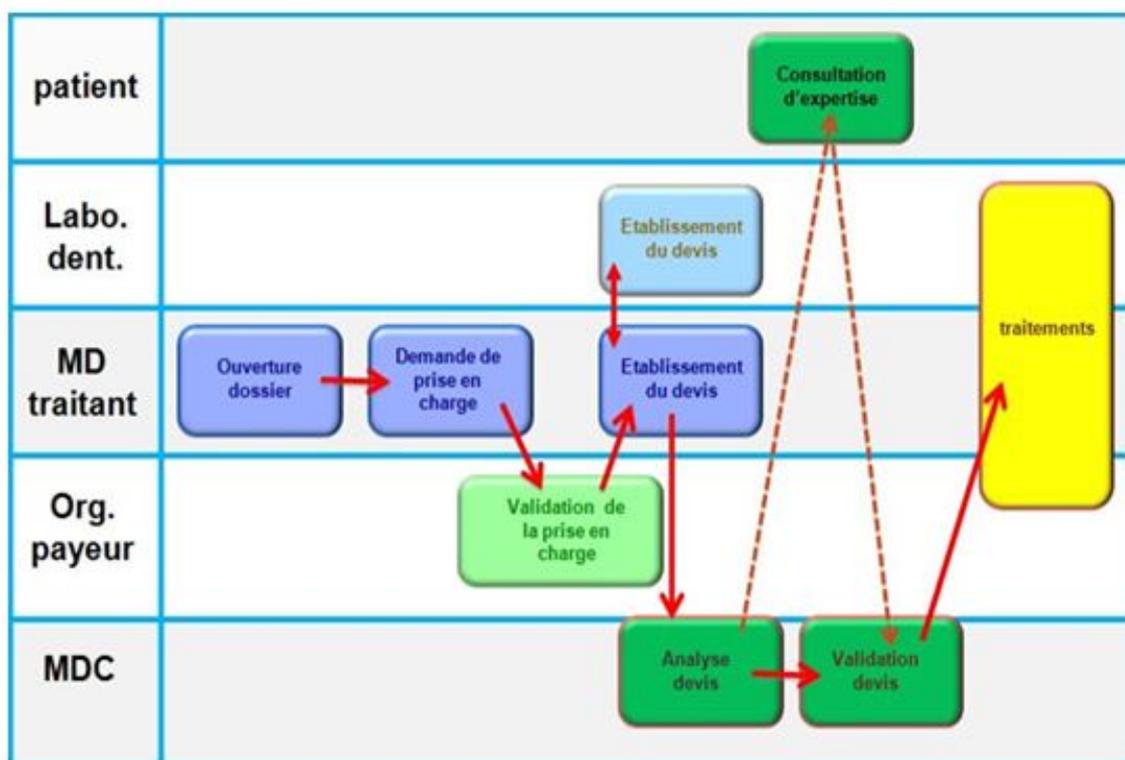
Cette plateforme informatique contient les données personnelles des demandeurs d'un remboursement, l'organisme payeur concerné par le paiement et les renseignements médico-dentaires importants pour l'analyse du dossier par le médecin-dentiste conseil (estimations d'honoraires, factures pro forma, pièces jointes de type radiographies ou photographies, commentaires médicaux et non médicaux, schéma dentaire et toute autre donnée nécessaire à l'établissement du plan de traitement ou au contrôle du traitement réalisé).

Au 1^{er} janvier 2016, la plateforme Medident comprenait environ 1'000 utilisateurs actifs. En 2015, plus de 15'000 dossiers ont été soumis au contrôle et à la validation du Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale.

Pour exemple, le macro processus du traitement des estimations d'honoraires dans la base de données Medident est le suivant : ouverture du dossier par le médecin-dentiste traitant, soumission pour validation de la prise en charge à l'organisme payeur, établissement du devis par le médecin-dentiste traitant (avec ou sans intervention d'un laboratoire dentaire en fonction des soins concernés), soumission du dossier au médecin-dentiste conseil, contrôle et validation par le médecin-dentiste conseil de l'estimation d'honoraire soumise (avec éventuelle convocation du patient pour une consultation d'expertise clinique si nécessaire).

L'utilisation de cette plateforme a permis un gain de temps et d'efficacité dans le traitement des dossiers.

Figure 6 : processus actuel de traitement d'une estimation d'honoraire dans la plateforme informatique « Medident »



L'utilisation de la plateforme existante dans le cadre du volet "aides financières-remboursement des soins" de l'ensemble du dispositif implique une augmentation capacitaire de la plateforme existante afin de pouvoir assurer le traitement des dossiers personnes supplémentaires par année induits par le nouveau dispositif.

2.6.2 Plateforme B " Suivi des examens bucco-dentaires "

Cette plateforme nouvellement conçue devra permettre d'assurer le suivi des contrôles exigés par la loi des élèves en scolarité obligatoire (historique des examens bucco-dentaires (EBD), système de rappels si nécessaire) et le suivi épidémiologique de l'état bucco-dentaire de la population concernée par l'ensemble du dispositif.

Elle contiendra une présentation simplifiée de l'état bucco-dentaire et des pathologies retrouvées à l'examen. Il sera important de concevoir un outil permettant d'obtenir les informations essentielles au

suivi et contrôles des examens bucco-dentaire tout en optimisant la plateforme pour les utilisateurs. Cette plateforme devrait pouvoir gérer environ 150'000 entrées avec une évolution de 25'000 entrées par an.

Les deux plateformes informatiques seront indépendantes mais il devrait être possible d'envisager une connexion facilitée à la plateforme "Estimation" depuis la plateforme "Suivi des examens" dans le souci d'optimiser le travail des utilisateurs.

Les deux plateformes contiendront des données sensibles. Le contenu et les catégories de données feront l'objet d'un catalogue plus détaillé dans le règlement d'application.

2.7 Conséquences financières

Les coûts du dispositif présentés dans ce chapitre sont basés sur les données issues des rapports de l'IUMSP de 2013, et ceux de mars et de juin 2016 respectivement (documents internes). Ils sont basés sur l'application du tarif dentaire SSO et une valeur du point tarifaire dentaire de 3.10 CHF (valeur de point prise en compte dans le cadre des assurances sociales depuis 1994).

Cette valeur de point à 3.10 CHF est pertinente pour la modélisation de coûts puisqu'il s'agit de la valeur admise aujourd'hui dans les régimes sociaux cantonaux. Toutefois, il convient de souligner ici la "sensibilité" des estimations de coûts futurs, attendu que la profession dentaire en Suisse discute actuellement avec les assureurs d'un réexamen à la hausse de la valeur du point de référence. Si la valeur de référence du point venait à être rehaussée à l'avenir, les estimations de coûts devraient vraisemblablement l'être dans la même proportion. Toutefois, la valeur du point constituera un des aspects centraux de la future convention qui sera négociée entre l'Etat, les communes et les prestataires de soins (art. 9 LSB). Il sied aussi de préciser qu'en l'absence de convention (par exemple si les négociations devaient échouer), il reviendrait alors au Conseil d'Etat de fixer par arrêté la valeur du point, cela pour éviter tout vide conventionnel.

Pour le surplus, les projections financières 2019-2023 sont basées sur le principe d'un déploiement progressif des prestations et donc des coûts y relatifs, en particulier des aides financières mais à l'exception notable des examens obligatoires pour les enfants lors de la scolarité, lesquels devraient se déployer pleinement en 2020 déjà. Le déploiement de l'ensemble des prestations (examens, soins, aides financières) et donc des coûts des mesures est prévu au plus tard 3 ans après l'entrée en vigueur de la loi. Le même principe de déploiement progressif prévaudra concernant les sources de financement du dispositif (voir ci-après sous 2.7.5).

2.7.1 Coûts des différentes mesures

2.7.1.1 Mesures du volet "examens et soins bucco-dentaires en faveur des enfants"

A son plein déploiement (2021), le coût annuel de la mise en place des mesures prévues pour cette population est estimé à **15.8 mios CHF (15.2 mios CHF hors régimes sociaux)** lesquels se répartissent comme suit :

- **6.8 mios CHF** pour financer l'ensemble des examens bucco-dentaires prévus dans le dispositif pour les enfants et les jeunes entre 0 et 16 ans y compris les examens des femmes enceintes dépistées à risque par le médecin de premier recours. A noter que 609'409 CHF concernent les bénéficiaires des régimes sociaux. Donc **6.2 mios CHF** pour les coûts des EBD hors régime sociaux.

Ces coûts comprennent spécifiquement :

- Le coût des examens bucco-dentaires complets des femmes enceintes à risque, des enfants de 12 à 36 mois à risque et de tous les enfants entre 3 et 4 ans ; ils seraient pris en charge par l'Etat mais avec une participation des bénéficiaires et une contribution des médecins-dentistes

conventionnés (selon l'article 30 de la LSB) (coût total de 1.5 mios, soit environ 481'000 chacun pour un calcul se basant sur une répartition 1/3-1/3-1/3).

- Les examens bucco-dentaires complets effectués pour les enfants durant la scolarité obligatoire ; ils seraient pris en charge par le Canton de Vaud pour un coût total d'environ 5.3 mios.
- **8,9 mios CHF** pour financer le coût, à charge du Canton de Vaud, de la mesure de remboursement de 50% des soins prophylactiques et thérapeutiques pour tous les enfants et les jeunes habitant-e-s du canton (hors régimes sociaux). Tenant compte de la volonté d'un déploiement plus rapide de cette mesure, le plein déploiement est anticipé pour 2020 déjà, pour atteindre env. 9.2 mios CHF à terme (2023). Enfin, il convient de noter que le coût effectif de la mesure s'avérera sans doute moindre en définitive, puisqu'il faut tenir compte de l'application du principe de subsidiarité des assurances privées préexistantes (art. 15), ce dont les projections financières (figure 15 – effet du principe de subsidiarité des aides financières 2019-2023) tiennent compte. A noter que les frais dentaires sont déjà pris en charge pour les enfants et jeunes bénéficiaires des régimes sociaux RI, PC AVS/AI et PC Familles.
- **0.1 mio CHF** pour financer le coût des mesures de prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire (3x45 mn au 1er cycle primaire (1P-4P) et 1x 45 mn au 2ème cycle primaire (5P-8P)). Conformément à l'article 30 du projet de loi, ces coûts devraient être pris en charge par les communes. Un déploiement plein est attendu dès 2019.

Voir annexe 2 - Figure 7 : tableau volet "Enfants, mesures d'examens et de soins bucco-dentaires en faveur des enfants "

2.7.1.2 Mesure volet 2 " aide financière ciblée pour les adultes de condition socio-économique modeste "

A son plein déploiement (2021), le coût annuel de la mise en place des mesures prévues pour les adultes (voir art. 18) sera de **16,5 mios**.

Un appui financier ciblé leur serait possible, mais seulement pour des traitements générant des coûts jugés trop importants, tenant compte de leurs revenus. Une condition de ressources sera donc appliquée.

Concrètement, le Conseil d'Etat envisage un remboursement des frais dentaires excédant 3% du revenu net (selon taxation fiscale). Par ailleurs, le montant maximal de remboursement envisagé serait de 5000 CHF de frais dentaires annuels par personne. Pour les couples, une déduction de l'ordre de 20'000 CHF serait appliquée sur les revenus à prendre en compte. De plus, la franchise de 3% devrait représenter au moins 600 CHF, de manière à réserver le régime aux frais dentaires importants. A noter que le montant maximal des frais pouvant être remboursés, les modalités de calcul du revenu des couples et des ménages avec enfants, tout comme la franchise minimale seront précisés ultérieurement par le Conseil d'Etat dans un règlement. Les traitements proposés devront correspondre au Référentiel cantonal existant pour les frais dentaires pris en charge actuellement dans le cadre des régimes sociaux et soumis à évaluation du médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise. Environ 20'000 personnes sont concernées par une telle mesure.

En retenant les paramètres ci-dessus ainsi qu'un taux de recours à la mesure de 50% du périmètre des bénéficiaires potentiels, le coût estimé se situe à env. 15,2 mios CHF. Le système de financement permet toutefois de garantir des coûts même avec un taux de recours légèrement supérieur (jusqu'à environ 55%). Dès lors, un montant plafonné à 16.5 mios CHF a été retenu au niveau des projections financières 2019-2023.

Ces coûts seraient pris en charge par l'Etat. Les bénéficiaires devraient assumer le coût de la franchise fixée proportionnellement au revenu et la part non-couverte en vertu du montant maximal.

Tenant compte de l'expérience des PC Familles, un déploiement progressif de la mesure et donc des coûts est prévu : 5,5 mios en 2019, puis 11 mios en 2020 et atteinte du plafond de 16,5 mios à partir de 2021.

Voir annexe 3 - Figure 8 : tableau volet "Adultes - mesure d'aide financière ciblée"

2.7.1.3 Mesures volet "personnes âgées et personnes en situation de handicap"

A son plein déploiement (2021), le coût annuel de la mise en place des mesures prévues dans le volet "CMS/EMS/ESE" est estimé à **environ 1.9 mio CHF (1 mios CHF hors régimes sociaux)**, lesquels se répartissent comme suit :

- **1.9 mios CHF** pour le total des examens bucco-dentaires (EBD) prévus dans le volet "CMS/EMS/ESE", dont **1 mio CHF** hors régimes sociaux, qui comprend :
 - un examen bucco-dentaire complet auprès d'un médecin-dentiste en cas de problème dépisté par l'infirmier en charge des soins à domicile de patients de plus de 65 ans. Le montant de cette mesure s'élève à 864'836 CHF, dont 125'178 CHF pris en charge par les régimes sociaux ;
 - un examen bucco-dentaire complet à l'entrée en EMS puis un suivi régulier. Le montant est de 813'929 CHF pour les EBD des résidents en EMS, dont 549'780 CHF à charge des régimes sociaux ;
 - un examen bucco-dentaire complet à l'entrée en institution, puis un suivi régulier. Le montant calculé est de 189'917 CHF pour les EBD réalisés chez la population hébergée en ESE/EMS, dont environ 164'034 CHF pris en charge par les régimes sociaux.

Les aides financières aux soins dentaires pour cette population sont comprises dans le volet "aides financières adultes".

Ces coûts seraient assumés par l'Etat. Les coûts afférents aux examens et aux aides financières se déploieront progressivement sur 3 ans.

Voir annexe 4 - Figure 9 : tableau volet "examen bucco-dentaires personnes âgées et personnes en situation de handicap"

2.7.1.4 Mesure "contribution au paiement des primes d'assurances dentaires pour les enfants"

Dans le cadre de l'encouragement à la couverture asséculo-logique des enfants (cf. art. 11, al. 3 et art. 19), l'Etat encourage les parents à contracter une assurance dentaire et contribue au paiement de la prime. Le Conseil d'Etat fixe dans un cahier des charges la liste des prestations assurées pour pouvoir prétendre à une participation. L'incitation passe par une mesure d'information (sensibilisation accrue auprès des parents) et une mesure financière (participation au paiement de la prime d'assurance dentaire).

Concrètement, l'aide incitative passera par la distribution d'un "bon d'assurance" d'un montant forfaitaire de 200 CHF pour chaque nouveau-né dont la preuve peut être apportée que la souscription à un produit d'assurance dentaire éligible a été faite (photocopie du contrat d'assurance signé comme preuve) pour une durée contractuelle de deux ans. La mesure s'adresse de manière universelle à tous les enfants pour les premières années de vie, les parents bénéficiaires étant appelés à prendre le relais au-delà, étant entendu qu'ils auront été mieux informés préalablement et dès le départ quant aux bénéfices à long terme d'une assurance dentaire contractée dès la naissance.

Le plein déploiement est prévu en 2021. Concrètement, 100'000 CHF seront consacrés au volet "information" dès 2019. Le montant total du coût de la mesure (information et incitation financière) sera de 1,6 mio. Un taux de recours de 80% à la mesure d'incitation financière a été pris en compte

pour le calcul.

Figure 10 : tableau mesure de promotion asséculoologique

Type de mesures	Contribution au paiement des primes d'assurance dentaire pour les enfants.
Descriptif de la mesure (synthèse)	Participation financière pour encourager la couverture asséculoologique les deux premières années de vie. Mener des campagnes d'information.
Détail sur la population concernée (tranches d'âge, régimes sociaux, etc.)	Enfants
Conditions pour bénéficier de la mesure	Universel
Nb de personnes effectives par an	7'715
Coûts annuels globaux pérennes	fr. 1'643'058

2.7.1.5 Mesures de communication et de formation

Dans le cadre des différentes mesures de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire, l'Etat assumera un rôle plus actif en matière de communication, d'information et de formation auprès des différents publics concernés. Une enveloppe budgétaire pérenne de 50'000 CHF annuels est ainsi prévue à cet effet. Cette somme sera essentiellement affectée au financement des mesures d'information et de formation telles que prévues aux articles 5 et 11 du projet de loi, tout comme au soutien des activités de médiation interculturelle (art. 10) qui seront jugées nécessaires.

2.7.1.6 Récapitulatif du coût des mesures

Le coût total des mesures envisagées s'élève à CHF 35.9 mios (34 mios CHF hors régimes sociaux).

Figure 11 : tableau récapitulatif du coût total des mesures envisagées

Mesures	Montants CHF	Montant CHF hors régimes sociaux	Montants CHF régimes sociaux
Volet "Enfants" examens bucco-dentaires + aides financières soins	15'822'545	15'213'136	609'409
Volet "Adultes" aides financières soins	16'500'000	16'500'000	0
Volet "CMS/EMS/ESE" examens bucco-dentaires	1'868'682	1'029'690	838'992
Mesure promotion asséculoologique	1'643'058	1'643'058	0
Communication et formation (promotion SBD)	50'000	50'000	0
Total	35'884'285	34'435'884	1'448'401

2.7.2 Coûts informatiques

Les coûts informatiques induits par le projet se répartissent entre :

- le redimensionnement de la plateforme Medident existante (outil informatique utilisé actuellement pour le traitement/contrôle des frais dentaires pour les patients pris en charge par les régimes sociaux) afin de pouvoir assurer le traitement des dossiers supplémentaires induits par le nouveau dispositif ;
- le développement de la nouvelle plateforme santé bucco-dentaire (SBD) qui devra permettre d'assurer le suivi des contrôles exigés par la loi (système de rappels si nécessaire) et le suivi épidémiologique de l'état bucco-dentaire de la population concernée par le projet SBD. Cette plateforme devrait pouvoir gérer environ 150'000 entrées avec une évolution de 25'000 entrées par an ;
- le développement d'un programme informatique pour la perception de la taxe sur les boissons sucrées (BS), pour permettre a) un traitement performant des informations que les entreprises concernées devront communiquer à l'Etat pour l'identification des distributeurs et des quantités délivrées et b) effectuer une taxation efficace des entreprises assujetties au paiement de la taxe ;
- la maintenance technique des trois plateformes informatiques.

Il s'agit d'une première estimation qu'il y aura lieu d'affiner par la suite. Un crédit d'investissement sera demandé ultérieurement.

Figure 12 : tableau récapitulatif des coûts informatiques

Coûts d'investissements informatiques	
Redimensionnement Medident	100'000 CHF
Développement nouvelle plateforme SBD	500'000 CHF
Développement d'un programme pour la perception de la taxe sur les boissons sucrées	500'000 CHF
Total coûts d'investissement	1'100'000 CHF
Total coûts amortissements et intérêts	250'250 CHF / an
Coûts pérennes	
Maintenance informatique, frais fixes	60'000 CHF
Maintenance informatique, frais variables	90'000 CHF
Maintenance informatique taxe BS	50'000 CHF
Maintenance informatique	200'000 CHF / an

2.7.3 Coûts administratifs

Les coûts administratifs du dispositif sont liés à la nécessité de prévoir de nouveaux postes de travail à divers niveaux :

- postes liés aux activités de contrôle et expertise des dossiers par le Médecin-dentiste conseil et

son équipe via les plateformes informatiques des dossiers supplémentaires induits par le dispositif : 2.5 EPT médecin-dentiste conseil + 0.8 EPT administratif.

- poste de chef de projet responsable du pilotage et de la surveillance du nouveau dispositif : 0.5 EPT (CDD de 2 ans renouvelable une fois).
- poste lié à la gestion de la mesure de promotion asséculoologique : 0.8 EPT.
- postes liés à la perception de la taxe sur les boissons sucrées : 2.8 EPT en 2019 et 2020 (2 ETP de taxateurs et 0.8 ETP de juriste), puis passage à 1,8 EPT dès 2021 (suppression d'un EPT de taxateur une fois le système informatique de perception pleinement déployé).
- postes liés au travail supplémentaire dans les Centres régionaux de décision (CRD) pour environ 65'000 dossiers supplémentaires : 8.5 EPT. Une indemnisation forfaitaire par ETP est prévue. Dans l'hypothèse où ces contributions ne devaient pas permettre de financer suffisamment les frais administratifs des CRD, le DSAS s'occupera de trouver une compensation à hauteur de la moitié des coûts. L'employeur du personnel des CRD étant et restant les communes, celles-ci participeront toutefois au financement du dispositif global de la LSB, cela en compensation des économies que les communes feront avec l'abandon du dépistage annuel dentaire, actuellement à leur charge et estimé à un coût global d'environ 1.8 mios CHF en 2014 (cf. partie 1.2.3.2 de l'EMPL). Un système de facturation en francs/ élève scolarisé a été proposé par les associations faitières de communes, système auquel le Conseil d'Etat ne voit pas d'inconvénient.

Figure 13 : tableau récapitulatif des coûts administratifs

Postes "Etat"								
Postes	EPT en 2021	Type de contrat	Durée d'engagement	2019	2020	2021	2022	2023
Expertises médecin-dentiste conseil MDC	2.5	CDI	-	246'625	493'249	550'000	550'000	550'000
Administratif MDC	0.8	CDI	-	39'460	78'920	88'000	88'000	88'000
Chef de projet	0.5	CDD	2 ans	92'400	92'400	92'400	92'400	-
Gestionnaire promotion asséculoologique	0.8	CDI	-	100'000	100'000	100'000	100'000	100'000
Taxateurs taxe boissons sucrées	1	1 CDI	-	130'000	130'000	130'000	130'000	130'000
		1 CDD	2 ans	130'000	130'000	-	-	-
Juriste taxe boissons sucrées	0.8	CDI	-	120'000	120'000	120'000	120'000	120'000
Total EPT	6.4			858'485	1'144'569	1'080'400	1'080'400	988'000
Postes "communes"								
Gestionnaire organismes payeurs dans les CRD	8.5	CDI	-	468'586	937'173	1'105'000	1'105'000	1'105'000
Total coûts administratifs	14.9			1'327'071	2'081'742	2'185'400	2'185'400	2'093'000

2.7.4 Récapitulatif des coûts annuels totaux

Figure 14 : tableau récapitulatif des coûts totaux (2021)

Coûts	Montants totaux CHF	Etat (hors régimes sociaux, tiers et communes)	Régimes sociaux	Tiers	Communes *
Mesures	35'884'285	33'353'456.01	1'448'401	962'483	119'945
Coûts informatiques (amortissement, intérêts et maintenance)	450'250	450'250			
Coûts administratifs	2'185'400	1'080'400			1'105'000
Total	38'519'935	34'884'106	1'448'401	962'483	1'224'945

**Les coûts ont été calculés sur la base de l'effort financier communal actuel pour le dépistage et la prophylaxie réalisés aujourd'hui en milieu scolaire. La mise à charge de ces montants devra faire l'objet d'un accord entre l'Etat et les communes.*

2.7.5 Financement du dispositif

Comme l'indique la section précédente, l'essentiel des coûts annuels pérennes du dispositif seront à charge de l'Etat, avec une petite part à charge des communes.

En vertu de l'art. 6 de la Loi sur les finances (LFin) du 20 septembre 2005, avant de présenter au Grand Conseil un projet de loi ou de décret entraînant une charge nouvelle, le Conseil d'Etat s'assure du financement de celle-ci. Est considérée comme charge nouvelle toute charge grevant le compte de fonctionnement de l'Etat et qui ne répond pas à la définition de charge liée. Est liée, la charge dont le principe, l'ampleur et le moment où elle peut être engagée sont imposés par une disposition légale en vigueur ou par l'exécution d'une tâche publique préexistante au projet de loi ou de décret. En cas de charge nouvelle, et si son financement ne peut être assuré par l'excédent de revenus du budget de fonctionnement tel que défini à l'art. 8 al. 1, le Conseil d'Etat doit présenter au Grand Conseil des mesures compensatoires ou fiscales simultanément au projet de loi ou de décret entraînant la charge nouvelle.

S'agissant des coûts à charge de l'Etat, ceux-ci constituent des charges nouvelles. Il convient donc que le Conseil d'Etat s'assure du financement de ces charges, respectivement qu'il présente des mesures compensatoires ou fiscales.

A l'article 10" financement " LSB, il est proposé que les coûts imputables à l'Etat seront financés par deux sources distinctes : d'une part, une taxe sur les boissons sucrées (art. 32) et, d'autre part, des cotisations à charge des salariés et des indépendants (art. 30).

2.7.5.1 Taxe sur les boissons sucrées

A l'article 31, la loi prévoit que l'Etat prélèvera une taxe sur les distributions de boissons sucrées opérées sur le territoire cantonal.

L'EFSA (European Food Safety Authority)[57] relève des preuves suffisantes que la consommation fréquente d'aliments riches en sucre augmente le risque de carie dentaire. Par ailleurs, hors contexte lié à la santé bucco-dentaire, il convient de souligner que les données montrent également un lien entre des apports élevés en sucre sous forme de boissons sucrées et la prise de poids, thématique de santé publique importante.

En mars 2015, l'OMS a formulé des recommandations visant à réduire la consommation de sucre chez

les enfants et les jeunes [58]. En particulier, le Dr Francesco Branca, Directeur du Département Nutrition pour la santé et le développement de l'OMS a précisé que *"nous disposons de données fiables montrant qu'un apport en sucres libres inférieur à 10% de la ration énergétique totale réduit le risque de surpoids, d'obésité et de carie dentaire. Si les pays veulent honorer leur engagement de réduire la charge des maladies non transmissibles, il sera essentiel de modifier les politiques dans ce sens"*.

S'agissant spécifiquement du lien entre boissons sucrées et caries dentaires, il existe là aussi un large consensus sur les effets néfastes des sodas et autres boissons avec sucres ajoutés en termes de santé bucco-dentaire [59] [60]. Il convient d'ajouter que les effets négatifs sur la santé bucco-dentaire des boissons sucrées sont aggravés par leur fréquente acidité. En santé bucco-dentaire, l'acidité est un facteur pathogène car elle provoque des érosions dentaires. L'érosion est une véritable destruction de la surface dentaire qui est "rongée" par les acides. Atteignant la surface dans un premier temps, elle peut, dans les cas les plus graves, détruire l'essentiel du volume de la dent [61]. La présence d'érosions dentaires est très fréquente chez les consommateurs de boissons acides.

Confirmant cette analyse, le rapport de Promotion Santé Suisse de 2013 précise que *"L'impact négatif de la consommation de boissons sucrées ayant un pH acide sur la santé des dents fait l'objet d'un large consensus. Diverses études ont démontré le lien existant entre la consommation de ces boissons et la formation des caries ainsi que l'érosion dentaire."* [62]

Selon la Fédération dentaire internationale (FDI), *"les sucres libres sont le premier facteur alimentaire responsable de la maladie carieuse. Les sucres induisent la prolifération de bactéries cariogènes, dont le métabolisme produit des acides qui entraînent la déminéralisation de l'émail et de la dentine. C'est le point de départ du processus pathologique à l'origine des caries. (...) Toute politique de promotion de la santé doit se préoccuper de la quantité et de la fréquence de consommation des sucres libres, car celles-ci sont fortement corrélées. (...) Chaque ingestion supplémentaire d'une dose de 5 grammes de sucre se traduit par une augmentation de la probabilité de développer des caries. On observe notamment une plus forte prévalence et une gravité accrue des caries avec une consommation de sucre dépassant les 10% du total de l'apport énergétique par rapport à une consommation inférieure à 10%."* [63]

Compte tenu des liens relevés entre la santé et les boissons sucrées, une taxation ciblée sur les produits impliqués a tout son sens en termes de santé publique. L'OMS appelle désormais les gouvernements à instaurer une taxe sur les boissons sucrées, estimant qu'il existe actuellement suffisamment d'indications qu'une telle taxation permet de faire baisser la consommation de ces produits et de faire reculer le nombre de cas d'obésité, de diabète de type 2 et de carie dentaire. [64] Selon le Dr Douglas Bettcher, Directeur du Département Prévention des maladies non transmissibles de l'OMS, *"la consommation de sucres libres, y compris de produits comme les boissons sucrées, est un facteur important de l'augmentation du nombre de cas d'obésité et de diabète dans le monde (...) Si les pouvoirs publics taxent les produits tels que les boissons sucrées, ils peuvent éviter des souffrances et sauver des vies. Ils peuvent aussi faire baisser les dépenses de santé et faire augmenter les recettes pour investir dans les services de santé"*. Une telle taxation des boissons sucrées semble d'autant plus opportune que selon le Dr Francesco Branca, Directeur du Département Nutrition pour la santé et le développement de l'OMS, *"le sucre n'est pas nécessaire du point de vue nutritionnel. L'OMS recommande de maintenir l'apport éventuel en sucres libres à moins de 10% des besoins énergétiques totaux et de le ramener à moins de 5% si l'on veut obtenir des bienfaits supplémentaires sur le plan de la santé. C'est l'équivalent d'un seul verre de 250 ml de boisson sucrée par jour"*.

L'article paru dans le journal "24 Heures" du 11 octobre 2016 [65] titré "Des taxes sur les boissons sucrées contre l'obésité" exprime ainsi une préoccupation sociétale importante et son écho médiatique très actuel concernant la politique de taxation des boissons sucrées. L'article précise que

"l'OMS demande de défendre activement ces politiques pour contrer les arguments de l'industrie du secteur. Elle admet par ailleurs que le manque de standard sur ce qui doit être taxé constitue un défi pour les Etats. Des principes clairs devront être établis".

D'un point de vue de santé publique, une taxe portant spécifiquement sur les boissons sucrées est une mesure qui fait sens pour les raisons suivantes :

- sur le plan scientifique, les liens sont avérés entre la consommation excessive de boissons sucrées et les problèmes de santé tels que le surpoids/obésité, le diabète type 2 et les caries dentaires ;
- les boissons sucrées contiennent d'importantes teneurs en sucre mais pour un faible apport nutritionnel ;
- la consommation des boissons sucrées est proportionnellement plus élevée chez les jeunes ;
- certaines boissons sucrées ont une forte acidité, qui peut entraîner une érosion dentaire et des risques accrus pour la santé bucco-dentaire ;
- comparé à d'autres produits sucrés, les boissons sucrées et leur forte teneur en sucre peuvent être très facilement ingérées ;
- les stratégies de marketing et les politiques de prix rendent la consommation de ces produits particulièrement attractifs, notamment chez les jeunes.

Au vu de ce qui précède, il convient de signaler que plusieurs pays et villes à l'étranger ont d'ores et déjà mis en place une taxe sur les boissons sucrées. La littérature spécialisée recense ainsi 21 cas connus à ce jour, à différents stades d'avancement (Le Bodo et al. 2016 : 4-15) :

- Plusieurs Iles du Pacifique (Fiji, Samoa, Nauru et Polynésie française)
- Danemark
- Finlande
- Hongrie
- France
- Iles Cook
- Algérie
- Mauritanie
- Mexique
- Tonga
- Saint Hélène
- Royaume-Uni
- Inde
- Berkeley (Californie)
- Navajo Nation (250'000 habitants entre Utah, Arizona et Nouveau-Mexique)
- Chili
- Caraïbes (Barbade, Dominique)
- Belgique

A noter encore qu'un nombre croissant de villes américaines adoptent des taxes sur les boissons sucrées, à l'instar des villes de Philadelphie (Pennsylvanie) en juin 2016 [66] mais aussi des villes californiennes de San Francisco, Oakland et Albany, tout comme de Boulder (Colorado) à l'occasion

des scrutins locaux du 8 novembre 2016 [67].

Pour information, le tableau joint en annexe synthétise les caractéristiques générales de quelques cas de taxation dans des pays étrangers (Mexique, France, Belgique, Norvège, Berkeley, Philadelphie). Si le cercle des assujettis aux taxes varient fortement d'un cas à l'autre, on relèvera que le montant de la taxe oscille quant à lui entre minimum 0.05 CHF/litre et un maximum de 2.30 CHF/litre en fonction des pays et des produits. Quant aux boissons soumises à taxation, il s'agit pour l'essentiel des boissons dès lors qu'elles contiennent des sucres ajoutés, tout en prévoyant un certain nombre d'exceptions (jus de fruits naturels, laits infantiles, etc.).

Dans le projet de loi, les boissons sucrées sont définies comme toutes les boissons sans alcool au sens du droit fédéral [68], destinées à la consommation humaine et contenant tout type de sucre ajouté. Les boissons ne contenant que du sucre naturel ne seraient donc pas concernées. En revanche, des boissons telles que les sodas, limonades, thé froid, boissons énergisantes, etc. contenant du sucre ajouté le seraient. La définition ainsi proposée est compatible avec les observations faites au niveau international et la définition employée par les experts de la taxation de ces produits, à l'instar de l'ouvrage de référence de Le Bodo et al. (2016 : 3) qui entend par boissons sucrées "*les boissons gazeuses, les jus de fruits, les eaux aromatisées, les boissons énergisantes et sportives dès lors qu'elles contiennent des sucres ajoutés.*" En revanche, leur définition tend à exclure des produits comme les jus de fruits 100% naturels, le lait, le lait sucré, les boissons édulcorées non caloriques, le chocolat chaud et les boissons à base de thé ou de café chaud.

Le Conseil d'Etat pourra évidemment préciser cette définition, par exemple pour établir une liste exhaustive de produits à taxer, respectivement d'établir des exceptions pour certains types de boissons, dont les effets bénéfiques, notamment en termes nutritionnels, font l'objet de consensus (par ex. les jus de fruits ou de légumes 100% naturel, les laits pour enfants, les produits de nutrition entérale, etc.).

D'un point de vue juridique et du fait générateur de la taxation, la taxe est dès lors conçue comme un impôt spécial cantonal d'affectation des coûts. Tenant compte des coûts à charge des pouvoirs publics s'agissant de pathologies telles que l'obésité, le surpoids, le diabète ou les caries dentaires engendrées par une surconsommation [69] des boissons sucrées, il est en effet considéré légitime que les acteurs qui retirent des bénéfices commerciaux issus de la distribution de ce type de produits contribuent à couvrir une partie des coûts engendrés pour la société et les pouvoirs publics.

A titre d'exemple, l'OFS a calculé les coûts résultant du surpoids et de l'obésité ainsi que des maladies qui y sont liées. De 2002 à 2012, ces coûts ont triplé ; ils sont passés de 2.6 milliards à près de 8 milliards de francs par an [70]. A noter que l'étude de l'OFS tient compte des coûts directs (utilisation de ressources pour le traitement de l'obésité et des maladies qui y sont liées) et des coûts indirects (perte de productivité suite à des absences professionnelles, invalidité ou mort prématurée).

S'agissant des coûts du diabète dans le seul canton de Vaud, une étude mandatée par le Programme cantonal Diabète en 2012 a estimé le coût direct (médical) de la maladie dans une fourchette comprise entre 170 et 250 millions de francs ; quant à son coût indirect, celui-ci a été estimé à près de 290 millions de francs (année de référence 2010), soit un montant supérieur au coût direct médical [71].

Concernant la consommation de boissons sucrées en Suisse, les quelques données disponibles indiquent ce qui suit :

- De manière globale, la consommation de boissons sucrées a augmenté au cours des 20 dernières années. [72]
- Le 6^e rapport sur la nutrition en Suisse indique, sur la base des chiffres du commerce de détail, qu'en 2008/2009 la consommation annuelle de boissons sucrées hors du domicile s'élevait à plus

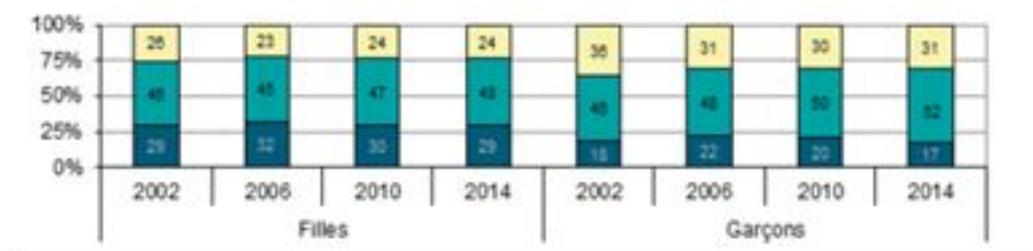
de 70 litres par personne ; elle se répartit pour moitié de limonades et pour moitié, de jus de fruits et de légumes, de boissons énergisantes et de boissons destinées aux sportifs.

- "En 2010, en Suisse, les ventes de limonades, thé glacé, boissons énergisantes, jus de fruits et sirops s'élevaient selon les estimations à 126 litres par personnes, contre 113 litres pour l'eau minérale". [73]
- "25% à 33% des adolescents consomment chaque jour des boissons sucrées ; la consommation dépend de l'âge et du sexe des jeunes. Ainsi, ce sont les garçons entre 15 et 17 ans qui consomment le plus de boissons sucrées." [73]

Une étude régulière conduite par Addiction suisse (et financée par l'OFSP et les cantons) sur les habitudes alimentaires, l'activité physique et le statut pondéral des élèves de 11 à 15 ans en Suisse (étude "HBSC") [74] fournit des indications sur la régularité de la consommation de boissons gazeuses sucrées et de boissons énergisantes chez les enfants et les adolescents. La figure ci-après montre que les garçons consomment plus souvent des boissons gazeuses sucrées alors que la consommation serait restée relativement stable entre 2002 et 2014. La consommation de boissons énergisantes est légèrement supérieure chez les garçons, mais on constate qu'elle a diminué entre 2010 et 2014, alors que la popularité de ces boissons était en constante augmentation jusqu'à 2010.

Fréquence de la consommation de boisson gazeuses sucrées et de boissons énergisantes chez les jeunes de 11 à 15 ans, par sexe, 2002-2014, en %

a) boissons gazeuses sucrées



b) boissons énergisantes

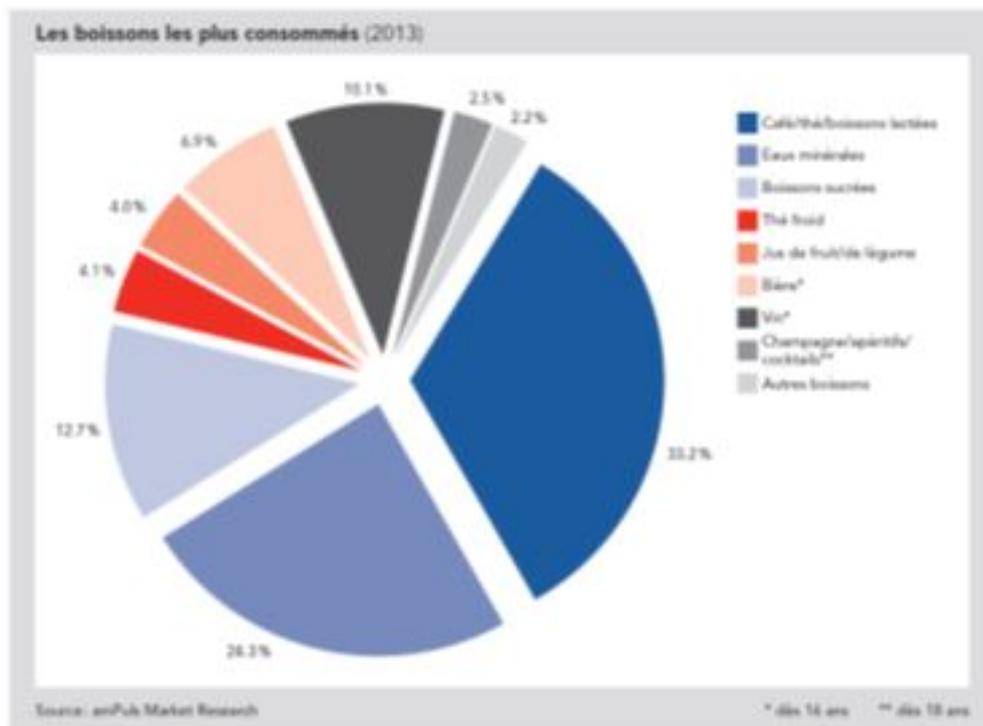


(source : indicateur 2.11 « boissons sucrées » issu du système de monitoring alimentation et activité physique (MOSEB))

Gastrosuisse fournit également quelques indications chiffrées sur la consommation de boissons par la population suisse en dehors du domicile [75] (sans commerce de détail) :

En 2013, la population habitant en Suisse a acheté des boissons à consommer hors foyer pour un montant total de 8,014 milliards de francs, 80% l'ayant été en accompagnement d'un plat.

S'agissant du type de boissons consommées, le palmarès établi par Gastrosuisse des boissons les plus consommées indique que les boissons sucrées occupent la troisième place avec 12.7% du total, cela sans compter toutefois le thé froid (4.1%) et les jus de fruit/légume (4%).



L'âge et le sexe sont des facteurs qui influencent fortement sur le type de boissons consommées. Ainsi, c'est dans la tranche d'âge des 15-29 ans que la consommation de boissons sucrées est la plus importante en termes relatifs, avec 22.4% (boissons sucrées) et 11.4% (thé froid) contre 14.2% et 3.6% respectivement dans la tranche d'âge des 30-49 ans. A noter que les hommes ont également tendance à boire plus fréquemment des boissons sucrées que les femmes (14% contre 11%).



S'agissant du périmètre des boissons visées, le choix a été fait d'une définition des boissons sucrées relativement générale et simple, notamment pour des questions de mise en œuvre pratique de la taxe auprès des assujettis.

Seront assujetties au paiement de la taxe toutes les entreprises distribuant des boissons sucrées (correspondant à la définition adoptée) auprès d'un détaillant actif sur le territoire cantonal. Il ne s'agit donc pas d'une taxe portant sur la vente directe et finale de boissons auprès des consommateurs, mais bel et bien d'une taxe à payer par les distributeurs de boissons sucrées dans le Canton de Vaud. Par distributeur, il faut entendre toute entreprise distribuant des boissons sucrées sur le territoire cantonal à une entreprise pratiquant la vente de détail aux consommateurs, que le siège du distributeur soit établi dans le Canton de Vaud ou ailleurs en Suisse. Quant à la notion de détaillant, elle s'entend ici par opposition à celle de distributeur, dans un circuit de distribution. Les détaillants concernés sont donc compris au sens large du terme, à savoir notamment les supermarchés (grandes surfaces), les entreprises du commerce de détail (petites et moyennes surfaces), les kiosques, les distributeurs automatiques, les commerces de boissons, les établissements du secteur de la restauration, de l'hôtellerie et des cafetiers, la restauration collective, dès lors que ces entreprises sont actives dans la vente finale de boissons sans alcool aux consommateurs.

La taxe sera prélevée annuellement auprès des distributeurs, qui auront été préalablement identifiées par un système de déclaration quant à l'identité du fournisseur et des quantités achetées auprès de ce fournisseur que rempliront les quelques 6'700 points de vente actifs sur le territoire vaudois, lesquels pourraient être identifiés par le registre des entreprises alimentaires que tient à jour le SCAV en vertu de la législation en vigueur. Une fois les circuits de distribution identifiés sur le plan vaudois et suisse, une procédure de taxation en bonne et due forme sera appliquée : envoi d'un formulaire de déclaration des quantités distribuées auprès d'entreprises vaudoises, procédure de taxation sur la base des déclarations faites, voies de recours possibles, etc.

Si, pour une raison ou une autre, le distributeur ne peut être identifié ou qu'il est situé en dehors du

territoire suisse, la taxe est alors prélevée directement auprès du détaillant-vendeur. De même, la taxe sera prélevée directement auprès des détaillants qui préparent eux-mêmes des boissons sucrées pour les vendre aux consommateurs.

Le montant de la taxe est fixé en francs par litre. Le Conseil d'Etat fixera annuellement le montant de cette taxe, mais il ne pourra toutefois pas dépasser un maximum de 0.30 CHF par litre. Le Conseil d'Etat pourra en outre adapter le montant de la taxe en fonction de la teneur en sucre des boissons concernées. Au vu des arguments développés dans le présent EMPL, il apparaît en effet judicieux de donner au Conseil d'Etat la compétence de fixer un montant de taxe plus élevé pour les boissons fortement sucrées par rapport aux boissons dont la teneur en sucre est plus faible. Dans tous les cas de figure, le Conseil d'Etat devra prévoir une limite de volumes exprimées en litres en-dessous de laquelle la taxe ne pourra pas être prélevée. Cette mesure protégera les distributeurs (cas échéant, les détaillants) ayant des faibles volumes d'activité et donc des chiffres d'affaire peu importants sur cette catégorie de produits.

Une telle taxe sur la distribution en amont pourrait également entraîner un potentiel effet préventif et modérateur sur certaines politiques de prix rendant particulièrement attractives certains produits. Ainsi, il n'est pas rare d'observer dans le commerce de détail des offres promotionnelles sur des sodas à très forte teneur en sucres ajoutés et vendus en pack de 6 bouteilles de 1.5 ou 2 litres, avec un prix de vente final au consommateur nettement inférieur au seuil psychologique de 1 franc le litre (jusqu'à 66 centimes/litre) et pouvant même aller jusqu'à rendre le soda économiquement aussi avantageux que l'eau en bouteille.

Enfin, les estimations conduites par un groupe de travail piloté par le SG-DSAS et le SSP, travaux auxquels l'ACI et la Police cantonale du commerce ont été associés en 2016, indiquent une consommation annuelle d'environ 80 litres de boissons sucrées par année et par habitant en Suisse (source : baromètre mondial des ventes en boissons sucrées) [76]. Si l'on tient compte d'une population résidente permanente dans le Canton de Vaud de 768'000 personnes à la fin 2015, une taxe qui serait fixée à 30 centimes par litre distribué au niveau vaudois laisserait envisager des recettes brutes d'environ 18 millions CHF. Il s'agit toutefois d'un montant brut, auquel il conviendrait de déduire :

- les frais administratifs de perception de la taxe ;
- les effets des exceptions qui seraient éventuellement décidées par le Conseil d'Etat ;
- une éventuelle baisse de la consommation de ce type de boissons en fonction des habitudes de consommation évolutives, des dynamiques du marché ou l'accroissement de nouveaux produits de substitution.

2.7.5.2 Relèvement de la cotisation des salariés et des indépendants

L'autre source de financement proposée consiste en un relèvement des cotisations à charge des salariés et des indépendants, à hauteur de 0.06% maximum des salaires et revenus déterminants AVS.

Conformément aux engagements pris par le Conseil d'Etat de ne pas introduire d'autres modifications des cotisations des employeurs suite à la votation populaire sur la RIE III vaudoise, le relèvement de la cotisation ne porte pas sur les employeurs mais uniquement sur les salariés et les indépendants.

Le relèvement de la cotisation proposé permettra des recettes supplémentaires entre 19 et 20 millions CHF par année. Couvrant près du tiers du coût des prestations (hors frais administratifs), elle constituera une source de financement essentielle du futur dispositif.

Enfin, cette mesure de financement doit être mise en comparaison directe du taux de cotisation nettement plus élevé articulé par les initiants s'agissant de l'initiative "Pour le remboursement des soins dentaires", à savoir entre 0.5 et 1% de cotisation paritaire sur la masse salariale.

Avec une cotisation supplémentaire de 0.06%, un salaire mensuel brut de 5'500.- serait ponctionné

de 3.30 CHF supplémentaire par mois.

2.7.5.3 Participation financière des communes

Les communes participeront au financement du dispositif global de la LSB, cela en compensation des économies qu'elles réaliseront avec l'abandon du dépistage annuel dentaire, actuellement à leur charge et estimé à un coût global d'environ 1.8 mios CHF en 2014 (cf. partie 1.2.3.2 de l'EMPL). Pour récupérer la participation financière des communes, un système de facturation en francs/élève scolarisé a été proposé par les associations faitières de communes, système auquel le Conseil d'Etat pourrait se rallier.

2.7.6 Conséquences sur le budget d'exploitation

Les coûts du dispositif et les montants prévus pour son financement (taxe sur les boissons sucrées et cotisations) reposent sur des hypothèses. Les projections ont été faites de la manière la plus rigoureuse possible, mais il n'est pas exclu que des paramètres changent et que le résultat final soit impacté. Le but visé est d'obtenir une neutralité des coûts sur l'ensemble du dispositif mais dans le cas où les revenus seraient insuffisants, le financement résiduel serait assuré par le DSAS, en compensation interne.

Les charges du dispositif devraient être globalement compensées par les mesures de financement présentées au chapitre précédent. Une estimation des coûts à moyen terme a été effectuée et prévoit une stabilité des coûts. Cette estimation se base sur le rapport de l'IUMSP ainsi que sur une croissance annuelle de la population vaudoise de 1.8% (réf. rapport Stat Vaud du 26.02.16) appliquée aux coûts des mesures d'aides financières.

Sur la base de ces estimations, aucun impact sur le budget d'exploitation de l'Etat n'est prévu, ce d'autant qu'il faut tenir compte des éléments suivants :

- a. des économies attendues sur le moyen terme avec le déploiement du dispositif dont la prévention et la détection précoce devrait permettre de réduire les coûts des soins à terme ; dans le tableau ci-après, une baisse progressive des dépenses de soins à rembourser a été retenue, sur la base des hypothèses faites par l'IUMSP et incluant un effet sur les régimes sociaux (cf. ch. 2.7.7 ci-après) ;
- b. de l'effet de l'application du principe de subsidiarité de toutes les aides financières prévues par le dispositif ; pour les enfants et les jeunes (taux actuel de couverture asséculo-logique soins dentaires de 45%), l'effet "subsidiarité" retenu serait d'environ 30% du montant des aides financières pour les enfants et des jeunes ; pour toutes les autres catégories pour lesquelles des aides financières ciblées sont prévues, et tenant compte d'un taux de couverture asséculo-logique beaucoup plus bas actuellement (taux actuel de couverture des adultes avec enfants de 12% selon l'institut M.I.S Trend), l'effet "subsidiarité" retenu serait de 6%.

De plus, il convient de tenir compte d'un déploiement progressif du dispositif en se basant sur l'expérience faite et le rythme de déploiement observé pour le régime des PC Familles (déploiement plein après 3 ans), à l'exception des aides financières pour les enfants et les jeunes dont le déploiement intégral est prévu dès la 2^{ème} année après l'entrée en vigueur de la loi. De par ce déploiement progressif, le déploiement des ETP nécessaires pour assurer le traitement des nouveaux dossiers individuels supplémentaires sera lui aussi progressif.

Dans le cas où un éventuel déséquilibre devait être constaté, ce qui n'est pas envisagé, le Conseil d'Etat dispose toutefois d'une marge de manœuvre au niveau des prestations.

S'agissant des prestations, le Conseil d'Etat est compétent, par le biais des articles 17 à 19, pour fixer

les différentes conditions de sa participation aux aides financières prévues dans le dispositif. Le taux de remboursement, la franchise et le plafond des frais admis pour le volet "enfants" tout comme le seuil proportionnel au revenu, le revenu maximum considéré et le plafond des frais admis pour le volet "adultes" pourront être adaptés par le Conseil d'Etat.

Figure 15 : estimation de l'évolution des coûts 2019-2023 liés aux mesures (y.c. coûts informatiques et administratifs) et financement du dispositif

Mesures	2019	2020	2021	2022	2023
EBD enfants et femmes enceintes	6'780'061	6'793'923	6'771'216	6'779'647	6'884'696
Prophylaxie en milieu scolaire (charge aux communes à négocier)	119'945	119'945	119'945	119'945	119'945
EBD soins à domicile, EMS, ESE	622'894	1'245'788	1'868'682	1'902'318	1'936'560
Aides financières enfants	4'386'732	8'773'463	8'931'385	9'092'150	9'255'809
Aides financières adultes	5'500'000	11'000'000	16'500'000	16'500'000	16'500'000
Sous-total aides financières	9'886'732	19'773'463	25'431'385	25'592'150	25'755'809
Promotion asséculogique	794'053	1'615'333	1'643'058	1'671'291	1'700'041
Communication et formation (promotion SBD)	50'000	50'000	50'000	50'000	50'000
Total coûts des mesures	18'253'684	29'598'451	35'884'286	36'115'351	36'447'050
Coûts informatiques - maintenance	200'000	200'000	200'000	200'000	200'000
Coûts informatiques - amort. et intérêts	136'500	136'500	136'500	136'500	136'500
EPT MDC & chef de projet & admin.	473'211	754'022	830'400	830'400	738'000
EPT CRD	468'586	937'173	1'105'000	1'105'000	1'105'000
EPT & informatique perception taxe boissons sucrées	493'750	493'750	363'750	363'750	363'750
Total coûts charges admin.	1'772'047	2'521'445	2'635'650	2'635'650	2'543'250
<i>Ratio indicatif charges admin sur coûts des mesures</i>	10%	9%	7%	7%	7%
Total coûts bruts dispositif y.c. charges admin.	20'025'731	32'119'896	38'519'936	38'751'001	38'990'300
<i>Niveau taxe</i>	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30
Revenus bruts taxe sur les boissons sucrées	-12'000'000	-18'000'000	-18'000'000	-18'000'000	-18'000'000
<i>Niveau cotisation</i>	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%
Revenus du relèvement de la cotisation des salariés et indépendants	-19'210'775	-19'498'936	-19'791'420	-20'088'292	-20'389'616
<i>Effet fiscal net (relèvement cotisations et nouveaux revenus soumis MDC & EPT)</i>	2'010'206	1'956'590	1'954'569	1'990'975	2'030'051
Participation des communes	-1'800'000	-1'800'000	-1'800'000	-1'800'000	-1'800'000
Participation des bénéficiaires (EBD enfants)	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242
Participation des médecins-dentistes (EBD enfants)	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242
Total financement	-31'963'052	-38'304'830	-38'599'334	-38'859'800	-39'122'048
Total coûts nets dispositif	-11'937'321	-6'184'934	-79'398	-108'798	-131'748
Economies attendues dans les régimes sociaux	-	-209'555	-419'111	-628'666	-838'221
Effets du principe de subsidiarité des aides financières	-1'646'019	-3'292'039	-3'669'416	-3'717'645	-3'766'743
Effets de substitution attendus pour les EBD pour bénéficiaires des régimes sociaux (30% * 1,4 mio)	-420'000	-420'000	-420'000	-420'000	-420'000
Total final coûts nets estimés	-14'003'300	-10'106'500	-4'587'900	-4'875'100	-5'156'700

2.7.7 Economies attendues à long terme

Dans le cadre de son mandat de 2016, mise à part l'estimation des coûts, l'IUMSP avait aussi comme objectif d'évaluer la performance du dispositif envisagé et de mettre en évidence les effets bénéfiques attendus à plus long terme.

Premièrement, la recherche bibliographique a révélé les effets positifs de programmes dentaires auprès de jeunes enfants et des personnes âgées.

Pour exemple, l'Ecosse a vu la proportion d'enfants sans caries passer de 53% en 2005 à 75% en 2015 et le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées (caod) baisser de 1,29 en 2005 à 0,53 en 2015 suite à l'introduction d'un programme de promotion en santé bucco-dentaire. Les résultats tendent également à montrer un gommage des inégalités socio-économique de santé buccale par la mise en œuvre d'un programme national (promotion de l'hygiène buccale, contrôles réguliers, application de vernis fluoré) [77]. Aux Etats-Unis, l'impact du dépistage des enfants à haut risque carieux, suivi du traitement des dents cariées présentes, de la réalisation de soins préventifs (application de vernis fluorés, scellement de fissure des sillons) et la réalisation de contrôles biannuels sur une période de 5 ans a montré l'efficacité d'un tel programme en termes d'atténuation des inégalités sociales de santé buccale. [78]

Chez les personnes résidents en EMS, l'efficacité de programme d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire a pu être démontrée. Le maintien dans le temps d'un programme semble important pour conserver les bénéfices à long-terme [79]. Il est également démontré que l'incidence de la pneumonie est plus faible chez les patients âgés hospitalisés pour AVC ayant bénéficié d'un programme d'hygiène bucco-dentaire [80].

La conclusion principale de ces recherches est que l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et à la nutrition, combinée à l'application de soins préventifs, a permis une amélioration de la santé bucco-dentaire chez les enfants, tel qu'indiqué par les indicateurs de carie dentaire. De manière comparable, on note également une évolution favorable de la santé bucco-dentaire auprès de personnes âgées au bénéfice de dispositif de santé bucco-dentaire.

Deuxièmement, dans le cadre de l'analyse des dépenses de soins dentaires pour les régimes sociaux dans le Canton de Vaud par l'IUMSP, il a été démontré que l'exposition au programme de dépistage en milieu scolaire favorise le recours aux soins dentaires et réduit les dépenses moyennes en cas de recours. Cette économie peut s'expliquer par des coûts inférieurs en cas de traitement de carie moins sévère (l'aggravation de la maladie est limitée).

Une estimation a aussi été menée en termes de gains d'efficacité et d'impacts sur les coûts dans les populations à risque. L'analyse de l'efficacité s'appuie sur une "modélisation de Markov" dans laquelle les paramètres sont calibrés aux données réelles de la population à risque. Cette simulation a montré un effet bénéfique d'un dispositif basé sur des examens bucco-dentaires réguliers et des traitements précoces de la carie.

Dans une approche alternative à celle précitée, l'impact financier du nouveau dispositif sur la prévision des dépenses bucco-dentaires de la population des régimes sociaux a également été simulé par l'IUMSP. Les résultats projetés pour cette population montrent une baisse uniforme des coûts en supposant que le dispositif entraîne une augmentation du taux de recours et une réduction des coûts de traitements, par le dépistage et le traitement précoce. Au final, le dispositif devrait certes générer des coûts supplémentaires dans un premier temps, mais ces derniers devraient être en partie compensés par la baisse des coûts de traitement dans un second temps.

Plus concrètement, si des mesures d'examens bucco-dentaires réguliers sont couplées à des traitements précoces, un effet à la hausse sur le taux de recours devrait être constaté, ainsi qu'un effet à la baisse sur les coûts de traitement.

Ainsi, si le nouveau dispositif conduit à :

- une augmentation du taux de recours à 5% et est accompagné d'une réduction des montants de coûts de traitement de 10%, on peut s'attendre à une baisse des dépenses de santé de 8% sur une période de 8 ans, par rapport à la situation de départ.
- une augmentation du taux de recours à 15% et une diminution des dépenses de traitements de 30%, ceci conduirait à une réduction des dépenses annuelles de 24% par rapport à la situation de départ.

Cette approche ne tient pas compte de facteurs éventuels tels que la demande induite par l'offre ou de l'identification de nouveaux cas à traiter.

Au-delà des économies financières attendues sur le plus long terme (diminution des coûts de traitement), il convient de considérer les effets positifs sur la qualité de vie liée à une bonne santé buccale ainsi qu'une diminution des inégalités sociales dans ce domaine. Ces éléments sont difficilement " chiffrables " mais leurs impacts sociétaux positifs ne sauraient être négligés.

2.7.8 Conclusions

En conclusion, le Conseil d'Etat estime que les axes stratégiques et les mesures décrites aux sections 2.1 à 2.7 du présent EMPL permettront de combler efficacement les lacunes identifiées dans le système actuel de prise en charge. Le dispositif proposé fournit des solutions pertinentes aux principaux problèmes constatés dans le domaine de la santé bucco-dentaire à l'heure actuelle (détection précoce et prévention des situations à risque insuffisante, disparités géographiques d'accès aux mesures, renoncement aux soins dentaires pour diverses raisons, persistance des inégalités sociales en santé bucco-dentaire, etc.)

En effet, le présent projet de loi est fondé sur une solide analyse scientifique préalable tout comme sur des connaissances actualisées sur le plan épidémiologique et médical.

En outre, le dispositif envisagé prévoit de déployer une large palette de mesures (détection précoce, prévention, examens, soins, remboursements, renforcement de la couverture assécurologique) mais dans le cadre d'une approche ciblée sur les catégories de la population les plus à risque et les plus vulnérables sur les plans sanitaires et/ou socio-économique

De plus, le dispositif envisagé fait le pari d'investir des efforts conséquents dans les premières phases de la vie en prévoyant un important volet consacré aux enfants et aux jeunes. Cumulé sur plusieurs cohortes et additionné avec les mesures prévues pour les autres catégories de la population, on peut s'attendre à de vrais gains à moyen et long terme tant en termes d'amélioration de la santé bucco-dentaire et de la santé des personnes concernées qu'en termes d'économies envisageables.

Enfin, de par les mesures de suivi et de surveillance prévues (par ex. plateforme informatique pour le suivi des examens), le déploiement du projet permettra aux autorités d'obtenir une meilleure vue d'ensemble sur l'évolution des indicateurs de santé bucco-dentaire au sein des populations concernées tout comme de l'efficacité des mesures mises en place.

3 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE

3.1 Loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires

Loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires

Article premier

La nouvelle loi vise à renforcer la politique publique du Canton de Vaud au niveau de la santé

bucco-dentaire. Les objectifs et le contenu général ont déjà été décrits plus largement au chiffre 2.1 de l'EMPL. Ils traduisent au niveau législatif les orientations générales contenues dans l'article constitutionnel qui fait office de contre-projet à l'initiative (cf. EMPD y relatif).

Cette politique poursuit quatre buts :

a) La promotion et la prévention de la santé bucco-dentaire telles que définies à l'article 3, alinéa premier du présent projet de loi : A présent déjà, des mesures sont déployées en la matière, dans les lieux d'accueil de jour et dans les classes de l'école obligatoire. Elles seront poursuivies, améliorées et complétées, et ce aux différentes étapes de vie d'une personne et de manière particulièrement intense pour la première tranche de vie jusqu'à l'âge de 18 ans. Ces mesures sont spécifiées au Titre III du projet de loi.

b) L'amélioration de l'accès aux examens et aux soins dentaires : ce but sera réalisé par un dispositif qui prévoit des examens structurés et réguliers selon les besoins dans les différents stades de vie, en visant en priorité l'enfant et les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans, ainsi que les personnes plus âgées et les personnes en situation de handicap, et en ayant une attention particulière aux patients avec des risques carieux élevés. Ces mesures sont décrites au Titre IV. On peut également mentionner dans ce contexte la couverture plus large en termes de remboursement des frais dentaires qui vise à faciliter l'accès aux soins dentaires nécessaires.

Le référentiel cantonal des prestations dentaires admises pour la médecine dentaire sociale recense les positions admises à la prise en charge par les organismes sociaux du Canton de Vaud. Il permet de connaître les prestations qui peuvent être sollicitées au titre des traitements dentaires reconnus dans le Canton. Il est un outil pour la maîtrise médicalisée des dépenses et garantit des soins efficaces, adéquats et économiques. Ce référentiel est à présent annexé à la Convention Etat-Profession Dentaire Vaudoise du 26 mars 2007.

c) La mise en place d'un dispositif pour encourager la conclusion d'une assurance dentaire : Conformément à sa mission d'assurer la santé bucco-dentaire, l'Etat se dote d'un tel dispositif qui encourage la conclusion d'une assurance dentaire dès la naissance.

d) La mise en place d'un dispositif social cantonal de prise en charge financière des soins dispensés, selon les conditions définies par la loi. Il étend la couverture des frais dentaires pour mineurs, ainsi que les personnes adultes pour des soins importants. Ce dispositif est réglé au Titre V du projet.

Article 2

Cette disposition distingue les différentes catégories de personnes auxquelles s'applique la présente loi. Un critère commun à toutes ces catégories de personnes est la condition du domicile dans le Canton de Vaud. Il sera spécifié pour le remboursement par un délai de carence (art 16, al. 1, let. b.).

Par ailleurs, le projet prévoit à l'alinéa premier une clause qui permettra au Conseil d'Etat de régler des situations particulières intercantionales, par exemple dans des zones d'enchevêtrement cantonal, où le domicile ne peut pas toujours être un critère valable pour la prise en charge, par exemple des personnes qui fréquentent des institutions intercantionales. Le Conseil d'Etat aura donc la compétence de conclure des concordats au sens de l'article 121, alinéa 2 de la Constitution vaudoise.

Lettre a) : En ce qui concerne les différentes catégories de personnes, sont en première ligne visés les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de dix-huit ans, donc les mineurs. En effet, l'impact de mesures de promotion, de prévention et de suivi médical est le plus important pour cette population.

Lettre b) : Les personnes qui sont prises en charge par une organisation de soins à domicile et ayant atteint l'âge de l'AVS. En effet, les personnes ayant atteint un certain âge nécessitent à nouveau une attention particulière. Les études menées démontrent que dès que la santé générale décline et que le processus de fragilisation commence, la santé dentaire se péjore également (cf. ch. 2.3 de l'EMPL). L'âge AVS a été choisi comme critère déterminant. Les personnes bénéficiant d'une rente-pont ou se

trouvant en retraite anticipée ne sont donc pas concernées.

Lettre c) : Les résidents dans des EMS, y compris les EMS psychiatriques, et des homes non médicalisés sont visés par cette lettre. Il s'agit d'un groupe de population hébergé qui est fragilisé, y compris au niveau de la santé bucco-dentaire (cf. ch. 2.3.1).

Lettre d) : Sont visées les personnes qui sont hébergées dans des établissements socio-éducatifs accueillant des personnes en situation de handicap au titre de la LAIH (handicap mental, physique, polyhandicap). Ce sont des lieux de vie et, pour une majeure partie des personnes, des lieux où elles y restent à vie. Ne sont pas incluses dans ce groupe de personnes celles qui bénéficient uniquement d'une prestation de jour (atelier, centre de jour, etc.) fournie par une institution car elles sont souvent déjà suivies au niveau de la santé bucco-dentaire.

Selon la loi, ces personnes bénéficient également des examens gratuits et de l'aide financière (art. 12, al. 2 et 17, al. 1).

Lettre e) : Sous condition de ressources, les personnes adultes en général donc également les personnes citées aux lettres b) à d), peuvent bénéficier du remboursement mais uniquement des frais de traitements dentaires importants (art. 18)

Alinéa 2 : Cette réserve est nécessaire car dans certaines situations, la personne doit avoir accès aux prestations de la loi malgré le fait qu'elle n'est pas domiciliée dans le Canton de Vaud. On pense notamment à des résidents hébergés dans des établissements vaudois (EMS, EPS notamment) dont le lieu de domicile reste dans un autre canton. La réserve est placée ici pour englober toutes les prestations de la loi (promotion et prévention, examens, remboursement des soins).

Art. 3

Cette disposition pose un certain nombre de définitions qui paraissent utiles pour une lecture claire de la loi.

A titre complémentaire, on peut avancer les précisions suivantes.

Soins dentaires :

- Soins thérapeutiques : Ensemble des moyens mis en œuvre pour soigner les pathologies bucco-dentaires (soins des caries, traitement de racines, extractions, traitement d'abcès dentaires, traitement des pathologies parodontales, réhabilitation de la fonction masticatrice ...).
- Soins prophylactiques : Ensemble des moyens mis en œuvre visant à prévenir l'apparition de pathologies bucco-dentaires (détartrage, nettoyage professionnel des dents, scellement de sillons, fluoruration...).
- Parents : Sont assimilés à ce terme les représentants légaux nommés pour les mineurs au sens des articles 296 à 327c du Code civil.

Art. 4

Le département en charge de la santé publique est à présent le département de la santé et de l'action sociale (ci-après : DSAS). Selon l'article 4 LSP, ce département propose et met en œuvre la politique sanitaire cantonale. Pour des explications sur l'organisation, voir également le chiffre 2.5 de l'exposé.

Le DSAS continuera à collaborer avec les départements en charge de la formation et de l'accueil de jour à une politique de santé bucco-dentaire cohérente et efficace. Le Service de la santé publique poursuivra sa coopération avec les autres services du DSAS et des autres départements. Pour le domaine scolaire en particulier, l'Unité de promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire est l'entité chargée de la mise en œuvre de la politique cantonale. Elle est conjointement du ressort du DSAS et du DFJC et réunit différents experts des projets et des programmes conduits en partenariat avec les établissements scolaires et les milieux associatifs et s'appuie sur le Règlement sur la

promotion de la santé et la prévention en milieu scolaire (RSV 400.01.2).

Art. 5

Alinéa premier : La promotion et la prévention dans le domaine de la santé publique est en premier lieu une tâche de l'Etat. En effet, la LSP attribue ce rôle à l'Etat qui doit prendre des mesures ou les encourager. L'alinéa premier décline cette mission pour les domaines de la santé bucco-dentaire. Vu son rôle prépondérant, l'Etat doit coordonner les activités y relatives, tout en coopérant avec les communes. Ceci est notamment le cas pour la scolarité obligatoire où les activités communales en matière de " médecine dentaire scolaire comprennent des mesures préventives et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire " (art. 49, al. 2 LSP), mais également dans d'autres domaines où le niveau communal est engagé (accueil de jour, aide et soins à domicile par exemple).

Art. 6

Alinéas premier et 3 : A présent déjà, l'Etat définit le rôle que les communes ont à jouer par rapport à la prise en charge des enfants en scolarité obligatoire. Selon la loi sur la santé publique, les communes ou groupements de communes organisent un service dentaire scolaire et financent ces services (art. 49 et 50 LSP). Les enfants sont orientés vers les services dentaires scolaires communaux ou intercommunaux où ils sont dépistés par les médecins dentistes scolaires, employés par la commune, ou alors les communes collaborent avec des dentistes privés pour cette tâche et ces médecins dentistes facturent leur travail à la commune. Le dispositif qui est proposé dans le projet de loi perpétue cette compétence communale pour le scolaire, mais il tient compte du fait qu'une partie des communes seulement ont aujourd'hui un service dentaire comme le demande la loi. Le projet laisse par conséquent aux communes le choix de prévoir le dispositif qui leur convient le mieux. Les communes qui disposent déjà d'une clinique dentaire scolaire la maintiendront, d'autres pourront créer de telles structures, le cas échéant ensemble avec d'autres communes et ces structures peuvent être itinérantes (bus scolaires) comme il y en a déjà aujourd'hui dans certaines régions. Alternativement, les communes pourront recourir à des médecins dentistes privés si la mise sur pied de propres structures n'est pas envisageable, ce qu'elles font déjà à présent en partie. D'autres formes d'organisation adéquates et efficaces ne sont pas exclues. Néanmoins, toutes ces activités communales doivent répondre aux prestations que l'Etat définira (al. 1), en particulier un dispositif d'examen réguliers et de dépistage général pendant la scolarité obligatoire

L'alinéa 2 précise que les prestations communales peuvent être plus larges que des seules mesures de contrôle (dépistage) comme le prévoit la LSP, respectivement des examens tels que prévus dans le projet de loi, sachant que certaines communes offrent à présent déjà des soins bucco-dentaires.

Alinéa 4 : Selon l'article 49 LSP, les communes sont tenues, envers leur population, d'assurer un service dentaire scolaire dans le but de prévenir les maladies bucco-dentaires. Cette compétence est désormais inscrite aux alinéas premier et 3 de l'article 6 du présent projet. En revanche, les missions et modalités y relatives précisées jusqu'à présent aux articles 45 à 48 LSP perdurent.

Alinéa 5 : Vu l'importance d'une prise en charge efficace et suffisante des enfants scolarisés, d'un point de vue de santé publique, l'Etat se réserve le droit de surveiller les dispositifs communaux, tâche que la LSP lui attribue à présent déjà (art. 49, al. 1). L'Etat se réserve également le droit de se substituer aux tâches communales dans ce domaine si la prise en charge s'avère insuffisante, notamment dans des régions où l'offre médicale est moins étoffée. Il pourrait alors confier des tâches d'examen et éventuellement de soins à des structures hospitalières régionales par exemple.

Alinéa 6 : Le Conseil d'Etat possède une compétence résiduelle en matière d'organisation du dispositif.

Art. 7

L'alinéa 1 explicite la définition de médecin-dentiste conventionné, lequel est un acteur central du

dispositif envisagé. En dehors du rôle qu'ils pourront jouer pendant la scolarité, les médecins dentistes conventionnés seront également appelés à assurer d'autres prestations. Ainsi, ils seront amenés à effectuer les examens bucco-dentaires complets hors école obligatoire, à savoir les examens en cas de dépistage positif par le gynécologue et le pédiatre (art. 12, al. 1, lett. a) et b)), celui entre 3 et 4 ans (art. 12, al. 1, let. c)), ceux à l'entrée des personnes hébergées au sens de article 12, alinéa 2, et les éventuels examens après dépistage positif des personnes suivies par une organisation de soins à domicile (art. 12, al. 3), ainsi que les prestations remboursées selon la présente loi. Par conséquent, les médecins dentistes qui fournissent ces prestations, se conventionneront afin d'appliquer les règles de la convention et notamment la valeur du point et le cahier des charges.

Les médecins dentistes engagés par la commune dans les services dentaires scolaires signent également la convention à titre individuel.

Alinéa 2 : Le Service de la santé publique reçoit la tâche de valider les adhésions des médecins-dentistes à la convention afin de pouvoir disposer d'un suivi du recours des communes à de tels engagements et d'être informé sur l'état de conventionnement des médecins-dentistes.

Art. 8

L'article 8 articule les différentes responsabilités dans ce contexte.

Lettre a : Le devoir d'information du médecin-dentiste aux parents est rappelé ; il doit les mettre au courant des résultats des examens effectués afin qu'ils puissent décider de la prise en charge en termes de traitement bucco-dentaire.

Lettre b : Est en outre rappelé le devoir des parents de veiller à l'hygiène bucco-dentaire de leurs enfants. Une meilleure information à leur attention par rapport aux responsabilités à assumer dans les différentes étapes de l'évolution de leurs enfants est à envisager et viendra le cas échéant en appui aux tâches parentales. Dans le système de prise en charge que le projet prévoit pour les enfants à l'école obligatoire, les parents auront un rôle plus éminent à jouer qu'à présent. Bien qu'étant soutenus par l'école dans leurs responsabilités, ils devront assurer eux-mêmes que les examens bucco-dentaires de leurs enfants scolarisés se fassent. En revanche, à l'instar de la situation actuelle, le devoir d'organiser la visite pour un traitement bucco-dentaire leur revient.

Lettre c : Ici est formellement énoncé le devoir des médecins-dentistes et des médecins scolaires, respectivement des infirmières scolaires, d'informer le médecin cantonal lorsque les parents manquent à leur devoir de diligence concernant l'accès aux examens et soins bucco-dentaires indiqués. Dans ce contexte, les professionnels de la santé précités n'ont pas à être déliés du secret professionnel pour en référer au médecin cantonal. Une obligation similaire mais plus générale existe déjà aujourd'hui pour les médecins scolaires et les infirmières scolaires lorsque les parents refusent de prendre en charge les problèmes de santé de leurs enfants (art. 9 RPSPS).

Il est considéré qu'il n'est pas nécessaire de préciser les conséquences et éventuelles mesures au niveau de la loi (sanctions). La mention de l'information au médecin cantonal est estimée suffisante en l'état, laissant par-là la possibilité à ce dernier d'agir par des moyens adéquats. Des sanctions sous forme d'amendes (loi fribourgeoise) n'ont pas été retenues. Des sanctions doivent en plus rester des mesures ultimes et ne doivent pas entraîner un renforcement négatif risquant de pénaliser la population qui est difficilement atteignable.

Lettre d : Il est ici question d'ancrer un devoir de soutien aux pratiques d'hygiène bucco-dentaires et d'encouragement à effectuer les examens et les soins bucco-dentaires indiqués. Sont spécialement visés les représentants légaux chargés de la protection des personnes qui leur sont confiées (ex : curateur d'une personne majeure incapable de discernement) mais également tout professionnel intervenant auprès des personnes visées par la présente loi. Mentionnons à ce sujet les infirmiers/ères scolaires, médiateurs/trices scolaires, les enseignants/es, éducateurs/trices de la petite enfance, les

accueillant/es en milieu familial, les hygiénistes dentaires, les assistant/es dentaires en prophylaxie et le personnel en charge des résidents du milieu socio-éducatif notamment. Ces professionnels, en restant attentifs à l'état de santé bucco-dentaire des personnes qu'elles accompagnent, contribueront ainsi également à l'amélioration de la santé bucco-dentaire.

Art. 9

Alinéa premier : Par voie conventionnelle seront réglés les points financièrement importants dans le contexte du présent projet et les procédures d'estimation. Les négociations y relatives réuniront les principaux acteurs concernés autour de la table. En premier lieu, il s'agit de l'instance faïtière des médecins-dentistes vaudois, la SSO-Vaud, laquelle constitue un partenaire privilégié à ce titre. De plus, feront aussi partie du processus d'élaboration et d'adoption de la convention les instances représentatives des prestataires visés par la présente loi, à savoir des représentants des cliniques et services dentaires scolaires. Au final, cette convention sera donc négociée entre les payeurs (Etat-communes), la société faïtière représentante des médecins-dentistes ainsi que les principaux partenaires impliqués dans la mise en œuvre du futur dispositif.

Elle traitera notamment de la valeur du point à appliquer aux prestations que le projet de loi introduit, à savoir les examens bucco-dentaires complets prévus à l'article 12, ainsi que le remboursement des frais dentaires au sens des articles 15ss. En ce qui concerne la valeur du point déterminant pour les autres prestations ne faisant pas partie de la présente loi, à savoir les remboursements des frais par le RI, les PC familles et les PC AVS/AI, la valeur est définie à présent par la convention concernant les traitements dentaires entre le DSAS et la Profession dentaire vaudoise qui fait référence aux tarifs dits sociaux applicables aux traitements dentaires effectués sur la base de la LAMal et de la LAA (3.10 CHF). La convention (ou si nécessaire plusieurs conventions), réglera également l'éventuelle participation des médecins-dentistes aux coûts des examens prévus en faveur des femmes enceintes et des enfants entre 12 et 18 mois et entre 3 et 4 ans, les deux premiers étant effectués uniquement si indiqués suite au dépistage sommaire effectué par les gynécologues, médecins de premier recours ou les pédiatres. Les partenaires pourront instaurer des entités de conciliation afin de régler d'éventuels différends résultant de l'application de la convention et de traiter des futures éléments conventionnels, y compris ceux financiers qui, au moment du renouvellement de la convention, ne trouvent pas d'accord entre partenaires. De plus, les parties fixeront la durée de validité de la convention dès le moment où elle prend effet une première fois. Cette durée pourrait être de 3 ans, puis la convention devra prévoir les durées ultérieures selon les premières expériences avec la convention.

Alinéa 2 : En lien avec la valeur du point qui est un élément important de la convention, l'alinéa 2 est prévu pour la raison suivante : sachant que l'Etat prend en charge les frais des futurs examens pendant la scolarité obligatoire jusqu'à concurrence de cette valeur du point qui figure dans la convention, l'alinéa règle le cas où la commune ne reprendrait pas cette valeur de point et stipule que si elle devait prévoir une valeur supérieure, elle aura alors à supporter les surcoûts y relatifs.

Alinéa 3 : Pour des raisons de sécurité juridique, le cadre légal se doit aussi de prévoir qui est l'autorité compétente pour fixer la valeur du point et le seuil des frais dentaires dans l'hypothèse où une convention ne pourrait pas être adoptée (par exemple, en cas d'échec des négociations). Cela représente le mécanisme ordinaire, à l'instar de ce qui prévu dans d'autres législations cantonales et fédérales, qui doit, par précaution, être prévu afin d'éviter un vide juridique qui aurait un effet bloquant sur le dispositif. La loi attribue cette compétence au Conseil d'Etat, qui déciderait alors par voie d'arrêté.

Art. 10

Alinéa premier : La médiation interculturelle comprend l'intervention de médiatrices/teurs formés/es à la transmission de connaissances et d'informations en tenant compte de la spécificité culturelle et communautaire des interlocuteurs concernés. Selon les expériences faites dans le Canton de Vaud,

mais également en fonction des données de la littérature, les enfants issus de certains groupes socio-culturels peuvent présenter des états carieux comparativement très avancés, suite à une conjonction de facteurs divers (alimentation, culture, faibles revenus, cf. ch. 1.2.2.4, commentaire à l'art. 12, al. 1, let. e) ci-dessous).

Il s'agit de créer une possibilité d'échange d'information dans la langue de la personne et d'obtenir, si possible, sa compréhension au projet de soins. Il doit pouvoir donner ensuite son accord ou non. Un autre moyen pour atteindre les familles dont sont issus des enfants à haut risque carieux est la formation des personnes ressources au sein de certaines communautés, afin d'identifier les personnes à risque et d'accompagner les familles concernées. L'entourage est en effet à inclure dans la prise en charge des enfants comportant ces risques.

Alinéa 2 : L'Etat, en collaboration avec les communes et les milieux concernés, soutient les démarches de médiation.

Art. 11

L'alinéa 1 vise un important groupe cible que sont les enfants et les jeunes jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire et énonce quels sont leurs interlocuteurs privilégiés en matière de promotion et la prévention en santé bucco-dentaire.

Lettre a) : Dans certaines régions du Canton, ce ne sont pas les gynécologues qui sont en contact avec les femmes enceintes, mais d'autres médecins de premier recours (médecins généralistes, pédiatres). Enfin, certaines femmes ont uniquement recours à une sage-femme pendant toute la durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Lettre b) : Il s'agira d'évaluer et, cas échéant, de développer la prévention dans les structures préscolaires d'accueil de jour (crèches, accueil familial de jour) afin d'encourager la mise en route de pratiques saines d'hygiène bucco-dentaire (brossage, encouragement à la consommation limitée de produits sucrés, utilisation de sel fluoré ; cf. 2.2.1).

Lettre c) : A côté de l'information que peut donner le médecin-dentiste lors des consultations, il faut assurer la prévention universelle générale au sein de l'école (cf. 2.2.1.2). L'enseignement en matière de santé dentaire à l'école repose sur l'apprentissage d'un comportement alimentaire sain, sur des exercices réguliers de brossage des dents avec un dentifrice fluoré et également sur la communication de connaissances en santé bucco-dentaire par des leçons d'hygiène dentaire proprement dites. Cette prévention doit également être présente au niveau de l'enseignement secondaire. Le principe de base consiste à prévoir un socle minimal de prestations de prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire. Au minimum deux moments de prévention universelle générale dans les classes est attendu, l'un durant le premier cycle primaire (trois périodes de 45 min) et le deuxième durant le deuxième cycle primaire (une période de 45 min). Les modalités exactes devront être retravaillées avec les partenaires au moment de la préparation de la mise en œuvre. Il faudra définir le cahier des charges des professionnel/les en charge de ces mesures et leur formation (monitrices/éducatrices en santé bucco-dentaire ; cf. 2.2.1.2).

Lettre d) : La prévalence de la carie chez les enfants et les adolescents a fortement diminué ces dernières années au niveau de la population globale mais s'accompagne d'une augmentation des inégalités et la santé bucco-dentaire chez des enfants de certains groupes reste insatisfaisante (cf. ch. 1.2.2). La lettre d) vise à cibler l'action sur ces enfants, en incluant la fratrie souvent également atteinte et les parents qui peuvent être source de transmission précoce, mais sont également un facteur important au niveau de la promotion et de la prévention.

Alinéa 3 : Est visée une couverture large des enfants par des mesures d'encouragement à contracter une assurance dentaire (cf. art. 19).

Alinéa 4 : Les personnes à partir d'un certain âge sont un groupe plus vulnérable que la moyenne de la

population adulte, de manière croissante avec l'avancement de l'âge (cf. ch. 2.3). Il est dès lors indiqué d'accentuer les mesures de promotion et de prévention de la santé bucco-dentaire auprès de cette population, raisons pour laquelle elle est expressément mentionnée comme groupe cible de démarches publiques dans ce sens. Elle peut se traduire par des programmes d'information et de formation (art. 5) et par l'information donnée par les médecins-dentistes que le patient âgé consulte et par les autres professionnel/les spécialisé/es et le personnel des institutions reconnues où résident les personnes âgées.

De même, des mesures de promotion et de prévention pourront être prises en faveur des personnes en situation de handicap ou de dépendance atteignables du fait qu'elles résident dans un établissement socio-éducatif.

Art. 12

Cet article introduit le dispositif de suivi de la santé bucco-dentaire par le biais d'examens successifs jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire (cf. ch. 2.2.2.) et d'examens à l'entrée en institution pour les personnes hébergées, ainsi que des mesures pour les personnes suivies à domicile (cf. ch. 2.3.2.2).

Alinéa premier, lettre a) : Une première prise en charge concerne la femme enceinte (cf. 2.2.2). Ce dépistage sommaire s'effectuera dans une optique préventive bucco-dentaire (éviter notamment la transmission d'une flore buccale pathogène) par le gynécologue ; il devrait faire partie des actes cliniques normaux et habituels de ces professionnels et être inclus, notamment dans le cadre de l'anamnèse. Un autre médecin de premier recours peut également procéder à ce dépistage sommaire. Précisons que pour les enfants, il existe une position tarifaire TARMEP qui prévoit un petit examen par le spécialiste de premier recours, soit en particulier : un examen (cursif) de la peau, de la bouche et des dents, du pharynx et de la gorge, de la membrane du tympan (enfant). A noter que ces dispositions ne dérogent pas à l'article 100 LSP, dans la mesure où il est ici question uniquement de "dépistage sommaire" effectué, d'une part, par le gynécologue ou le médecin de premier recours pour la femme enceinte et, d'autre part, par le pédiatre pour l'enfant âgé entre 12 et 18 mois. Il n'est donc pas question à proprement parler d' "examens bucco-dentaires" ni de "soins bucco-dentaires" au sens des examens auxquels seul un médecin-dentiste est habilité à procéder.

L'orientation prévue à la lettre a) vers un médecin-dentiste ne sera pas systématique. Le gynécologue, respectivement le médecin de premier recours, aura une marge d'appréciation.

Comme relevé, un suivi de la santé bucco-dentaire des mères pendant la période périnatale est indiqué car l'amélioration de leur santé bucco-dentaire améliore celle de leur enfant. Cette orientation pourra se faire par le moyen d'un bon pour une consultation auprès d'un médecin-dentiste conventionné où la patiente sera examinée et obtiendra de l'information et des conseils en matière d'hygiène dentaire, de conseils diététiques et de brossage.

Lettre b) : Un dépistage sommaire dès le 12^{ème} mois par le pédiatre permet d'identifier les enfants à risque (plaque dentaire visible à l'examen, questions-réponses mettant en évidence des habitudes alimentaires néfastes, déterminants sociaux identifiant des populations à risque ; cf. ch. 2.2.2) et de les orienter vers un médecin-dentiste si nécessaire

Lettre c) : Il est prévu de lier l'examen dentaire qui doit se faire entre 3 et 4 ans au processus d'inscription à l'école (cf. ch. 2.2.2). Concrètement, un courrier supplémentaire pourra être adressé aux parents dans le cadre de la communication à établir avec eux à l'entrée à l'école obligatoire. L'examen en question sera à présenter comme un bilan dentaire/examen d'entrée à l'école à effectuer. Cette solution permet de toucher tous les parents de manière systématique et de formaliser officiellement l'entrée dans le dispositif prévu et en fournissant des explications sur les étapes ultérieures. On peut considérer donc ce premier examen bucco-dentaire à 3-4 ans comme étant quasi obligatoire.

Lettre d) : Comme relevé dans le présent exposé (ch. 1.2.3.2 et 1.4.1), la littérature scientifique met en

évidence de sérieux doutes sur l'efficacité du programme de dépistage dentaire scolaire tel qu'il est pratiqué actuellement. Afin de favoriser un véritable contrôle dentaire chez un dentiste, il est donc proposé de passer d'une logique de dépistage systématique de l'entier de la population scolaire à celle de la détection des facteurs de risques carieux dans un cabinet de médecin-dentiste (ou dans un service dentaire scolaire répondant aux exigences de la loi), c'est-à-dire par une consultation d'environ 20 minutes en moyenne, y compris la consignation du diagnostic, dans un environnement professionnel adapté à un examen de qualité (éclairage, air comprimé, radiologie, hygiène etc. ; cf. ch. 2.2.2).

Avec l'introduction de ce système, les parents auront une responsabilité accrue car ils devront s'assurer que leur enfant effectue les examens dentaires indiqués. Une communication avec les parents débutera avant même l'entrée à l'école obligatoire (cf. let. c) ci-dessus) et sera nécessaire pour les familiariser aux démarches prévues. Ils seront suivis et soutenus par les infirmières scolaires notamment. De plus, un système de suivi informatisé qui permet un regard individualisé sur l'état des examens effectués, sera mis en place (cf. art. 14 et 32. du projet), ce qui permettra les rappels nécessaires en cas de manquement de la réalisation de l'examen bucco-dentaire à intervalle déterminé et, le cas échéant, de pouvoir procéder à toute mesure incitative, voire au signalement de manquements au médecin cantonal si nécessaire. Les examens durant la scolarité obligatoire ont un caractère obligatoire afin d'assurer les contrôles et le suivi de l'état dentaire des enfants pendant cette période importante pour l'évolution bucco-dentaire. De même que le caractère obligatoire d'un traitement dentaire pour les enfants en âge de scolarité obligatoire avait été validé par le Tribunal fédéral (118 Ia 439ss.), un examen à caractère contraignant peut être justifié par des raisons de santé publique et même, parfois, par la nécessité d'éviter des maltraitances qui découleraient d'un manque de suivi de l'état dentaire. Par ailleurs, les enfants clandestins scolarisés auront également accès à cet examen bucco-dentaire.

Lettre e) : Pour les enfants visés par ces mesures, des examens et mesures spécifiques peuvent réduire le risque (cf. ch. 1.4.4 et 2.2.2). L'Etat reçoit à la lettre e) un mandat clair et contraignant d'identifier ces groupes à risque à de prendre toutes les mesures nécessaires pour améliorer leur état de santé bucco-dentaire.

L'alinéa 2 prévoit que les personnes hébergées en établissement médico-social ou en home non médicalisé, y compris celles n'ayant pas atteint l'âge de l'AVS, ainsi que les personnes hébergées dans des établissements socio-éducatifs bénéficieront d'un examen bucco-dentaire complet effectué à l'entrée en institution, suivi d'examens réguliers (cf. ch. 2.3.2). Ces personnes se trouvant dans des structures où un séjour de plus longue durée est prévu, un suivi sur le plus long terme est possible et il est plus aisé de les atteindre dans un but prophylactique, par les moyens d'information et de contrôle dentaires.

Alinéa 3 : Pour les personnes âgées atteignables par le biais des organisations des soins à domicile, l'évaluation de la santé bucco-dentaire devra systématiquement se faire par l'évaluation RAI Home Care (RAI : Resident Assessment Instrument). De manière générale, cet outil vise à effectuer l'évaluation globale d'une situation de la personne à domicile afin d'accroître au maximum ses capacités fonctionnelles et sa qualité de vie, à répondre à ces problèmes et à lui permettre de rester chez elle aussi longtemps que possible. Y est inclus l'enregistrement des problèmes bucco-dentaires (cf. ch. 2.3.2).

Alinéa 4 : Les examens dentaires obligatoires, à savoir ceux pour les enfants à l'école obligatoire, sont gratuits (art. 6, al. 1 et 29, al. 2), ce qui vaut également pour les examens pour les groupes de personnes mentionnés à l'alinéa 2. Les examens complets pour les autres groupes de personnes, à savoir les femmes enceintes, les enfants de l'âge de 12 à 18 mois en cas d'orientation vers un médecin-dentiste, et pour les 3 à 4 ans seront cofinancés par les médecins dentistes, l'Etat et les

femmes enceintes, respectivement les parents, selon la convention respectivement le règlement du Conseil d'Etat (cf. art. 29 , al. 2 et 3, 9, al. 1, let. c. du projet).

Art. 13

Alinéa premier : Selon le dispositif projeté par la présente loi, les communes travailleront avec des médecins-dentistes qu'elles engagent et qui opèreront dans les services dentaires communaux ou intercommunaux (et qui sont soumis à la convention de base) ou alors avec des dentistes privés qui se conventionnent. Ces médecins-dentistes conventionnés auront un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge des élèves pendant la scolarité obligatoire. Par ailleurs, ils pourront effectuer les examens prévus à l'article 12 et traiter les personnes ayant droit à un remboursement des frais (art. 7, al. 1). L'alinéa premier relève que les patients ont la liberté de choisir le professionnel parmi ces médecins dentistes conventionnés qui leur convient. Ce choix peut être quelque peu restreint si le patient se rend dans une clinique dentaire scolaire.

Alinéa 2 : Actuellement, les enfants sont orientés vers les services dentaires scolaires communaux ou intercommunaux où ils sont dépistés par les médecins-dentistes scolaires, employés par la commune. Les parents sont informés sur les résultats du dépistage, ils ont le choix du médecin- dentiste traitant et peuvent le cas échéant faire traiter leurs enfants au service dentaire communal s'il effectue des soins. Certaines communes collaborent avec des médecins-dentistes privés qui facturent à la commune pour leur travail. Les parents qui ne veulent pas de dépistage scolaire pour leur enfant peuvent amener à l'autorité scolaire une attestation du médecin-dentiste privé qui suit l'enfant (cf. art. 9, al. 1 RPSPS : "Les parents qui refusent que leurs enfants bénéficient d'activités de dépistage ou de contrôle du carnet de vaccination doivent présenter une attestation médicale de prise en charge par un médecin-dentiste ou un médecin traitant. A défaut, le cas est soumis au Médecin cantonal"). Ce devoir des parents d'attester vis-à-vis des autorités scolaires que leur enfant a été examiné par un professionnel doit être maintenu. Il assure que tout enfant est examiné régulièrement. Un tel devoir a été validé par le Tribunal fédéral (ATF 118 Ia 427 S. 443). Ces attestations permettent également un suivi des enfants examinés par des médecins-dentistes non conventionnés.

Art. 14

Alinéa premier : L'avant-projet tel qu'il avait été mis en consultation en 2014 prévoyait encore l'utilisation d'un carnet de santé bucco-dentaire qui aurait été délivré par les pédiatres à chaque enfant lors de la consultation entre 12 et 18 mois. Les expériences peu probantes faites avec ce carnet au niveau communal et l'accueil réservé à cet outil dans les réponses à la consultation ont amené à rechercher des solutions alternatives. Il est dès lors proposé d'abandonner un outil " physique " et de créer une base de données informatisée, nommée Plateforme de Suivi des examens dans le projet de loi (cf. art. 33 du projet). Les médecins-dentistes seront amenés à alimenter cette base de données avec les informations indispensables par rapport aux examens effectués afin de disposer d'un suivi suffisant des enfants. Ce suivi sera sous la responsabilité du médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise, comme c'est le cas à présent déjà pour la plateforme informatique Medident. Le suivi sera appuyé par les infirmières scolaires qui pourront intervenir auprès des parents des enfants qui auront été identifiés sur la base des procédures de rappels informatiques permettant de recenser les enfants ayant échappé aux examens. Il est rappelé ici que l'Etat prendra toute mesure à disposition pour assurer que les enfants à risque carieux soient identifiés et pris en charge sans exception (art. 12, al. 1, lettre e).

Art. 15

La disposition précise que les prestations financières, soit l'aide financière pour le remboursement des soins dentaires et la participation de l'Etat aux primes d'assurances dentaires, ne sont accordées que subsidiairement à toutes celles prévues par d'autres dispositifs ; ainsi, lorsque le bénéficiaire remplit les conditions d'octroi, notamment de remboursement de frais de maladie et d'invalidité de la LASV,

de la LPCFam ou de la LVPC, le remboursement s'effectue sur la base de ces lois (cf. ch. 2.2.3). Il en va de même s'agissant des assurances privées.

Toutefois, lorsqu'une assurance privée intervient pour le remboursement d'une partie des frais, la présente loi peut compléter le remboursement alloué (alinéa 2).

Art. 16

Alinéa 1 : Les mesures supposent un domicile civil dans le canton et, pour les étrangers, un titre de séjour valable, ou en cours de renouvellement au moment où la demande est déposée, soit un permis B ou un permis C, voire un permis F pour la personne admise provisoirement qui n'est pas à charge de l'EVAM, sous réserve de l'article 15.

Afin d'éviter que les personnes élisent domicile uniquement pour profiter du remboursement au sens de la présente loi, un délai de carence d'un an a été fixé. Par ailleurs, les personnes séjournant clandestinement sur territoire vaudois sont exclues du dispositif de remboursement, ne disposant pas de titre de séjour valable.

Alinéa 2 : Pour ouvrir le droit à la participation à la prime d'assurance dentaire, il est suffisant que l'un des parents de l'enfant remplisse les conditions citées à l'alinéa 1.

Les alinéas 3 et 4 précisent la nécessité d'un suivi régulier de l'enfant par un médecin-dentiste conventionné pour pouvoir bénéficier du remboursement.

Art. 17

Le remboursement des frais dentaires peut être octroyé aux mineurs. L'alinéa 1 fixe le taux de remboursement à 50% des frais et les alinéas 2 et 3 donnent au Conseil d'Etat les outils nécessaires pour réguler les coûts générés par cette prestation.

A noter que les traitements orthodontiques sont exclus du remboursement des soins prévu par le présent projet. Demeure bien sûr la couverture des traitements orthodontiques admis par l'Assurance-invalidité (AI) (au sens des chiffres 208, 209, 210, 214 et 218 OIC). En revanche, les régimes sociaux cantonaux incluent sur le principe les traitements orthodontiques pour les personnes de moins de 18 ans, sous réserve de couverture par une assurance maladie complémentaire, et sous réserve d'adéquation avec un indice de gravité défini (Normes RI, ch. 1.3.6 ; PC familles art. 33, al. 1, let. a. RLPCFam).

Art. 18

Les adultes qui encourent des coûts de soins dentaires importants, proportionnellement à leur revenu, peuvent bénéficier d'une aide financière.

Alinéa 2 : Le seuil est fixé à 3%. Le Conseil d'Etat a une compétence de moduler ce seuil de plus ou moins 1%. Ce seuil représente la part du revenu au-dessus de laquelle les frais dentaires sont remboursés. Cet alinéa renvoie également à la LHPS qui contient les modalités de calcul du revenu déterminant, notamment ses articles 6 à 10. On devra par exemple fixer le seuil à partir duquel un changement de situation financière est à prendre en compte pour le calcul du revenu (art. 8 LHPS).

Alinéa 3 : Il revient au Conseil d'Etat de fixer par voie réglementaire les conditions et les limites de l'aide financière, à savoir le montant maximal des frais pouvant être remboursés, les modalités de calcul des couples ainsi que la franchise minimale.

Art. 19

Cet article fixe les principes de la participation. Il est envisagé de fournir aux parents une aide financière sous forme de bon qui couvrirait une période de deux années d'assurance au début de l'enfance (cf. ch 2.2.4 de l'EMPL). Les enfants doivent être assurés au plus tard une année après leur naissance (voir également art. 43).

Le Conseil d'Etat fixera dans un cahier des charges le fait que la participation ne soit octroyée que

pour des produits d'assurance couvrant des prestations dentaires qu'il estime indispensables. Il fixera le montant de la participation, ainsi que la marge bénéficiaire raisonnable, en se référant à une analyse actuarielle indépendante.

A défaut de prestataires répondant à ces exigences, le Conseil d'Etat peut faire un appel d'offre pour trouver un prestataire. La législation sur les marchés publics s'applique au surplus.

Art. 20

Dans les cas dignes d'intérêt ou pour des motifs d'équité, l'autorité d'application peut évaluer l'opportunité, au cas par cas, d'octroyer une aide à la personne en difficulté pour une période n'excédant pas une année. Cette formule de cas de rigueur se retrouve dans d'autres législations concernant des prestations sociales, par exemple pour les subsides LAMal ou les PC familles (art. 13 LVLAMal, art. 17 LPCFam).

Art. 21

Les autorités d'application sont les organes décisionnels (à savoir les centres régionaux de décision : CRD), tels qu'énoncés dans la LPCFam, qui sont répartis, à l'heure actuelle, comme suit : Lausanne ; La Tour-de-Peilz ; Payerne ; Morges ; Nyon ; Yverdon-les-Bains. Les modalités de la LPCFam qui s'appliquent par analogie sont notamment celles concernant la désignation de l'organe décisionnel décentralisé compétent pour traiter la demande, ainsi que celles relatives aux tâches du CRD.

Par ailleurs, le CRD est en particulier compétent pour fournir les informations relatives aux prestations et rendre les décisions.

Art. 22

Afin de pouvoir instruire correctement le dossier, les autorités d'application peuvent obtenir les informations nécessaires des autorités administratives et peuvent également accéder au Système d'Information du Revenu Déterminant Unifié (SI RDU) ce qui sera précisé dans la LHPS (cf. modification proposée de la LHPS dans le présent EMPL).

Art. 23

Les bénéficiaires de prestations ont l'obligation d'annoncer tout changement pouvant entraîner une modification du droit aux prestations : augmentation des revenus d'activité lucrative, modifications dans la composition du ménage, etc.

Les autorités d'application bénéficieront d'un accès au SI RDU ce qui leur permettra en particulier de disposer des informations financières utiles et actualisées concernant la personne requérante.

Art. 24

La procédure de remboursement des frais des soins dentaires est réglée conventionnellement en vertu de l'article 9. Elle prévoit en particulier, à partir d'un certain seuil, la validation des frais dentaires par le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale. Ce dernier se coordonne avec le fournisseur de prestations et l'organisme payeur compétent, au sens de l'article 25, pour déterminer la prise en charge financière. Il va de soi que le remboursement des frais dentaires ne prendra place que pour les prestations admises conformément au référentiel cantonal qui est mentionné à l'article 1, alinéa 1, lettre b).

Art. 25

L'organe administratif payeur des prestations financières est l'organe décisionnel décentralisé au sens de l'article 21 de la loi (CRD) qui traite déjà les demandes et rend les décisions. Cet organe doit être alimenté financièrement pour pouvoir effectuer les paiements. Ce financement comporte les coûts des prestations allouées, ainsi qu'une participation aux frais pour l'octroi des prestations, comme le prévoit également la LPCFam (art. 20a).

Art. 26

La loi prévoit, à l'instar de nombreux régimes de droit social, la possibilité de sanctionner les personnes qui sciemment trompent l'autorité sur leur situation personnelle et/ou économique.

Art. 27

La restitution de l'aide obtenue indûment est un principe qui est appliqué dans les régimes d'assurances sociales fédérales, y compris dans les prestations complémentaires fédérales à l'AVS/AI ou dans les régimes cantonaux tels que la LPCFam et qui est consacré par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). La restitution de l'indu est ainsi exigée, sauf si le bénéficiaire démontre, de manière cumulative, qu'il était de bonne foi et qu'une restitution le mettrait dans une situation financière difficile (remise de la restitution).

Art. 28

La loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA) précise à son article 66, alinéa 1, qu'une loi peut prévoir la réclamation à l'encontre des décisions rendues en première instance. La présente loi ouvre cette voie de droit, qui prévoit ainsi un règlement du litige en deux temps. Ceci, d'une part, par analogie à la pratique en matière de droit social et, d'autre part, pour ne pas surcharger les tribunaux par des procédures qui devraient la plupart du temps pouvoir être réglées en première instance.

Art. 29

L'alinéa 1 attribue les différents types de coûts.

Lettre a. : En ce qui concerne la promotion et la prévention, la présente loi prévoit un engagement prépondérant de l'Etat, en collaboration avec les communes (art. 5). Subsidiairement, la LSP connaît d'ores et déjà des règles de financement pour la promotion et la prévention en matière de santé publique. Tout un chapitre de cette loi est consacré à ce thème (Chapitre IV LSP, Prévention). Il s'agit donc de renvoyer également aux dispositions en la matière que sont les articles 29, 30, 31, 34 et 50. Selon ces articles,

- l'Etat prend ou encourage des mesures de prévention et collabore à cet effet avec les communes, les professions de la santé et les associations privées intéressées et il assure la coordination dans ce domaine (art. 29)
- il peut également subventionner des programmes de prévention ou des institutions (art. 29)
- il y a partage entre Etat et communes quant à la responsabilité d'encourager la prévention et il y a possibilité de délégation de tâches à des tiers, de les subventionner ou les faire bénéficier de l'aide des services communaux (art. 30)
- l'Etat et les communes peuvent collaborer avec des organismes aptes à soutenir la politique de promotion et de prévention (art. 31)
- l'Etat encourage la prévention dans la formation et la pratique médicales (art. 34)
- les communes supportent les frais découlant des activités de santé scolaire dépendant d'eux et l'Etat les supporte pour les établissements cantonaux (art. 50).

Ces articles serviront de base légale pour le financement des mesures de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire, c'est pourquoi l'article 29 du projet de loi se contente d'y renvoyer.

L'article 29 contient de plus un renvoi général aux autres législations cantonales puisqu'elles contiennent pour leurs secteurs les bases pour financer des mesures de promotion et de prévention. Mentionnons à ce sujet à titre d'exemple la loi sur l'accueil de jour (art. 44ss, 50).

Lettre b. : Les examens prévus par la loi seront à charge de l'Etat, tout comme les aides financières et la participation aux primes d'assurance dentaire et les outils d'application que prévoit la loi.

Lettre c. : Les communes gardent leur responsabilité financière pour les tâches que la loi leur attribue.

L'alinéa 2 règle le financement des examens. Pour certains des bénéficiaires mentionnés à l'article 12,

à savoir les enfants qui sont en scolarité obligatoire et ceux avec des hauts risques carieux, les examens seront gratuits. Ceci vaut également pour les personnes hébergées en EMS et EPS et pour celles qui ont des soins à domicile et ayant atteint l'âge de l'AVS. Pour les autres bénéficiaires de l'article 12, à savoir les femmes enceintes et les parents d'enfants examinés entre 12 et 18 mois et entre 3 et 4 ans, une contribution financière peut leur être demandée.

A noter que les examens bucco-dentaires prévus à l'entrée en établissement socio-éducatif ne génèrent quasiment pas de coûts nouveaux pour la collectivité publique, vu la couverture par l'AI et les PC AVS/AI. Dans une moindre mesure, cela vaut également pour les personnes en EMS et HNM.

Il est par ailleurs considéré que le dépistage sommaire exercé par les gynécologues, les médecins de premier recours et les pédiatres, prévus à l'article 12, alinéa 1, lettres a) et b), est effectué dans le cadre de leur activité (notamment l'anamnèse) à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Plus particulièrement, le petit examen par le spécialiste de premiers recours (position TARMED 00.0410) comprend, pour l'enfant, au moins un examen (cursif) de la peau, de la bouche et des dents (..).

Alinéa 3 : S'agissant des médecins-dentistes, leur participation se base sur la convention de l'article 9. Cette convention sera négociée entre l'Etat et les partenaires concernés.

Art. 30

Cet article pose la base légale pour le financement des coûts de la présente loi, en nommant les deux sources de financement que sont la taxe sur les boissons sucrées et les cotisations et qui financeront de manière exclusive les prestations de la loi.

Alinéa 1 : L'Etat peut en sus de la taxe boissons prélever des cotisations sur le revenu de l'activité lucrative déterminant au sens de l'AVS des personnes salariées et des indépendants. Les employeurs ne sont pas assujettis à cette cotisation, conformément à l'engagement pris par le Conseil d'Etat dans le cadre de la RIE III vaudoise de ne proposer aucun autre prélèvement sur les salaires à charge des employeurs jusqu'à l'année N+3 de l'entrée en vigueur de la réforme.

Les indépendants employeurs ne cotiseront que sur leurs propres revenus. En d'autres termes, un indépendant qui emploie des salariés (art. 11 LPGA), n'est pas soumis à cotisation sur le salaire qu'il verse à ses employés.

La cotisation d'au maximum 0,06% est prélevée sur les mêmes revenus et perçue selon les mêmes procédures que la cotisation des salariés et des indépendants de la LPCFam, c'est-à-dire selon l'article 23, al. 1, lettres c) à e) qui définit plus précisément les salariés et les indépendants cotisants, et l'article 25 qui fixe les taux de cotisation, leur affectation et les modes de prélèvement des cotisations. La cotisation LSB pourra s'additionner à la cotisation PC Familles de la LPCFam qui s'élèvera donc à 0,12% pour les salariés et indépendants concernés si le Conseil d'Etat décide du taux maximal de 0,06%.

Enfin, au cas où ces cotisations ne devaient pas suffire à couvrir les frais dentaires des personnes avec activité lucrative, les recettes de la taxe sur les boissons sucrées prendraient en charge les frais résiduels.

Alinéa 2 : Les cotisations serviront à couvrir les dépenses pour les mesures en faveur des personnes qui exercent une activité lucrative. Il s'agit des parents qui travaillent, avec enfants, et des jeunes adultes qui travaillent (art. 2, al. 1, let. a), ainsi que des adultes avec activité lucrative mais dont les revenus sont estimés trop modestes pour faire face à des frais dentaires importants (art. 2, al. 1, let. e). Les dépenses médico-dentaires en faveur de bénéficiaires sans activité lucrative (ou disposant d'un revenu de substitution) seraient à supporter par l'Etat et notamment par la taxe sur les boissons sucrées.

La distinction prévue entre personnes avec et sans activité lucrative est nécessaire pour pouvoir assurer que les remboursements des soins dentaires soient financés par les cotisations seulement en faveur des

personnes qui exercent une activité lucrative ; en effet, on ne saurait leur imposer la charge de ces prestations sociales accordées aux personnes sans activité lucrative (principe de la généralité de l'impôt, ATF 132 I 153 et 2P.329/2001).

Alinéa 3 : Cet alinéa crée la base légale nécessaire pour la compensation financière des communes vis-à-vis de l'Etat pour les tâches qu'elles n'assumeront plus avec la LSB et qui seront, sous une forme différente, assumées par l'Etat. Il s'agit du redimensionnement du dépistage pendant la scolarité obligatoire qui sera remplacé par des examens bucco-dentaires complets assumés par l'Etat, ne prévoyant plus que des dépistages à deux moments de la scolarité (art. 6, al. 1, art. 12, al. 1, let. d., art. 30, al. 1 en lien avec art. 29, al. 1, let. b ; art. 42). Un accord sur cette compensation sera à trouver avec les communes. La compensation est estimée à Fr. 1,8 mio et est intégrée dans les conséquences financières (chiffre 4.2, figure 15 de l'EMPL).

Art. 31

Cet article pose la base légale pour l'introduction d'une taxe sur les boissons sucrées, définies comme toutes les boissons sans alcool au sens du droit fédéral, destinées à la consommation humaine et contenant tout type de sucre ajouté. Le Conseil d'Etat pourra préciser cette définition et prévoir des exceptions pour certains types de boissons.

Est assujettie au paiement de la taxe toute entreprise qui distribue ces boissons sur le territoire cantonal. Un distributeur est une entreprise qui distribue ces boissons à une entreprise ou établissement qui pratique la vente aux consommateurs (détaillant). La notion de détaillant s'entend ici par opposition à celle de distributeur, dans un circuit de distribution. Les détaillants concernés sont donc compris au sens large du terme, à savoir notamment les supermarchés (grandes surfaces), les entreprises du commerce de détail (petites et moyennes surfaces), les kiosques, les distributeurs automatiques, les commerces de boissons, les établissements du secteur de la restauration, de l'hôtellerie et des cafetiers, la restauration collective, dès lors que ces entreprises sont actives dans la vente finale de boissons sans alcool aux consommateurs.

La taxe est prélevée annuellement. Concrètement, chaque détaillant devra déclarer à l'Etat l'identité de son ou de ses distributeurs tout comme le volume de boissons délivré. Si, pour une raison ou une autre, le distributeur ne peut être identifié ou qu'il est situé en dehors du territoire suisse, la taxe est alors prélevée directement auprès du détaillant-vendeur. De même, la taxe sera prélevée directement auprès des détaillants qui préparent eux-mêmes des boissons sucrées pour les vendre aux consommateurs. Dans tous les cas de figure, le Conseil d'Etat devra prévoir une limite de volumes exprimées en litres en-dessous de laquelle la taxe ne pourra pas être prélevée. Cette mesure protégera les distributeurs (cas échéant, les détaillants) ayant des faibles volumes d'activité et donc des chiffres d'affaire peu importants sur cette catégorie de produits. Les distributeurs de plus grande taille en bénéficieront également puisqu'une partie de leur volume d'activité serait dans tous les cas exonéré.

Le montant de la taxe est fixé en francs par litre. Le Conseil d'Etat fixera annuellement le montant de cette taxe, mais il ne pourra toutefois pas dépasser un maximum de 0.30 CHF par litre. Ce maximum donne une certaine flexibilité au Conseil d'Etat. De pair avec la mesure d'exonération des faibles volumes d'activité, la fixation d'un montant légal maximal est de nature à éviter que la taxe ne s'assimile à un impôt confiscatoire. En outre, le Conseil d'Etat aura la faculté de différencier le montant de la taxe selon la teneur en sucre des boissons concernées.

L'alinéa 5 prévoit expressément la possibilité d'interjeter une réclamation contre les décisions de taxation, auprès de l'autorité qui les a rendues. Il renvoie pour le surplus aux règles de procédure à édicter par le Conseil d'Etat.

Juridiquement, la taxe est conçue comme un impôt spécial cantonal d'affectation des coûts. Tenant compte du lien scientifiquement avéré entre surconsommation de boissons sucrées et des pathologies

telles que l'obésité, le surpoids, le diabète ou les caries dentaires, il est visé à ce que les entreprises distribuant ces boissons dans le Canton de Vaud, et qui en retirent des avantages économiques, contribuent à couvrir une partie des coûts directs et indirects de santé publique que cette activité engendre pour la société en général et les pouvoirs publics en particulier.

Art. 32

La plateforme A "Estimation" correspond à la plateforme informatique Medident actuelle.

Elle a été mise en service le 1.08.2009. Le but de cette plateforme est de permettre la validation par le Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise de la conformité, avec le référentiel cantonal des prestations admises, des plans de traitements proposés par les médecins-dentistes traitants ainsi que des traitements réalisés (contrôle des factures pro forma soumises).

Elle contient les données personnelles des demandeurs d'un remboursement, l'organisme payeur concerné et les renseignements médico-dentaires nécessaires à l'analyse du dossier (estimations d'honoraires, factures pro forma, commentaires médicaux et non-médicaux, les pièces jointes de type radiographies et toute autre donnée nécessaire à l'établissement du plan de traitement ou au contrôle du traitement réalisé).

La plateforme B " Suivi des examens" devra permettre d'assurer le suivi des examens bucco-dentaires (EBD) des élèves en scolarité obligatoire, ainsi que de permettre un suivi épidémiologique de ces élèves et des autres personnes bénéficiant des EBD dans le cadre du projet "santé bucco-dentaire". Cette plateforme contiendra les coordonnées personnelles des enfants et jeunes âgés de 4 à 16 ans ainsi que le dossier des patients concernés par les EBD dans le cadre du projet santé bucco-dentaire. Il contiendra une présentation simplifiée de l'état bucco-dentaire et des pathologies retrouvées à l'examen.

Les deux plateformes informatiques seront indépendantes mais il sera possible d'envisager une connexion facilitée à la plateforme A depuis la plateforme B.

Le Médecin cantonal en tant qu'autorité de l'Etat est désigné comme responsable du traitement. De plus, le projet nomme le Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale comme gestionnaire des plateformes.

Art. 33

Les deux plateformes contiendront des données sensibles, soit les données médicales mais également les données relatives aux mesures et aides individuelles découlant de législations sociales (art. 4, al. 1, ch. 2 LPrD). Les exigences pour le traitement de données personnelles dites sensibles sont plus élevées que pour les données personnelles standards. Il faut donc prévoir une base légale claire et complète qui fait état de la finalité des outils et désigne le responsable du traitement des données (art. 32), le contenu et les catégories de données (art. 33) qui pourront ensuite faire l'objet d'un catalogue plus détaillé dans le règlement d'application, et les autorités ou personnes qui ont accès aux données (art. 34).

Art. 34

L'article 34 énumère les personnes et entités ayant le droit de traiter les données, en distinguant entre les deux plateformes et en limitant le traitement aux besoins de l'activité et pour certaines, à d'autres conditions encore (dossiers des propres patients, dossiers auxquels l'entité a été rattachée).

Art. 35

Il faut pouvoir utiliser le numéro AVS à 13 chiffres (NAVS13) afin de pouvoir à terme croiser les données des plateformes avec des données issues du RCPers ou de la DGEO. A priori, l'article 9 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'harmonisation des registres des habitants et d'autres registres officiels des personnes (LVLHR) permet à un service cantonal de recourir au NAVS 13, à certaines conditions. Toutefois, il est mentionné en l'occurrence, pour des raisons de sécurité, comme cela est

également le cas par exemple dans la LHPS.

Art. 36

Cet article rappelle le devoir inscrit dans la loi cantonale sur la protection des données personnelles qui est celui d'informer les personnes concernées que des données à leur égard sont traitées.

Art. 37

Cette norme de délégation accorde au Conseil d'Etat la compétence de régler les détails nécessaires à la concrétisation des deux plateformes. Elle a comme modèle la disposition similaire de la LHPS (art. 15).

Art. 38

Ce renvoi sert à rappeler que la LPrD est applicable de manière résiduelle.

Art. 39

La loi sera évaluée cinq ans après sa mise en vigueur afin de pouvoir modifier les réglages des dispositifs prévus, le cas échéant. Est mentionné expressément le dispositif d'examen bisannuels prévus à l'article 12, qui est un élément central et qui remplacera les dépistages, respectivement agira en alternance avec ces derniers, ainsi que la compétence du Conseil d'Etat relative à l'adaptation de ce dispositif.

Art. 40

Il revient à l'Etat d'assurer, par une surveillance continue, que les mesures de santé bucco-dentaires soient appliquées par ses organes, celles des communes et les autres acteurs en conformité avec la loi.

Art. 41

Les services dentaires scolaires pourront continuer à jouer leur rôle actuel important pour la prise en charge médico-dentaire de la population et notamment des enfants (art. 6). Toutefois, ils doivent s'adapter aux modifications du dispositif de prise en charge, par exemple en ce qui concerne l'examen bucco-dentaire complet qui remplacera les actuels dépistages. Ces adaptations nécessitent un temps de transition que le projet fixe à deux ans.

Afin de faciliter cette transition, l'Etat peut subventionner les services dentaires scolaires.

Notamment au cours de cette transition, l'Etat peut inciter les communes ou les services intercommunaux existants à s'organiser au niveau régional. De telles démarches organisationnelles sont déjà offertes par la législation en place (art. 49 LSP, abrogé) et resteront une option prévue par le projet (art. 6, al. 3, let. a.).

Art. 42

Afin de permettre une transition contrôlée vers un régime d'examens complets et de vérifier scientifiquement quelle sera la solution à long terme à choisir en ce qui concerne le suivi des enfants en scolarité obligatoire, une clause transitoire prévoit de maintenir deux moments de dépistages tels que pratiqués aujourd'hui, en alternance avec les examens complets. Les effets de ce mode de suivi seront évalués après cinq ans et permettront au Conseil d'Etat de déterminer s'il convient de maintenir, adapter ou abandonner les dépistages restants.

Art. 43

La contribution aux primes d'assurance dentaire est au bénéfice des enfants, la seule condition étant qu'ils soient nés jusqu'à une année avant l'entrée en vigueur de la loi. Ainsi, on pourra soutenir également des enfants nés dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la loi, si leurs parents concluent une assurance dentaire dans l'année de leur naissance.

Art. 44

Une disposition transitoire doit prévoir qu'en cas d'adoption avant la votation sur l'initiative " Pour un

remboursement des soins dentaires ", le Conseil d'Etat publiera le texte de la loi si le contre-projet est adopté aux dépens de l'initiative. En effet, la loi ne pourra pas être appliquée en cas d'un vote favorable à l'initiative, vu que ses orientations ne concordent pas avec celles de l'initiative, notamment sur l'organisation des structures publiques de prise en charge dentaire et des modalités d'assurance des frais dentaires.

3.2 Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile

L'article 2 de cette loi est complétée par la mention de la santé bucco-dentaire, vu le rôle que joue le dispositif en matière de maintien à domicile, ainsi que dans le domaine scolaire.

Art. 2

Il s'agit de la même clause que celle de l'article 48 du projet de loi sur la santé bucco-dentaire.

3.3 Loi sur la santé publique

Art. 28

Vu l'importance de la prévention et de la promotion en matière de santé bucco-dentaire, la liste des principaux champs d'intervention est complétée.

Art. 44bis

Afin de faire apparaître la politique en matière de santé bucco-dentaire dans le chapitre IV Prévention de la loi sur la santé publique, un article résume les principes de cette politique et les bénéficiaires prioritaires visés et renvoie pour le reste à la présente loi.

Art. 45

Dans cette disposition, le terme de la présente loi (*bucco-dentaire*) est repris.

Art. 46 et 48

Vu que le présent projet offre comme option la collaboration avec des médecins-dentistes privés, cette profession est ajoutée aux alinéas 1 et 2. Bien que cette profession fasse déjà partie de certains dispositifs communaux où elle est appelée à suppléer à des structures publiques (services dentaires), il se justifie de la mentionner expressément, vu la montée en force du dispositif de prévention et de promotion dans lequel les médecins-dentistes privés seront parties prenantes.

L'alinéa 3 prévoit une exception en faveur des médecins-dentistes privés qui doivent pouvoir prendre en charge les enfants en dehors des horaires scolaires.

Le terme "conventionnés" est prévu pour mettre en exergue la notion de conventionnement, prévue aux articles 7 et 9 du projet de loi sur la santé bucco-dentaire.

Art. 49 (biffé)

La présente loi remplace et précise le rôle des communes (art. 5 et 6) et rend caduc l'article 49.

Art. 50

L'alinéa 1 est amendé par un renvoi à la présente loi qui règle de manière plus précise le financement des activités communales. Le financement réservé des communes correspond aux coûts d'organisation pour les mesures que les communes doivent offrir au sens des articles 6 et 7 du projet de loi. Le financement réservé de l'Etat correspond aux coûts pour les mesures prévues à l'article 30 du projet de loi, en particulier les examens bucco-dentaires de la scolarité obligatoire.

Art. 2

Il s'agit de la même clause suspensive que celle de l'article 48 du projet de loi sur la santé bucco-dentaire.

3.4 Loi sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises

Art. 12

L'ajout des autorités appliquant la présente à la LHPS permet à ces dernières d'accéder aux données figurant dans le Système d'information RDU instauré par la LHPS. Cet accès est nécessaire pour pouvoir utiliser les données sur les subsides accordés et les autres données nécessaires à l'octroi des prestations ainsi que pour pouvoir gérer les bases de données prévues aux articles 32ss.

Art. 2

Il s'agit de la même clause que celle de l'article 44 du projet de loi sur la santé bucco-dentaire.

4 CONSÉQUENCES

4.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

Le présent projet de loi constitue un nouveau texte légal, à mettre en vigueur en fonction de son traitement au Grand Conseil et l'issue de la votation sur l'initiative "Pour le remboursement des frais dentaires" et le contre-projet constitutionnel.

Le Conseil d'Etat concrétisera la loi par des règlements, en particulier s'agissant des règles d'application qui régiront les différentes aides financières prévues au titre V de la LSB.

Une convention devra également être adoptée conformément à l'article 9 de la loi.

L'EMPL nécessite également les modifications légales suivantes :

- LAVASAD : mention de la santé bucco-dentaire parmi les missions de l'AVASAD ;
- LSP : mention de la santé bucco-dentaire dans les domaines d'intervention, lien avec la LSB et adaptations terminologiques ;
- LHPS : base légale en faveur des autorités d'application de la LSB pour l'utilisation du Système d'information RDU ;

4.2 Financières (budget ordinaire, charge d'intérêt, autres)

La partie 2.7.1 de l'EMPL contient déjà la description détaillée des coûts des différentes mesures, notamment ceux qui seront à charge de l'Etat.

De manière synthétique, les coûts annuels pérennes maximaux de la mise en place des mesures prévues est estimée à :

- mesures volet "examens et soins bucco-dentaires en faveur des enfants et des jeunes jusqu'à 18 ans" : **env. 15.8 mios CHF**
- mesures volet "aide financière pour les adultes" : **16.5 mios CHF** mesures volet 2 "aide financière ciblée pour les adultes de condition socio-économique modeste" : **env. 9 mios CHF**
- mesures volet "examens bucco-dentaires personnes âgées et personnes en situation de handicap" : **env. 1.89 mio CHF**
- mesure "contribution au paiement des primes d'assurance dentaires pour les enfants" : **1.6 mio CHF**
- communication et formation : **50'000 CHF**

Pour un récapitulatif du détail des différentes mesures prévues et leur répartition par type de poste, nous renvoyons aux tableaux détaillées de la partie 2 de l'EMPL (cf. figures 7, 8, 9 et 10 dans la section 2.7).

Le tableau ci-après résume le coût total des mesures :

Mesures	Montants CHF	Montant CHF hors régimes sociaux	Montants CHF régimes sociaux
Volet "Enfants" examens bucco-dentaires + aides financières soins	15'822'545	15'213'136	609'409
Volet "Adultes" aides financières soins	16'500'000	16'500'000	0
Volet "CMS/EMS/ESE" examens bucco-dentaires	1'868'682	1'029'690	838'992
Mesure promotion asséculologique	1'643'058	1'643'058	0
Communication et formation (promotion SBD)	50'000	50'000	0
Total	35'884'285	34'435'884	1'448'401

Mises à part la participation financière des communes à hauteur de 1.8 mios CHF et les participations des bénéficiaires et des médecins-dentistes conventionnés à environ un tiers chacun du coût afférent aux examens bucco-dentaires complets dans la période pré-scolaire (cf. 2.7.1), l'essentiel des coûts des mesures rappelés ci-dessus sera à charge de l'Etat.

L'évolution suivante des coûts a été estimée à moyen terme (5 ans). Pour le surplus, nous renvoyons à l'ensemble des commentaires détaillés sous ch. 2.7.6 de l'EMPL s'agissant des estimations ainsi fournies.

Figure 15 : estimation de l'évolution des coûts 2019-2023 liés aux mesures (y.c. coûts informatiques et administratifs) et financement du dispositif

Mesures	2019	2020	2021	2022	2023
EBD enfants et femmes enceintes	6'780'061	6'793'923	6'771'216	6'779'647	6'884'696
Prophylaxie en milieu scolaire (charge aux communes à négocier)	119'945	119'945	119'945	119'945	119'945
EBD soins à domicile, EMS, ESE	622'894	1'245'788	1'868'682	1'902'318	1'936'560
Aides financières enfants	4'386'732	8'773'463	8'931'385	9'092'150	9'255'809
Aides financières adultes	5'500'000	11'000'000	16'500'000	16'500'000	16'500'000
Sous-total aides financières	9'886'732	19'773'463	25'431'385	25'592'150	25'755'809
Promotion assécurologique	794'053	1'615'333	1'643'058	1'671'291	1'700'041
Communication et formation (promotion SBD)	50'000	50'000	50'000	50'000	50'000
Total coûts des mesures	18'253'684	29'598'451	35'884'286	36'115'351	36'447'050
Coûts informatiques - maintenance	200'000	200'000	200'000	200'000	200'000
Coûts informatiques - amort. et intérêts	136'500	136'500	136'500	136'500	136'500
EPT MDC & chef de projet & admin.	473'211	754'022	830'400	830'400	738'000
EPT CRD	468'586	937'173	1'105'000	1'105'000	1'105'000
EPT & informatique perception taxe boissons sucrées	493'750	493'750	363'750	363'750	363'750
Total coûts charges admin.	1'772'047	2'521'445	2'635'650	2'635'650	2'543'250
<i>Ratio indicatif charges admin sur coûts des mesures</i>	10%	9%	7%	7%	7%
Total coûts bruts dispositif y.c. charges admin.	20'025'731	32'119'896	38'519'936	38'751'001	38'990'300
<i>Niveau taxe</i>	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30
Revenus bruts taxe sur les boissons sucrées	-12'000'000	-18'000'000	-18'000'000	-18'000'000	-18'000'000
<i>Niveau cotisation</i>	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%
Revenus du relèvement de la cotisation des salariés et indépendants	-19'210'775	-19'498'936	-19'791'420	-20'088'292	-20'389'616
<i>Effet fiscal net (relèvement cotisations et nouveaux revenus soumis MDC & EPT)</i>	2'010'206	1'956'590	1'954'569	1'990'975	2'030'051
Participation des communes	-1'800'000	-1'800'000	-1'800'000	-1'800'000	-1'800'000
Participation des bénéficiaires (EBD enfants)	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242
Participation des médecins-dentistes (EBD enfants)	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242	-481'242
Total financement	-31'963'052	-38'304'830	-38'599'334	-38'859'800	-39'122'048
Total coûts nets dispositif	-11'937'321	-6'184'934	-79'398	-108'798	-131'748
Economies attendues dans les régimes sociaux	-	-209'555	-419'111	-628'666	-838'221
Effets du principe de subsidiarité des aides financières	-1'646'019	-3'292'039	-3'669'416	-3'717'645	-3'766'743
Effets de substitution attendus pour les EBD pour bénéficiaires des régimes sociaux (30% * 1,4 mio)	-420'000	-420'000	-420'000	-420'000	-420'000
Total final coûts nets estimés	-14'003'300	-10'106'500	-4'587'900	-4'875'100	-5'156'700

Les charges du dispositif devraient ainsi être globalement compensées par les mesures de financement. Une estimation des coûts à moyen terme a été effectuée et prévoit une stabilité des coûts. Cette

estimation se base sur le rapport de l'IUMSP ainsi que sur une croissance annuelle de la population vaudoise de 1.8% (réf. rapport Stat Vaud du 26.02.16) appliquée aux coûts des mesures d'aides financières.

Sur la base de ces estimations, l'impact sur le budget d'exploitation de l'Etat sera équilibré, ce d'autant qu'il faut tenir compte des éléments suivants :

- a. des économies attendues sur le moyen terme avec le déploiement du dispositif dont la prévention et la détection précoce devrait permettre de réduire les coûts des soins à terme ; dans le tableau ci-2019-2023, une baisse progressive des dépenses de soins à rembourser a été retenue, sur la base des hypothèses faites par l'IUMSP et incluant un effet sur les régimes sociaux;
- b. de l'effet de l'application du principe de subsidiarité de toutes les aides financières prévues par le dispositif ; pour les enfants et les jeunes (taux actuel de couverture asséculoologique soins dentaires de 45%), l'effet "subsidiarité" retenu serait d'environ 30% du montant des aides financières pour les enfants et des jeunes ; pour toutes les autres catégories pour lesquelles des aides financières ciblées sont prévues, et tenant compte d'un taux de couverture asséculoologique beaucoup plus bas actuellement (taux actuel de couverture des adultes avec enfants de 12% selon l'institut M.I.S Trend), l'effet "subsidiarité" retenu serait de 6%.

De plus, il convient de tenir compte d'un déploiement progressif du dispositif en se basant sur l'expérience faite et le rythme de déploiement observé pour le régime des PC Familles (déploiement plein après 3 ans), à l'exception des aides financières pour les enfants et les jeunes dont le déploiement intégral est prévu dès la 2^{ème} année après l'entrée en vigueur de la loi. Dans le tableau précédent, l'année 2021 représente la pleine mise en œuvre du système. De par ce déploiement progressif, le déploiement des ETP nécessaires pour assurer le traitement des nouveaux dossiers individuels supplémentaires sera lui aussi progressif, tant du côté MDC (1.1 ETP en 2019, puis 2.2 ETP en 2020 et 2.5 ETP dès 2021) que des CRD (3.6 ETP en 2019, puis 7.2 ETP en 2020, et enfin 8.5 ETP dès 2021).

4.3 Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financiers et économiques

S'agissant des coûts des mesures décrits sous point 4.2, les facteurs d'incertitudes suivants doivent être mentionnés :

- Les coûts sont basés sur l'application du tarif dentaire SSO et une valeur du point tarifaire dentaire de 3.10 CHF (valeur de point prise en compte dans le cadre des assurances sociales depuis 1994). S'il s'agit de la valeur actuelle appliquée pour les remboursements de frais dentaires dans les régimes sociaux cantonaux, il faut souligner ici la "sensibilité" future de cette valeur de point, attendu que la profession dentaire en Suisse discute actuellement avec les assureurs d'un réexamen à la hausse de la valeur du point de référence. Si la valeur du point devait augmenter à l'avenir, les coûts nécessiteraient vraisemblablement d'être estimés à nouveau. A noter que la valeur du point applicable aux prestations constitue un des points centraux de la future convention qui devra être discutée entre l'Etat et les partenaires impliqués (cf. art. 9 du projet de loi).
- Les coûts sont également basés sur un certain nombre d'hypothèses, en particulier quant au taux futur effectif de besoins en soins bucco-dentaires (basé sur les prévalences actuelles connues) et donc de recours à des prestations de soins. Pour information, les principales hypothèses retenues dans les modélisations de coût sont :
 - 25% des femmes enceintes seront orientées vers un médecin-dentiste suite au dépistage sommaire du gynécologue ou médecin de premiers recours.

- 25% des enfants de 12 à 18 mois seront orientés vers un médecin-dentiste suite au dépistage sommaire du pédiatre.
- 100% des enfants de 3 à 4 ans effectueront un examen bucco-dentaire complet avant d’entrer à l’école obligatoire.
- 100% des enfants en âge de scolarité effectueront un examen bucco-dentaire complet tous les deux ans (la fréquence plus soutenue à prévoir pour les enfants à hauts risques carieux a été modélisée au niveau des coûts par l’application d’un coefficient de 1.4 par l’IUMSP).
- 30% des enfants et des jeunes jusqu’à 18 ans auront besoin de soins dentaires, lesquels pourront être remboursés à hauteur de 50% des frais engendrés.
- 30% des personnes suivies par une OSAD seront orientées vers un médecin-dentiste suite au dépistage sommaire par l’outil RAI.
- 100% des résidents actuels en EMS effectueront annuellement un examen bucco-dentaire à l’entrée en institution.
- 100% des personnes hébergées en ESE effectueraient un examen bucco-dentaire à l’entrée en institution.
- Pour l’aide financière destinée aux adultes, hypothèse a été faite que 30% des adultes auront des soins dentaires et que, parmi les ayant-droit, 50% recourront effectivement à la mesure d’aide financière prévue à l’art. 18 s’agissant de frais de soins dentaires importants. Le taux de recours de 50% a été estimé en comparaison avec le régime des subsides LAMal. Le système de financement permet toutefois de garantir les coûts même avec un taux de recours supérieur (jusqu’à 60%).
- Concernant les examens et les soins pour les enfants et les jeunes, ainsi que pour les personnes âgées et handicapées, les chiffres donnés pour les années 2019 à 2023 sont des projections qui correspondent à l’estimation faite à partir de l’année 2016 dans le rapport de l’IUMSP. Pour les enfants et les jeunes, l’IUMSP a retenu des volumes de population pour chaque cohorte en se basant sur les projections tendanciennes de l’OFS par âge entre 2016 et 2026. Les coûts des soins dentaires ont également été considérés constants au cours des cycles de la modélisation IUMSP. Ces incertitudes sont toutefois contrebalancées par les aspects de modélisation suivants :
 - Si l’accroissement démographique entre 2016 et 2019 n’est pas pleinement intégré aux projections, cela n’est toutefois pas problématique attendu que les projections démographiques de l’OFS s’avèrent systématiquement plus élevées que le scénario haut de Stat Vaud.
 - Les estimations de l’IUMSP reposent sur l’hypothèse forte selon laquelle 100% des individus enfants et jeunes ayant besoin de soins bucco-dentaires (EBD + soins) y auront effectivement recours ; les coûts pourraient s’avérer moindres en cas d’adhésion partielle aux recommandations du nouveau dispositif.

- Aucune évolution à la baisse de l'épidémiologie de la carie n'a été considérée dans le calcul des coûts bruts des prestations ; cette hypothèse conservatrice peut conduire à une surévaluation des besoins en soins dentaires de la population et, par conséquent, à une surestimation des coûts du dispositif sur le long terme.
- Le coût du volet "aides financières adultes" a été modélisé à partir des données connues se rapportant aux bénéficiaires des régimes sociaux. Il est probable que la santé bucco-dentaire de la catégorie de bénéficiaires visés par le dispositif soit meilleure, donc engendre des coûts moindres.

Une certaine inconnue réside dans le comportement des potentiels bénéficiaires des aides financières qui seraient déjà assurés pour les soins dentaires : ces personnes ne risquent-elles pas de résilier leur assurance dentaire sachant que des prestations pourraient leur être remboursées par le nouveau dispositif ?

Ce risque devrait être réduit pour les raisons suivantes :

- Afin de limiter le risque de résiliations, les produits d'assurance dentaire éligibles à l'incitation financière de l'Etat ("bon d'assurance" 200 CHF à la naissance) devraient a priori inclure un remboursement de minimum 50% des soins dentaires de base voire une couverture pour l'orthodontie. Un tel produit d'assurance serait effectivement particulièrement attractif sur la durée vu que l'Etat remboursera quant à lui le 50% restant des soins dentaires ordinaires (hors orthodontie) jusqu'à l'âge de 18 ans. Un ménage espérant 100% de remboursement des soins dentaires aura donc tout intérêt à conserver son assurance au fil des années, sans parler de l'orthodontie.
- le dispositif ne remboursant pas les frais liés à l'orthodontie, les ménages avec famille auront tout intérêt à conserver leur assurance dentaire, laquelle est d'ailleurs souvent contractée dans le but de couvrir les frais orthodontiques dont la charge financière est particulièrement élevée (67% des enfants de 0 à 18 ans seraient assurés pour l'orthodontie selon l'étude de MIS Trend d'août 2016) ;
- la mesure d'encouragement à la couverture asséculoologique prévoit justement d'informer de manière ciblée et efficace quant aux bénéfices induits à moyen et long terme d'une assurance dentaire contractée suffisamment tôt pour les enfants et les jeunes ;
- la part de la population adulte au bénéfice d'une assurance dentaire est d'ores et déjà peu élevée (taux de 12% selon l'étude MIS Trend d'août 2016) ; de fait, ce taux pourra difficilement diminuer davantage ; ce d'autant que les modalités de l'aide financière pour les adultes visent spécifiquement des frais dentaires importants (franchise proportionnelle au revenu, montant maximum des frais remboursables, montant de revenus maximum admis).
- Les aides financières LSB seront octroyées selon le principe de subsidiarité, lequel s'appliquera également aux prestations des assurances privées des bénéficiaires (cf. article 15, al. 1). D'ailleurs, ces aides pourront aussi être octroyées en complément des prestations allouées en vertu des assurances privées.

S'agissant du financement, les incertitudes suivantes peuvent être mentionnées :

- le niveau effectif des recettes de la taxe sur les boissons sucrées dépendra in fine des éléments suivants : a) les effets des éventuelles exceptions décidées par le Conseil d'Etat et du volume d'activité exprimée en litre qui sera exonéré de taxe ; b) baisse éventuelle de la distribution et/ou de la consommation des boissons concernées (changement dans les habitudes

de consommation, évolution du marché ou l'accroissement de nouveaux produits de substitution). C'est la raison pour laquelle les estimations de coûts restent prudentes, en particulier pour la première année de déploiement de la mesure.

- Participation financière des communes : un accord devra être trouvé entre l'Etat et les communes.

4.4 Personnel

Le projet de loi aura des conséquences sur le plan du personnel. Les coûts administratifs suivants sont anticipés (déploiement plein du dispositif : 2021), en lien avec à la nécessité de prévoir les EPT suivants dans différentes rubriques :

- postes liés aux activités de contrôle et expertise des dossiers par le Médecin-dentiste conseil et son équipe via les plateformes informatiques des dossiers supplémentaires induits par le dispositif : 2.5 EPT médecin-dentiste conseil + 0.8 EPT administratif.
- poste de chef de projet responsable du pilotage et de la surveillance du nouveau dispositif : 0.5 EPT (CDD de 2 ans renouvelable 1 fois).
- poste lié à la mise en place de la mesure de promotion asséculoologique : 0.8 EPT.
- postes liés à la perception de la taxe sur les boissons sucrées : 2.8 EPT en 2019 et en 2020 (2 ETP de taxateurs et 0.8 ETP de juriste), puis passage à 1.8 EPT dès 2021 (suppression de 1 ETP de taxateur une fois le système informatique de perception pleinement déployé).
- postes liés au travail supplémentaire dans les CRD pour environ 65'000 dossiers supplémentaires : 8.5 EPT.

Postes "Etat"								
Postes	EPT en 2021	Type de contrat	Durée d'engagement	2019	2020	2021	2022	2023
Expertises médecin-dentiste conseil MDC	2.5	CDI	-	246'625	493'249	550'000	550'000	550'000
Administratif MDC	0.8	CDI	-	39'460	78'920	88'000	88'000	88'000
Chef de projet	0.5	CDD	2 ans	92'400	92'400	92'400	92'400	-
Gestionnaire promotion asséculoologique	0.8	CDI	-	100'000	100'000	100'000	100'000	100'000
Taxateurs taxe boissons sucrées	1	1 CDI	-	130'000	130'000	130'000	130'000	130'000
		1 CDD	2 ans	130'000	130'000	-	-	-
Juriste taxe boissons sucrées	0.8	CDI	-	120'000	120'000	120'000	120'000	120'000
Total EPT	6.4			858'485	1'144'569	1'080'400	1'080'400	988'000
Postes "communes"								
Gestionnaire organismes payeurs dans les CRD	8.5	CDI	-	468'586	937'173	1'105'000	1'105'000	1'105'000
Total coûts administratifs	14.9			1'327'071	2'081'742	2'185'400	2'185'400	2'093'000

4.5 Communes

Le rôle attendu et les tâches des communes sont précisément décrits aux articles suivants du projet de loi :

- article 5 "promotion et prévention"
- article 6 "examens et soins bucco-dentaires durant la scolarité obligatoire"
- article 7 "médecins-dentistes conventionnés"
- article 10 "médiation interculturelle"
- articles 21 à 28 chapitre "organisation", "autorités d'application"
- article 30 "financement"
- article 29 "principe de prise en charge des coûts"
- article 41 "services dentaires scolaires"
- article 42 "dépistage".

De manière générale, le dispositif du projet de loi aura les conséquences suivantes sur le plan communal :

Promotion et prévention en santé bucco-dentaire :

Les communes continueront d'exercer une responsabilité conjointe avec l'Etat en la matière, en particulier au niveau scolaire mais également dans le domaine de l'accueil de jour et des soins à domicile. L'amélioration de la promotion et de la prévention pourrait amener à intégrer davantage des communes dans des programmes d'information et de formation par exemple.

Examens et soins bucco-dentaires dans la scolarité obligatoire :

Le système actuel de dépistage dentaire annuel, actuellement à charge des communes, sera redimensionné vers un système d'examens bucco-dentaires complets durant la scolarité obligatoire. Les communes conserveront l'obligation légale de fournir cette prestation de contrôle sur leur territoire, mais elles n'auront plus à en assumer le coût dans la mesure où les examens bucco-dentaires seront désormais financés de manière centralisée par l'Etat.

L'Etat définira donc dans un cahier des charges les prestations que les communes doivent offrir durant la scolarité obligatoire, y compris le socle minimal de prestations de prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire. Les communes resteront libres de s'organiser comme elles l'entendent pour assurer que ces prestations soient effectivement délivrées. Si elles contractent avec des médecins-dentistes privés à une valeur de point excédant celle retenue dans la convention, ce surcoût sera à leur charge.

A noter que, s'agissant des dépistages, les communes devront maintenir deux moments de dépistage universel à titre transitoire jusqu'aux résultats de l'évaluation du nouveau dispositif 5 ans après l'entrée en vigueur de la loi.

En outre, les communes pourront continuer de proposer des soins prophylactiques et thérapeutiques sur leur territoire, à l'instar des cliniques dentaires scolaires existant déjà dans certaines communes.

S'agissant des services dentaires scolaires déjà existant, les communes concernées auront deux ans pour adapter l'activité de ces services au nouveau dispositif. Dans l'intervalle, l'Etat pourra subventionner les services dentaires scolaires et inciter les communes ou groupements de communes à s'organiser à l'échelle régionale.

Remboursement des soins dentaires :

L'avènement d'une prestation cantonale harmonisée d'aide financière pour les mineurs pourrait conduire à ce que les communes prévoyant des aides financières communales pour les jeunes décident

de s'en décharger ou de les redimensionner en fonction de ce nouveau paramètre. Pour les communes concernées, une économie pourrait être envisagée. Pour rappel, le montant total des subventions communales pour les soins dentaires était estimé par l'IUMSP à env. 400'000 CHF en 2011.

Au niveau financier, les communes participeront au financement du dispositif global de la LSB, cela en compensation des économies qu'elles réaliseront avec l'abandon du dépistage annuel dentaire, actuellement à leur charge et estimé à un coût global d'environ 1.8 mios CHF en 2014 (cf. partie 1.2.3.2 de l'EMPL). Pour récupérer la participation financière des communes, un système de facturation en francs/élève scolarisé a été proposé par les associations faitières de communes, système auquel le Conseil d'Etat pourrait se rallier.

L'art. 30, al. 3 ("financement") crée la base légale nécessaire pour la compensation financière des communes vis-à-vis de l'Etat pour les tâches qu'elles n'assumeront plus avec la LSB et qui seront, sous une forme différente, assumées par l'Etat. Il s'agit du redimensionnement du dépistage pendant la scolarité obligatoire qui sera remplacé par des examens bucco-dentaires complets assumés par l'Etat, ne prévoyant plus que des dépistages à deux moments de la scolarité (art. 6, al. 1, art. 12, al. 1, let. d., art. 30, al. 1 en lien avec art. 29, al. 1, let. b ; art. 42).

Les modalités concrètes de facturation de cette part à charge des communes devront être convenues en temps voulu avec l'UCV et l'AdCV.

4.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

4.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en oeuvre, autres incidences)

Les mesures spécifiques du projet prévues pour les personnes âgées (cf. ch. 2.3) sont conformes à l'objectif 1.4 du programme de législature "anticiper les besoins en soins et en hébergement".

4.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA

En vertu de l'article 5 sur la promotion et la prévention, l'Etat peut mettre en place des programmes d'information et de formation en santé bucco-dentaire ou subventionner de telles mesures de ses partenaires.

De même, la disposition transitoire contenue dans l'article 41 de la loi prévoit que l'Etat peut subventionner, sur une période à fixer par le Conseil d'Etat, les services dentaires scolaires.

Cas échéant, ces subventions devront être accordées en conformité aux dispositions de la loi sur les subventions (LSubv) du 22 février 2005.

4.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

4.10 Incidences informatiques

Le projet de loi aura des conséquences au niveau informatique car le dispositif impliquera :

- le redimensionnement de la plateforme Medident existante afin de pouvoir assurer le traitement des dossiers supplémentaires par année induits par le nouveau dispositif.
- le développement de la nouvelle plateforme santé bucco-dentaire (SBD) qui devra permettre d'assurer le suivi des contrôles exigés par la loi et le suivi épidémiologique de l'état bucco-dentaire de la population concernée par le projet SBD. Cette plateforme devrait pouvoir gérer environ 150'000 entrées avec une évolution de 25'000 entrées par an.
- la maintenance technique des deux plateformes informatiques.

- le développement d'un programme informatique pour la perception de la taxe sur les boissons sucrées, pour permettre a) un traitement performant des informations que les entreprises concernées devront communiquer à l'Etat pour l'identification des distributeurs et des quantités délivrées et b) effectuer une taxation efficace des entreprises assujetties au paiement de la taxe.

Les coûts induits sont récapitulés dans le tableau ci-après :

Coûts d'investissements informatiques	
Redimensionnement Medident	100'000 CHF
Développement nouvelle plateforme SBD	500'000 CHF
Développement d'un programme pour la perception de la taxe sur les boissons sucrées	500'000 CHF
Total coûts d'investissement	1'100'000 CHF
Total coûts amortissements et intérêts	250'250 CHF / an
Coûts pérennes	
Maintenance informatique, frais fixes	60'000 CHF
Maintenance informatique, frais variables	90'000 CHF
Maintenance informatique taxe BS	50'000 CHF
Maintenance informatique	200'000 CHF / an

4.11 RPT (conformité, mise en oeuvre, autres incidences)

Néant.

4.12 Simplifications administratives

Néant.

4.13 Protection des données

La Préposée à la protection des données a été consultée sur deux versions préliminaires du projet de loi en février 2016 et en septembre 2016, en particulier s'agissant des règles concernant les plateformes informatiques du dispositif (cf. Titre VII projet de loi).

Ses déterminations ont été intégralement prises en compte.

5 CONCLUSION

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'Etat à l'honneur de proposer au Grand Conseil pour adoption le projet de loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires.

Sources et commentaires

- [1] Parmi lesquelles La Gauche, le Mouvement populaire des familles, UNIA Vaud, le SSP Vaud, l'Union Syndicale Vaudoise, L'autre syndicat, SUD, le Parti socialiste vaudois, Les Verts, et l'Avivo Vaud et Lausanne.
- [2] <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=3339>
- [3] Rapport de l'OCDE "Panorama de la santé 2013"
- [4] OMS, aide-mémoire n° 318, avril 2012
- [5] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [6] http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/
- [7] Marthaler, T., G. Menghini, et al. (2005). *Use of the Significant Caries Index in quantifying the changes in caries in Switzerland from 1964 to 2000*. Community Dentistry and Oral Epidemiology 33(3): 159-166.
- [8] Steiner, M., G. Menghini, et al. (2010), *Changes in dental caries in Zurich school-children over a period of 45 years*, Schweiz Monatsschr Zahnmed 120: 1084-1104.
- [9] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [10] Christensen LB, Petersen PE, et al. (2010). *Oral health in children in Denmark under different public dental health care schemes*, Community Dental Health 27(2): 94-101.
- [11] Kawashita, Y., M. Kitamura, et al. (2011), *Early childhood caries*, Int J Dent 2011: 725320.
- [12] Vargas, C. M. and C. R. Ronzio (2006), *Disparities in early childhood caries*, BMC Oral Health 6 Suppl 1: S3.
- [13] Zitzmann, N. U., K. Staehelin, et al. (2008), *Changes in oral health over a 10-yr period in Switzerland*, European Journal of Oral Sciences 116(1): 52-59.
- [14] Folliguet 2006 ; Casamassimo, Thikkurissy et al. 2009 ;
- [15] Casamassimo, P. S., S. Thikkurissy, et al. (2009), *Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries*, Journal of the American Dental Association 140(6): 650-657.
- [16] Menghini, G., M. Steiner, et al. (2008), *Early childhood caries--facts and prevention*, Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique 65(2): 75-82.
- [17] Madrid C, Abarca M et al. (2012) *The impact of childhood caries*, Rev Med Suisse 8 (335) : 764-768
- [18] Baggio, Abarca et al (2015) *Early childhood caries in Switzerland: a marker of social inequalities*, BMC Oral Health; 15: 82
- [19] Zitzmann, N. U., K. Staehelin, et al. (2008), *Changes in oral health over a 10-yr period in Switzerland*, European Journal of Oral Sciences 116(1): 52-59
- [20] Rapport de l'OCDE, Panorama de la santé 2011, "inégalités dans les consultations de dentistes", p. 140.
- [21] Rwagasore E, Kramer-Gauchat MC, et al, (2011), *L'état buccodentaire comme miroir de la santé : l'enfant pauvre de la médecine de premier recours ?* Rev Med Suisse; 1871-1875

- [22] <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43064.430110.html>
- [23] idem.
- [24] Bodenmann P, Wolff H, et al., *Renoncement aux soins : comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours ?* Rev Med Suisse 2014 ; 10 : 2258-63
- [25] Rapport de l'OCDE, Panorama de la santé 2013, p. 15.
- [26] M.I.S Trend « Etude auprès des familles vaudoises sur la couverture en soins dentaires » réalisée pour le DSAS, Août 2016
- [27] Olivier Marmy, *A propos de l'article : Renoncement aux soins pour des raisons économiques: le cas des traitements dentaires*, Rev Med Suisse 2015; 419-419
- [28] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [29] http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dfj/sesaf/odes/Equipes_PSPS/Cch_med_dentiste_scolaire_2015.pdf
- [30] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [31] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [32] https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/3_Patienten/8_Schulzahnpflege/Vademecum_f.pdf
- [33] Rapport IUMSP 2013 (pp. 36-37) ; <http://www.soins-dentaires-jeunesse.ch>
- [34] Rapport IUMSP 2013 (p. 39) ; www.ge.ch/sds
- [35] <https://www.jura.ch/DIN/SAS/Brochures/Brochures-par-secteur/Service-dentaire-scolaire.html>
- [36] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [37] SSO (2008), Atlas des maladies avec effet sur le système de la mastication, 3ème édition.
- [38] M.I.S Trend « Etude auprès des familles vaudoises sur la couverture en soins dentaires » réalisée pour le DSAS, Août 2016. Echantillon représentatif de 500 personnes ; marge d'erreur de 4.5%.
- [39] <http://web.pointdeau-lausanne.ch/index.php/soins-dentaires>
- [40] <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/bien-etre-pauvrete/classe-moyenne.assetdetail.1000201.html>
- [41] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [42] M.I.S Trend « Etude auprès des familles vaudoises sur la couverture en soins dentaires » réalisée pour le DSAS, Août 2016. Echantillon représentatif de 500 personnes ; marge d'erreur : 4.5%.
- [43] Petersen PE, Kandelmann D, et al., *Global oral health of older people-call for public health action*, Community Dental Health 2010; 27(2): 257-268
- [44] Müller F. (2015), *Oral Hygiene Reduces the Mortality from Aspiration Pneumonia in Frail Elders*, J Dent Res, DOI: 10.1177/0022034514552494

- [45] Sjogren P. and al (2008), *A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials*, J Am Geriatr Soc. 56:2124–2130
- [46] Bayley RL, Ledikwe JH, and all, *Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults*, Journal of the american dietetic association 2004 ; 104(8) : 1273-1276
- [47] Schimmel M, Katsoulis J and all, *Fonction masticatoire et alimentation de la personne âgée*, Swiss Dental Journal SSO, vol 125 4 P 2015
- [48] https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/5_Alterszahnmedizin/SSO_Manuel_Mug_e_F_kurz.pdf
- [49] https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/5_Alterszahnmedizin/Praesentation_Schulung_Pflegepersonal_FR.pdf
- https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/5_Alterszahnmedizin/Praesentation_Handbuch_der_Mundhygiene_FR.pptx
- [50] https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/5_Alterszahnmedizin/Praesentation_Handbuch_der_Mundhygiene_FR.pptx
- [51] Madrid, C., M. Abarca, et al. (2009). *Oral health: social determinants of a health inequality* Revue Médicale Suisse 5(219): 1946-1951.
- [52] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [53] Zitzmann NU, Staehelin K, et al. (2008) *Changes in oral health over a 10-yr period in Switzerland* Eur J Oral Sci;116:52-9.
- [54] <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/dossiers-actuels/sante-bucco-dentaire/>
- [55] Bodenmann, P., Y. Jackson, et al. (2009). *Deprivation and social determinants of health: any role for the general practitioner?* Revue Médicale Suisse 5(199): 845-849.
- [56] Wolff, H., M. Besson, et al. (2005). *Inégalités sociales et santé: L'expérience de l'unité mobile de soins communautaires à Genève*. Revue Médicale Suisse, (34).
- [57] <https://www.efsa.europa.eu/fr/press/news/nda100326>
- [58] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/sugar-guideline/fr/>
- [59] Wilder JR, Kaste L, and all (2015) *The association between sugar-sweetened beverages and dental caries among third-grade students in Georgia* J Public Health Dent, 76: 76–84. doi:10.1111/jphd.12116
- [60] Teresa A. Marshall, Steven M. Levy and all, (2003) *Dental Caries and Beverage Consumption in Young Children*, Pediatrics;112(3):e184–e191
- [61] https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/3_Patienten/3_Zahnerkrankungen/Zahnerosionen_f.pdf
- [62] <http://promotionsante.ch/public-health/alimentation-et-activite-physique-chez-les-enfants-et-les-adolescents/themes-cles/boissons-sucrees.html>
- [63] http://www.fdiworldental.org/media/73650/3-fdi-ps-sugar_2015_fra.pdf
- [64] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/curtail-sugary-drinks/fr/>

- [65] <http://www.24heures.ch/news/news/taxes-boissons-sucrees-obsite/story/31814192>
- [66] <http://www.24heures.ch/economie/Philadelphie-va-taxer-les-sodas-et-boissons-sucrees/story/11342247>
- [67] <http://www.nytimes.com/2016/11/10/upshot/soda-taxes-sweep-to-victories-despite-facing-big-spending.html>
- [68] Au sens du droit fédéral, la teneur en alcool éthylique des boissons sans alcool ne doit pas dépasser 0,5 % volume.
- [69] Les experts du domaine considèrent qu'une surconsommation au niveau individuel correspond à une consommation quotidienne de boissons résultant en un apport quotidien de sucres ajoutés excédant 10% de l'apport énergétique total. Ce seuil est congruent avec la récente recommandation de l'OMS consistant à maintenir l'apport de sucres libres à moins de 10% du total de l'apport énergétique. En moyenne, un individu se servant une boisson sucrée d'une taille variant entre 200 et 600 ml, qui contient entre 20 grammes et 60 grammes de sucres ajoutés, ce qui représente entre 4% et 12% de l'apport énergétique (considérant une personne de poids normal consommant 2'000 kcal par jour). Dès lors, la consommation journalière d'une personne consommant une boisson sucrée peut déjà être considérée comme de la « surconsommation », en fonction de la teneur en sucre de cette boisson et de l'apport en sucres ajoutés en provenance d'autres aliments.
- [70] http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05218/15444/index.html?lang=fr
- [71] http://www.publidoc.vd.ch/guestDownload/direct?path=/Company%20Home/VD/CHANC/SIEL/antilope/objet/CE/Communiqu%C3%A9%20de%20presse/2013/11/446328_Diabete%20-%20rapport%20couts%20indirects_20131113_1082388.pdf
- [72] Schneider et al. 2013 : 133
- [73] Schneider et al. 2013 : 5
- [74] <http://www.hbsc.ch>
- [75] Par consommation de boissons hors du domicile ou du foyer, Gastrosuisse considère les boissons consommées dans les établissements de la restauration traditionnelle, de la restauration rapide, de la restauration d'entreprise/collective, de la restauration d'agrément, de la restauration internationale et de la restauration d'appoint (Gastrosuisse 2014, Reflet économique de la branche 2014, chapitre 5.3 " demande en restauration – boire " pp. 56-64). A noter que les chiffres de Gastrosuisse n'incluent pas le commerce de détail.
- [76] <http://www.ehla-france.fr/barometre-mondial-ventes-boissons-sucrees/>
- [77] Anopa, Y., et al. (2015), *Improving Child Oral Health: Cost Analysis of a National Nursery Toothbrushing Programme*, PLoS ONE 10(8): 1-18.
- [78] Maserejian, N. N., et al. (2009), *Prospective study of 5-year caries increment among children receiving comprehensive dental care in the New England children's amalgam trial*, Community Dentistry and Oral Epidemiology 37(1): 9-18.
- [79] Zenthöfer, A., et al. (2013), *Improving oral hygiene in the long-term care of the elderly - A RCT*, Community Dentistry and Oral Epidemiology 41(3): 261-268.
- [80] Wagner, C., et al. (2016), *Risk of Stroke-Associated Pneumonia and Oral Hygiene*, Cerebrovasc Dis 41(1-2): 35-39.

Figure 7 : tableau volet « Enfants, mesures d'examens et de soins bucco-dentaires en faveur des enfants » (2021)

Type de mesures	Descriptif de la mesure (synthèse)	Détail sur la population concernée	Nb de personnes concernées	Conditions pour bénéficier de la mesure	Nb de dossiers à traiter par an	Coûts annuels globaux pérennes (2021)
Examen bucco-dentaire (EBD)* Femmes enceinte Enfant 12-18 mois Enfant 3-4 ans	- dépistage sommaire de la femme enceinte par le gynécologue ou le médecin de premier recours et orientation au besoin vers un médecin-dentiste pour EBD complet - dépistage sommaire de l'enfant de 12 à 18 mois par le pédiatre et orientation au besoin vers un médecin-dentiste pour EBD complet - EBD complet chez un médecin-dentiste entre 3 et 4 ans	- femme enceinte - enfant entre 12 et 18 mois - enfant entre 3 et 4 ans	26'400	Femme enceinte et enfant de 12 à 18 mois =>identification du risque par le médecin de premier recours. Enfants de 4 ans => toute la population	12'000	1'443'725
Suivi des EBD (5-16 ans)	- au minimum un EBD complet tous les deux ans durant la scolarité obligatoire	5-16 ans	103'000	Toute la population	60'000	5'327'490
Total EBD volet "Enfants"			129'400		72'000	6'771'215
Total EBD volet "Enfants" hors régimes sociaux						6'161'806
Total pour l'enseignement en prophylaxie en milieu scolaire	3x45 mn au 1er cycle primaire (1P-4P) 1x 45 mn au 2ème cycle primaire (5P-8P)	3'146 classes	67'708			119'945
Aides financières et remboursement soins dentaires population volet "Enfants" soins (SPT)	Aides financières pour le remboursement des soins dentaires universel - à hauteur de 50% de la facture	Enfants + femmes enceintes	148'700	Universel	44'610	8'931'385
Total aides financières soins volet "Enfants" hors régimes sociaux						8'931'385
Total volet "Enfants"						15'822'545
Total volet "Enfants" (hors régimes sociaux)						15'213'136

* Ce coût devrait être réparti en tiers égal entre les bénéficiaires (responsabilisation), les médecins-dentistes conventionnés (à négocier dans le cadre de la convention) et l'Etat. Ce dernier devrait donc assumer uniquement un tiers, soit environ CHF 457'000.-.

Figure 8 : tableau volet « Adultes, mesure d'aide financière ciblée » (2021)

Type de mesures	Descriptif de la mesure (synthèse)	Détail sur la population concernée	Nb de personnes concernées	Conditions pour bénéficié de la mesure	Nb de dossiers à traiter par an	Coûts annuels globaux pérennes (2021)
Aides financières ciblées pour le remboursement des soins dentaires	Aides financières sous condition de ressources, remboursement des frais dentaires dépassant un pourcentage du revenu	Adultes	170'000	Franchise 3% du revenu, montant max. des frais dentaires annuels admis de CHF 5'000.-	20'000	16'500'000
Total volet "Adultes " hors régimes sociaux						16'500'000

Figure 9 : tableau volet examens bucco-dentaires personnes âgées et personnes en situation de handicap » (2021)

Type de mesures	Descriptif de la mesure (synthèse)	Détail sur la population concernée	Nb de personnes concernées	Conditions pour bénéficiaire de la mesure	Nb de dossiers à traiter par an	Coûts annuels globaux pérennes (2021)
Suivi des EBD pour les soins à domicile	Dépistage sommaire par l'infirmier et orientation au besoin chez le MDT pour un EBD complet en cas de problème	Toute personne en âge AVS, bénéficiant de soins à domicile	7'000	Age AVS, bénéficiant de soins à domicile	7'000	864'836
Suivi des EBD pour les EMS	EBD à l'entrée dans un EMS, puis suivi régulier	Toute la population hébergée en EMS	6'600	Toutes personnes hébergées en EMS	6'600	813'929
Suivi des EBD dans les ESE / EPS	EBD pour tous les patients à l'entrée dans un ESE/EPS, puis suivi régulier	Toute population hébergée ESE/EPS	1'540	Toute population hébergée ESE/EPS	1'540	189'917
Total EBD volet "CMS/EMS/ESE"			15'140		15'140	1'868'682
Total EBD volet "CMS/EMS/ESE" hors régimes sociaux						1'029'690

PROJET DE LOI

sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (LSB)

du 15 février 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu l'article 65b de la Constitution du Canton de Vaud

vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décète

TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1 Buts de la loi

¹ La présente loi a notamment pour buts :

- a. d'assurer la promotion et la prévention en santé bucco-dentaire ;
- b. de promouvoir et de faciliter l'accès aux examens dentaires et la délivrance de soins dentaires conformément au référentiel cantonal des prestations admises ;
- c. d'encourager la couverture asséculoologique en faveur des enfants ;
- d. de contribuer, sous condition, à la couverture financière des soins dentaires.

Art. 2 Destinataires des prestations

¹ Les prestations prévues par la présente loi sont destinées aux personnes suivantes, domiciliées dans le Canton de Vaud, sous réserve des conventions intercantionales pouvant être conclues par le Conseil d'Etat:

- a. les mineurs ;
- b. les personnes suivies par une organisation de soins à domicile (ci-après : personnes suivies par une OSAD) au sens de l'article 143f de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP) et ayant atteint l'âge ordinaire du droit à la rente de vieillesse au sens de la loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; ci-après : personnes ayant atteint l'âge de l'AVS) ;
- c. les personnes hébergées en établissement médico-social au sens de l'article 3a de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) ou dans un home non médicalisé au sens de l'article 22 de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) ;
- d. les personnes hébergées en établissement socio-éducatif au sens de l'article 3 de la loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) ;
- e. les personnes adultes qui ont droit au remboursement des soins dentaires importants, sous condition de ressources.

² Le Conseil d'Etat peut prévoir une exception à la condition de domicile dans des situations particulières.

Art. 3 Définitions

¹ Au sens de la présente loi, on entend par :

- a. Promotion et prévention en santé bucco-dentaire : l'éducation aux mesures de prévention des

- maladies bucco-dentaires, l'encouragement aux pratiques saines d'hygiène bucco-dentaires, l'enseignement en prophylaxie, l'information et les mesures de promotion de la santé ;
- b. Examens bucco-dentaires complets : la recherche et la détection de toute lésion bucco-dentaire, au moyen d'un équipement médical complet ;
 - c. Soins dentaires : les soins prophylactiques ainsi que les soins thérapeutiques ;
 - d. Parents : les personnes qui détiennent l'autorité parentale, à défaut le représentant légal nommé par l'autorité de protection de l'enfant.

TITRE II COMPÉTENCES ET RESPONSABILITÉS

Art. 4 Autorité compétente

¹ Le département en charge de la santé publique (ci-après : le département) est l'autorité cantonale compétente pour l'application de la présente loi. Il peut déléguer des tâches aux services compétents.

² Le département collabore avec le département en charge de la formation et de l'accueil de jour.

Art. 5 Promotion et prévention

¹ L'Etat prend et encourage les mesures de promotion et de prévention prévues au Titre III, en collaborant avec les communes, les autorités scolaires et préscolaires, les corps professionnels et les organismes concernés. Il peut mettre en place des programmes d'information et de formation en santé bucco-dentaire ou subventionner de telles mesures de ses partenaires. Il coordonne les activités en la matière, notamment dans le domaine de la scolarité obligatoire.

Art. 6 Examens et soins bucco-dentaires durant la scolarité obligatoire

¹ L'Etat définit les prestations en matière de santé bucco-dentaire que les communes doivent offrir durant la scolarité obligatoire, notamment un dispositif d'examens réguliers (art. 12, al. 1, let. d.) et de dépistage général (art. 42). Ces prestations sont gratuites pour les bénéficiaires.

² Les prestations communales peuvent inclure des soins prophylactiques et thérapeutiques.

³ Afin d'assurer les prestations des alinéas 1 et 2, les communes prévoient les modes d'organisation suivants, de manière alternative ou cumulative :

- a. la création de services dentaires communaux ou intercommunaux ou de structures itinérantes ;
- b. la collaboration avec des médecins dentistes conventionnés par le biais de contrats de prestations ;
- c. d'autres modes d'organisation propres à atteindre les buts de la loi.

⁴ En matière de santé bucco-dentaire en milieu scolaire, les articles 45 à 48 et 50 LSP sur les mesures de santé scolaire sont applicables.

⁵ L'Etat vérifie par des contrôles réguliers que les prestations offertes aux niveaux communal et intercommunal sont adéquates et suffisantes. A défaut, il peut prendre les dispositions nécessaires et organiser les prestations, en particulier dans des parties du canton dotées d'une faible offre médico-dentaire.

⁶ Le Conseil d'Etat définit les modalités d'organisation, sous réserve de la convention établie en vertu de l'article 9.

Art. 7 Médecins-dentistes conventionnés

¹ Pour pouvoir fournir des prestations remboursables au titre de la présente loi, les médecins-dentistes autorisés à pratiquer dans le Canton de Vaud doivent adhérer à titre individuel à la convention mentionnée à l'article 9.

² Le service en charge de la santé publique approuve les adhésions à titre individuel à la convention.

Art. 8 Responsabilités en général

¹ De manière générale, les personnes suivantes contribuent à la couverture des besoins médico-dentaires dans le cadre de l'application de la présente loi:

- a. le médecin-dentiste traitant informe les parents sur l'état de la santé bucco-dentaire de leurs enfants et les invite à faire procéder au traitement nécessaire ;
- b. les parents veillent à ce que les enfants effectuent les pratiques d'hygiène bucco-dentaires, suivent les examens bucco-dentaires prescrits et reçoivent les soins indiqués par le médecin-dentiste ;
- c. les médecins-dentistes et médecins scolaires, respectivement les infirmières scolaires informent le médecin cantonal lorsque les parents manquent à leur devoir de diligence concernant l'accès aux examens et soins bucco-dentaires indiqués ;
- d. les autres représentants légaux chargés de la protection des personnes qui leur sont confiées et les professionnels intervenant auprès des personnes visées par la présente loi les encouragent à effectuer les pratiques d'hygiène bucco-dentaires et les examens et soins indiqués.

Art. 9 Convention

¹ Sont réglés par voie conventionnelle entre l'Etat et les partenaires concernés notamment les éléments suivants :

- a. La valeur du point pour les mesures prévues à l'article 12 et pour les soins remboursés au sens de la loi ;
- b. le cahier des charges des médecins-dentistes conventionnés ;
- c. la participation des médecins-dentistes aux frais d'examen au sens de l'article 29 , alinéa 3 ;
- d. les procédures d'estimation et de soumission de factures, y compris le seuil des frais de traitement dentaires à partir duquel une validation par le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale est exigée ;
- e. la constitution d'une instance conventionnelle qui traite les différends entre partenaires découlant de la convention ou de la renégociation de cette dernière (commission de conciliation) ;
- f. la durée de validité de la convention depuis son entrée en vigueur et la périodicité avec laquelle elle sera renégociée par la suite.

² En cas de conclusion d'un contrat de prestations excédant la valeur du point adopté dans la convention, les surcoûts éventuels sont à charge de la commune.

³ En l'absence de convention, le Conseil d'Etat fixe la valeur du point et le seuil des frais de traitement dentaires par arrêté.

Art. 10 Médiation interculturelle

¹ Les autorités et les intervenants peuvent faire appel aux services de médiation interculturelle afin d'assurer l'accessibilité aux prestations de la loi à des personnes en difficulté d'intégration.

² L'Etat, en collaboration avec les communes et les milieux concernés, contribue à mettre à disposition les ressources nécessaires pour assurer cette tâche.

TITRE III PROMOTION ET PRÉVENTION EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Art. 11 Mesures

¹ Les mesures de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire en faveur des mineurs sont dispensées:

- a. aux futurs parents, par le gynécologue, tout autre médecin de premier recours ou par les sages-femmes ;

- b. aux parents et à leurs enfants, par le pédiatre, les professionnels qui interviennent dans les structures d'accueil collectif préscolaire et dans l'accueil familial de jour ;
- c. aux élèves de l'école obligatoire et à leurs parents, par les médecins-dentistes et les autres professionnels spécialisés, notamment au moyen d'interventions régulières d'enseignement en prophylaxie dans les classes ;
- d. aux enfants et aux jeunes qui présentent un haut risque carieux, par les médecins-dentistes et autres professionnels spécialisés, en associant les parents et l'entourage.

² L'Etat encourage la couverture asséculoologique des enfants par des mesures de sensibilisation de la population et une participation aux primes d'assurances dentaires.

³ Les mesures de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire en faveur des bénéficiaires au sens de l'article 2, alinéa 1 lettres b) à d) comprennent des mesures d'information et d'éducation par les médecins-dentistes, les autres professionnels spécialisés et le personnel des institutions reconnues.

TITRE IV EXAMENS BUCCO-DENTAIRES

Art. 12 Mesures

¹ Pour les mineurs, un suivi régulier de la santé bucco-dentaire est assuré, notamment par les mesures suivantes :

- a. un dépistage sommaire de la femme enceinte par le gynécologue ou tout autre médecin de premier recours, qui l'orientera, au besoin, vers un médecin-dentiste pour un examen bucco-dentaire complet ;
- b. un dépistage sommaire de l'enfant par le pédiatre, à l'âge de 12 à 18 mois, permettant d'orienter, au besoin, l'enfant à risque carieux vers un médecin-dentiste pour un examen bucco-dentaire complet ;
- c. un examen bucco-dentaire complet chez un médecin-dentiste entre 3 et 4 ans ;
- d. au minimum, un examen bucco-dentaire complet tous les deux ans, durant la scolarité obligatoire ; ces examens sont obligatoires.
- e. des examens et autres mesures spécifiques visant à identifier les enfants à haut risque carieux et à réduire ce risque ; pour ces enfants, le rythme d'examen devra être adapté à chaque cas. Le Conseil d'Etat prend toute mesure à disposition pour assurer que ces enfants soient identifiés et pris en charge sans exception.

² Les personnes hébergées en établissement médico-social et en home non médicalisé et les personnes hébergées en établissement socio-éducatif bénéficient d'un examen bucco-dentaire complet effectué à l'entrée en institution, suivi d'examens réguliers.

³ L'évaluation de l'état de santé et de l'état fonctionnel des personnes suivies par une OSAD comprend un dépistage sommaire systématique permettant d'orienter la personne, au besoin, vers un médecin-dentiste pour un examen bucco-dentaire complet.

⁴ Les examens mentionnés au présent article, effectués par des médecins-dentistes conventionnés, sont gratuits, sous réserve de la participation prévue à l'article 29.

Art. 13 Libre choix

¹ Les patients peuvent recourir au médecin-dentiste conventionné de leur choix pour les examens de l'article 12 et les soins remboursés.

² Les parents qui ne font pas traiter leurs enfants par un médecin-dentiste conventionné présentent aux autorités scolaires une attestation de prise en charge par un autre médecin-dentiste.

Art. 14 Suivi des examens bucco-dentaires

¹ Les médecins-dentistes conventionnés utilisent la plateforme informatique " Suivi des examens " du médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale et y insèrent les données nécessaires au suivi des examens bucco-dentaires prévus à l'article 12.

² Le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vérifie au moyen de la plateforme informatique citée à l'alinéa 1 que les examens dentaires obligatoires pour les enfants ont été effectués.

TITRE V AIDE FINANCIÈRE POUR LE REMBOURSEMENT DES SOINS DENTAIRES ET PARTICIPATION AUX PRIMES D'ASSURANCE DENTAIRE

Chapitre I Principes

Art. 15 Subsidiarité

¹ L'aide financière ou la participation aux primes d'assurance dentaire accordées au sens de la présente loi sont subsidiaires aux prestations des assurances sociales fédérales et cantonales, aux prestations des régimes sociaux cantonaux ainsi qu'aux prestations des assurances privées.

² Elles peuvent être octroyées en complément des prestations allouées en vertu des assurances privées.

Art. 16 Conditions

¹ L'aide financière peut être accordée :

- a. aux ressortissants suisses et aux ressortissants étrangers disposant d'un titre de séjour valable ou en cours de renouvellement,
- et
- b. pour autant qu'ils soient domiciliés depuis un an dans le canton de Vaud.

² La participation à la prime d'assurance dentaire en faveur des enfants peut être octroyée lorsque l'un des parents au moins remplit les conditions de l'alinéa 1.

³ Les soins dentaires doivent être effectués par un médecin-dentiste conventionné pour ouvrir un droit au remboursement.

⁴ Le remboursement peut être conditionné au suivi régulier des examens et des mesures de prévention prévus en âge scolaire.

Art. 17 Remboursement des soins dentaires aux mineurs

¹ L'aide financière pour le remboursement des soins dentaires aux mineurs se monte à 50% des coûts des soins effectués.

² Le Conseil d'Etat peut

- a. diminuer ou augmenter le taux de remboursement de 10% ;
- b. prévoir une franchise sur le montant remboursé.

³ Il fixe un montant maximal des frais pouvant être remboursés.

Art. 18 Remboursement des soins dentaires importants aux adultes

¹ Une aide financière pour le remboursement des soins dentaires importants est accordée, sous condition de ressources, à des adultes.

² Cette aide financière couvre les frais excédant un seuil de 3% du revenu, déterminé conformément à la loi du 9 novembre 2010 sur l'harmonisation de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS). Le Conseil d'Etat peut diminuer ou augmenter ce seuil de 1%.

³ Le Conseil d'Etat précise les modalités d'application et :

- a. fixe le montant maximal des frais pouvant être remboursés ;
- b. détermine les modalités de calcul du revenu des couples ;
- c. fixe le montant minimal de la franchise à la charge du bénéficiaire ; cette franchise ne se cumule pas avec le seuil fixé de l'alinéa 2.

Art. 19 Participation aux primes d'assurance dentaire

¹ Dans le cadre de l'encouragement à la couverture asséculoologique des enfants, l'Etat peut participer aux coûts des primes assurant la couverture des frais dentaires, après la conclusion du contrat d'assurance.

² Le Conseil d'Etat fixe le montant et la durée de sa participation.

³ Pour bénéficier de la participation, les enfants doivent être assurés au plus tard une année après leur naissance.

⁴ Le Conseil d'Etat fixe dans un cahier des charges, sur la base d'une analyse actuarielle indépendante, la liste des prestations assurées pour pouvoir prétendre à une participation, le montant de celle-ci ainsi que la marge bénéficiaire raisonnable.

⁵ A défaut d'offres répondant aux exigences fixées, l'Etat peut mandater un prestataire d'assurances en vue de réaliser sa mission. La législation sur les marchés publics est réservée.

Art. 20 Cas de rigueur

¹ Le Conseil d'Etat peut prévoir pour les cas de rigueur des dérogations aux conditions d'octroi du remboursement ou de sa participation aux primes d'assurances dentaires au sens des articles 17 à 19.

Chapitre II Organisation

Art. 21 Autorités d'application – Organes décisionnels décentralisés

¹ Les organes décisionnels décentralisés au sens de la loi du 23 novembre 2010 sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont (LPCFam) sont compétents pour traiter les demandes de remboursement de frais dentaires et de participation aux primes d'assurance dentaire. Les modalités instituées par la LPCFam s'appliquent par analogie.

² Ils rendent les décisions de remboursement et de contribution aux primes d'assurance dentaire.

³ Le département édicte une directive pour établir la procédure.

Art. 22 Obligation de renseigner

¹ Les autorités administratives cantonales et communales ainsi que les organismes à caractère public, fournissent gratuitement et en tout temps au département et aux autorités d'application de la loi, les informations nécessaires à l'accomplissement des tâches fixées par la loi.

Art. 23 Obligation de collaborer

¹ La personne qui sollicite une aide financière ou qui en bénéficie déjà, fournit des renseignements complets sur sa situation personnelle et financière.

² Elle collabore avec les autorités compétentes et notamment autorise l'organe décisionnel décentralisé à prendre tous les renseignements nécessaires et signale sans retard tout changement de sa situation. Sur demande, elle remet une déclaration expresse libérant le médecin-dentiste du secret professionnel.

³ En cas de doute sur la situation financière de la personne qui sollicite une aide ou qui en bénéficie déjà, l'autorité compétente peut exiger de cette dernière qu'elle autorise des personnes ou instances nommément désignées à fournir tout renseignement propre à établir son droit à la prestation financière.

⁴ En cas de manque de collaboration, l'aide financière peut être refusée.

Art. 24 Procédure de demande de remboursement des soins dentaires

¹ Le remboursement des frais est conditionné à la validation par le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale, pour autant qu'ils atteignent le seuil des frais de traitement dentaires au sens de l'article 9, alinéa 1, lettre d) de la loi.

² Le médecin-dentiste, l'organe décisionnel décentralisé et le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale collaborent afin d'établir la part des frais de soins dentaire prise en charge.

³ Le bénéficiaire fournit aux autorités et aux professionnels toute information utile au traitement de sa demande.

Art. 25 Organisation du remboursement des traitements dentaires et de la participation aux primes d'assurances dentaires

¹ L'organe décisionnel décentralisé rembourse les soins dentaires et accorde la participation aux primes.

² L'Etat verse à cet organe, aux conditions prévues par le règlement, un montant correspondant aux prestations versées au titre de la loi et une participation financière aux frais supportés pour l'exécution de ses tâches.

³ Le Conseil d'Etat précise les modalités d'organisation.

Chapitre III Contraventions, restitution et voies de droit

Art. 26 Contraventions

¹ Celui qui, pour se procurer ou procurer à un tiers une aide fondée sur la présente loi, aura sciemment trompé l'autorité par des déclarations inexactes ou aura omis de lui fournir les informations indispensables, est passible d'une amende de dix mille francs au plus.

² La procédure est régie par la loi du 19 mai 2009 sur les contraventions.

Art. 27 Restitution

¹ Les aides financières pour le remboursement des soins dentaires et la participation aux primes d'assurances dentaires obtenues indûment, doivent être restituées à l'Etat.

² La restitution ne peut être exigée lorsque le bénéficiaire était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

Art. 28 Réclamations et recours

¹ Les décisions de l'organe décisionnel décentralisé peuvent faire l'objet d'une réclamation.

² La réclamation doit être écrite, brièvement motivée et adressée à l'organe décisionnel décentralisé ayant rendu la décision dans les 30 jours dès la notification de celle-ci.

³ L'organe décisionnel décentralisé rend une nouvelle décision. La procédure est gratuite. Il n'est pas alloué de dépens.

⁴ Les décisions sur réclamation peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal dans les 30 jours.

⁵ Les réclamations et les recours n'ont pas d'effet suspensif, sauf décision contraire de l'autorité de réclamation ou de recours.

⁶ Au surplus, les dispositions de la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative s'appliquent.

TITRE VI PRISE EN CHARGE DES COÛTS ET FINANCEMENT

Art. 29 Principe de prise en charge des coûts

¹ Les coûts des mesures prévues par la présente loi sont pris en charge de la manière suivante :

- a. les mesures de promotion et de prévention en santé bucco-dentaire sont prises en charge conformément à l'article 5 de la présente loi et aux articles 29, 30, 31, 34 et 50 LSP. Sont

applicables en complément les législations régissant les mesures de promotion et de prévention visant les personnes entrant dans le champ d'application de l'article 2 ;

- b. les examens prévus à l'article 12, les aides financières et la participation aux primes d'assurance dentaire, ainsi que les outils prévus aux Titres VII et VIII sont pris en charge par l'Etat ;
- c. les coûts afférents à l'organisation communale conformément à l'article 6 sont assumés par les communes.

² L'Etat peut prévoir une participation des bénéficiaires pour les prestations de l'article 12, alinéa 1, lettres a) à c) et assure la gratuité des autres prestations prévues à l'article 12.

³ La participation des médecins-dentistes est réglée par voie conventionnelle.

Art. 30 Financement

¹ Les coûts imputables à l'Etat au sens de l'article 29, alinéa 1, lettres a) et b) sont financés de manière suivante :

- a. par une taxe sur les boissons sucrées, en vertu de l'article 31 ;
- b. par une cotisation d'au maximum 0,06% portant sur les mêmes revenus et perçue selon la même procédure que la cotisation des salariés et des indépendants prévue par les articles 23, alinéa 1, lettre c) à e) et 25 LPCFam ; le Conseil d'Etat fixe le taux de la cotisation.

² Les cotisations sont affectées à la couverture des frais des soins dentaires à charge des personnes qui exercent une activité lucrative.

³ Le Conseil d'Etat fixe, après concertation avec les communes, le montant et les modalités d'application de la compensation à charge des communes pour les prestations communales que l'Etat reprend en vertu de la présente loi.

Art. 31 Taxe sur les boissons sucrées

¹ L'Etat prélève une taxe sur les boissons sucrées.

² Sont considérées comme des boissons sucrées toutes les boissons sans alcool au sens du droit fédéral destinées à la consommation humaine et contenant tout type de sucre ajouté. Le Conseil d'Etat précise cette définition ; il peut prévoir des exceptions.

³ La taxe est prélevée annuellement auprès de toute entreprise qui distribue des boissons sucrées sur le territoire cantonal (distributeur) à une entreprise pratiquant la vente de détail aux consommateurs (détaillant). A cet effet, chaque détaillant est tenu d'indiquer à l'Etat l'identité de ses distributeurs et le volume de boissons sucrées acquises. Lorsqu'un distributeur ne peut pas être identifié ou qu'il est situé en dehors du territoire suisse, la taxe est prélevée auprès du détaillant qui acquiert des boissons sucrées. La taxe est également perçue directement auprès des détaillants qui vendent aux consommateurs des boissons sucrées qu'ils ont eux-mêmes préparées. Dans tous les cas, le Conseil d'Etat fixe la limite de volume en litres en-dessous de laquelle la taxe n'est pas prélevée.

⁴ La taxe est fixée par litre. Le Conseil d'Etat fixe son montant, qui ne peut pas dépasser au maximum CHF 0.30 par litre. Il peut différencier ce montant en fonction de la teneur en sucre des boissons concernées.

⁵ Les décisions de taxation rendues au titre du présent article peuvent faire l'objet d'une réclamation auprès de l'autorité qui les a rendues. Le Conseil d'Etat fixe pour le surplus, par voie réglementaire, la procédure et les modalités de perception de la taxe et désigne les organes compétents.

TITRE VII PLATEFORMES INFORMATIQUES

Art. 32 Responsabilité du traitement et gestion

¹ Le médecin cantonal est responsable du traitement des données des plateformes informatiques qui ont, d'une part, pour but de conduire la procédure d'estimation d'honoraires et de soumission des factures (ci-après : plateforme "Estimation") et, d'autre part, d'assurer le suivi des examens bucco-dentaires des élèves en scolarité obligatoire et permettre un suivi épidémiologique (ci-après : plateforme "Suivi des examens").

² Le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale gère les plateformes et assure que leur utilisation soit conforme aux exigences posées par la loi vaudoise du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles (LPrD). Il rend compte au médecin cantonal sur les activités liées aux plateformes.

Art. 33 Contenu

¹ La plateforme "Estimation" contient les catégories de données personnelles suivantes, dont certaines sensibles:

- a. données d'identité et numéro AVS des personnes bénéficiaires d'un remboursement au sens des articles 17 et 18 ;
- b. données médico-dentaires des patients ;
- c. données nécessaires à l'estimation du traitement ;
- d. données de facturation.

² La plateforme "Suivi des examens" contient les catégories de données personnelles suivantes, dont certaines sensibles:

- a. données d'identité et numéro AVS des personnes bénéficiaires d'un examen bucco-dentaires au sens de l'article 12 ;
- b. données médico-dentaires des patients sous forme simplifiée ;
- c. données de facturation.

Art. 34 Traitement des données

¹ Sont habilitées à traiter les données de la plateforme "Estimation" dont elles ont besoin pour leur activité, les personnes et entités suivantes:

- a. le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale et ses collaborateurs assignés à l'exploitation de la plateforme ;
- b. le médecin cantonal et, par délégation, ses collaborateurs assumant des tâches en lien avec la plateforme ;
- c. les médecins-dentistes traitants conventionnés et, sous leur responsabilité, leurs collaborateurs assignés au traitement des dossiers, uniquement pour les dossiers qu'ils ont ouverts concernant leurs propres patients ;
- d. les techniciens-dentistes conventionnés et, sous leur responsabilité leurs collaborateurs assignés au traitement des dossiers, uniquement pour les dossiers auxquels ils sont rattachés ;
- e. les organismes payeurs, uniquement pour les dossiers auxquels ils sont rattachés ;
- f. les organes responsables de l'organisation et de l'entretien de la plateforme.

² Sont habilitées à traiter les données de la plateforme "Suivi des examens" dont elles ont besoin pour leur activité, les personnes et entités mentionnées à l'alinéa 1, à l'exception de la lettre d.

Art. 35 Utilisation du numéro AVS

¹ Dans le cadre de la gestion des plateformes, le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale et les autres utilisateurs des plateformes sont habilités à utiliser systématiquement le numéro d'assuré au sens de l'article 50e LAVS.

Art. 36 Information

¹ Le médecin cantonal, le médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale ou, sur délégation, les fournisseurs de prestations, informent les personnes concernées sur l'utilisation de leurs données dans le cadre des plateformes.

Art. 37 Délégation

¹ Le Conseil d'Etat règle notamment les éléments suivants :

- a. il précise les droits d'accès et de modification des données en fonction des besoins des utilisateurs et prévoit des règles de confidentialité ;
- b. il précise le processus de transmission des données aux plateformes ;
- c. il règle la sécurité des données, leur archivage et leur destruction ;
- d. il désigne les organes responsables de l'organisation et de l'entretien des plateformes.

Art. 38 Loi sur la protection des données

¹ Pour le surplus, la LPrD est applicable.

TITRE VIII EVALUATION ET SURVEILLANCE

Art. 39 Evaluation

¹ L'application et les effets de la présente loi sont évalués cinq ans après son entrée en vigueur par une instance externe désignée par le département, puis à un rythme régulier.

² Lors des évaluations, le rythme d'examen selon l'article 12, alinéa 1, lettre d) pourra être réévalué selon l'état des connaissances scientifiques. Le cas échéant, le Conseil d'Etat adapte le rythme d'examen.

Art. 40 Contrôle et surveillance

¹ Le département, par ses services compétents, assure la surveillance et le contrôle de l'application de la loi.

² Le département peut déléguer une partie des tâches de contrôle et de surveillance, y compris à des organismes privés. Le cas échéant, il fixe le cadre de cette mission dans un cahier des charges précis.

³ Le Conseil d'Etat précise les modalités relatives à la surveillance et au contrôle.

TITRE IX DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 41 Services dentaires scolaires

¹ Les communes ou groupements de communes qui ont organisé un service dentaire scolaire, adaptent l'activité de ce service aux exigences de la présente loi, au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur de cette même loi.

² Afin de répondre aux exigences de la loi, l'Etat peut subventionner, sur une période à fixer par le Conseil d'Etat, les services dentaires scolaires.

³ L'Etat peut inciter les communes et groupements de communes à réorganiser leurs services à l'échelle régionale.

Art. 42 Dépistage

¹ Les communes maintiennent la mesure de dépistage général des élèves à deux moments durant la scolarité obligatoire, en parallèle à l'introduction des examens complets, en prévoyant au moins un dépistage entre 6 et 8 ans et un second entre 12 et 14 ans.

² Selon les résultats de l'évaluation, le Conseil d'Etat, en concertation avec les communes, maintient, adapte ou abandonne la mesure.

Art. 43 Participation aux primes d'assurances dentaires

¹ Bénéficient de la participation les enfants nés jusqu'à une année avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 44 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84 alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale si le contre-projet direct à l'initiative constitutionnelle "Pour le remboursement des soins dentaires" est accepté en votation, aux dépens de l'initiative. A défaut, la présente loi sera caduque.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association
vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD)

du 15 février 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

Vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud

décète

Article premier

¹ La loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD) est modifiée comme il suit :

Art. 2

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ L'AVASAD a en particulier pour mission de :

Art. 2 Missions

¹ L'AVASAD est chargée de mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire vaudois la politique d'aide et de soins à domicile, ainsi que des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention.

² Le Conseil d'Etat définit cette politique en concertation avec les associations représentatives des communes et après consultation de l'AVASAD.

³ L'AVASAD a pour mission générale d'aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé à rester dans leur lieu de vie. Pour ce faire, l'AVASAD assure la fourniture de prestations pour promouvoir, maintenir ou restaurer leur santé, maximiser leur niveau d'autonomie, maintenir leur intégration sociale et faciliter l'appui de leur entourage.

⁴ L'AVASAD a en particulier pour mission de :

Texte actuel

- a. favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes dans leur santé ou en situation de handicap ;
- b. garantir à la population l'accès équitable à des prestations favorisant un maintien à domicile adéquat, de proximité, économique et de qualité ;
- c. contribuer à la maîtrise de l'évolution des coûts de la santé par une affectation optimale des ressources à disposition ;
- d. proposer toute mesure innovante afin de favoriser le maintien à domicile à des conditions sociales et économiques adéquates ;
- e. collaborer activement avec les partenaires et les institutions privées actives dans le domaine sanitaire, médico-social et social pour appliquer la politique définie par le Conseil d'Etat en concertation avec les associations représentatives des communes ;
- f. participer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ;
- g. assurer l'exécution de programmes confiés par l'Etat, notamment en matière de santé scolaire.

⁵ L'AVASAD accomplit ses missions par l'intermédiaire de ses associations ou fondations régionales d'aide et de soins à domicile (ci-après : les A/F), et en collaboration avec les réseaux de soins reconnus d'intérêt public. A cet effet, elle élabore une charte qui définit notamment les droits et devoirs des A/F, des centres médico-sociaux (ci-après : CMS), en particulier le devoir de prise en charge au sens de l'article 4, lettre b) de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi que les droits et devoirs des clients. Cette charte peut prévoir la facturation aux clients du coût des prestations extraordinaires que le devoir de prise en charge peut rendre nécessaires. Cette charte est soumise au Conseil d'Etat pour ratification.

Projet

- a. sans changement
- b. sans changement
- c. sans changement
- d. sans changement
- e. sans changement
- f. sans changement
- g. assurer l'exécution de programmes confiés par l'Etat, notamment en matière de santé scolaire et de santé bucco-dentaire.

⁵ Sans changement.

Texte actuel

Projet

Art. 2 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84 alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale si le contre-projet direct à l'initiative constitutionnelle "Pour le remboursement des soins dentaires" est accepté en votation, aux dépens de l'initiative. A défaut, la présente loi sera caduque.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique
(LSP)

du 15 février 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud

décète

Article premier

¹ La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP) est modifiée comme il suit :

Texte actuel

Art. 28 Champ d'application

¹ Les principaux domaines d'intervention sont :

- a. l'hygiène et la protection de l'environnement ;
- b. l'éducation pour la santé ;
- c. la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicodépendances et autres addictions ;
- d. la santé scolaire ;
- e. les vaccinations ;
- f. la prévention des accidents et des traumatismes et la prévention des actes de violence ;
- g. la médecine et l'hygiène du travail ;
- h. l'éducation sportive et la médecine du sport ;
- i. la santé sexuelle et reproductive ;
- j. la santé maternelle et infantile ;
- k. la prévention des maladies chroniques et infectieuses ;
- l. la santé mentale.

Projet

Art. 28

¹ Les principaux domaines d'intervention sont :

- a. sans changement
- b. sans changement
- c. sans changement
- d. sans changement
- e. sans changement
- f. sans changement
- g. sans changement
- h. sans changement
- i. sans changement
- j. sans changement
- k. sans changement
- l. sans changement
- m. santé bucco-dentaire.

Art. 44b Santé bucco-dentaire

¹ L'Etat et les communes assurent la promotion et la prévention en santé bucco-dentaire et promeuvent et facilitent la dispensation de soins dentaires.

² Ces mesures visent notamment, en plus des élèves mentionnés aux articles 45 et suivants de la présente loi, les enfants en âge préscolaire et les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans révolus ainsi que les personnes ayant atteint l'âge de l'AVS et celles particulièrement vulnérables.

³ La loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires est réservée.

Texte actuel

Art. 45 Santé scolaire

¹ Les mesures de santé scolaire sont notamment la promotion de la santé, la prévention, la surveillance de l'état de santé des élèves fréquentant les établissements scolaires, l'éducation sexuelle, l'éducation pour la santé dentaire ainsi que l'appui utile à l'intégration des élèves en situation de handicap ou de maladie chronique.

Art. 46 Application

¹ Les mesures de santé scolaire sont mises en oeuvre par les médecins, médecins-dentistes et infirmières scolaires, ainsi que par le corps enseignant, le cas échéant avec le concours d'autres personnes exerçant une profession de la santé.

Art. 48 Surveillance et éducation

¹ Les médecins, médecins-dentistes et infirmières scolaires surveillent l'état de santé des élèves. Le cas échéant, ils informent les parents des élèves des maladies ou anomalies constatées et leur conseillent de consulter le médecin de leur choix. En outre, ils se tiennent à la disposition des autorités civiles et scolaires pour toute question ressortissant à la santé des élèves. Ces activités sont organisées en collaboration avec le corps enseignant.

² Les activités d'éducation pour la santé en milieu scolaire incombent en priorité au corps enseignant, qui fait appel quand cela est nécessaire aux conseils et à la collaboration du médecin, du médecin-dentiste et de l'infirmière scolaires ainsi que sous certaines conditions à des organismes spécialisés.

³ Ces activités s'exercent dans le cadre de l'horaire scolaire, sur la base

Projet

Art. 45

¹ Les mesures de santé scolaire sont notamment la promotion de la santé, la prévention, la surveillance de l'état de santé des élèves fréquentant les établissements scolaires, l'éducation sexuelle, l'éducation pour la santé bucco-dentaire ainsi que l'appui utile à l'intégration des élèves en situation de handicap ou de maladie chronique.

Art. 46

¹ Les mesures de santé scolaire sont mises en oeuvre par les médecins et infirmières scolaires, ainsi que par les médecins-dentistes scolaires ou privés conventionnés au sens de la loi du...sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (ci-après : les médecins-dentistes privés conventionnés), ainsi que par le corps enseignant, le cas échéant avec le concours d'autres personnes exerçant une profession de la santé.

Art. 48

¹ Les médecins et infirmières scolaires, ainsi que les médecins-dentistes scolaires ou privés conventionnés surveillent l'état de santé des élèves. Le cas échéant, ils informent les parents des élèves des maladies ou anomalies constatées et leur conseillent de consulter le médecin de leur choix. En outre, ils se tiennent à la disposition des autorités civiles et scolaires pour toute question ressortissant à la santé des élèves. Ces activités sont organisées en collaboration avec le corps enseignant.

² Les activités d'éducation pour la santé en milieu scolaire incombent en priorité au corps enseignant, qui fait appel quand cela est nécessaire aux conseils et à la collaboration du médecin et de l'infirmières scolaires et des médecins-dentistes scolaires et privés conventionnés, ainsi que sous certaines conditions à des organismes spécialisés.

³ Ces activités s'exercent dans le cadre de l'horaire scolaire, sur la base d'un

Texte actuel

d'un règlement établi par le Conseil d'Etat.

Art. 49 Service dentaire scolaire

¹ Les communes ou groupements de communes organisent un service dentaire scolaire. Le département exerce le contrôle technique.

² Les activités de médecine dentaire scolaire comprennent des mesures de surveillance, de dépistage et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.

Art. 50 Frais, locaux et équipements

¹ Les communes ou groupements de communes supportent les frais découlant des activités de santé scolaire dans les établissements dépendant d'eux. Ils sont tenus de fournir les locaux et l'équipement nécessaires.

² Les frais occasionnés par les services de santé scolaire dans les établissements cantonaux sont supportés par l'Etat.

Projet

règlement établi par le Conseil d'Etat. Les prestations des médecins-dentistes privés conventionnés peuvent être fournies en dehors du cadre de l'horaire scolaire.

Art. 49

¹ Abrogé.

² Abrogé.

Art. 50

¹ Les communes ou groupements de communes supportent les frais découlant des activités de santé scolaire dans les établissements dépendant d'eux. Ils sont tenus de fournir les locaux et l'équipement nécessaires. Est réservé le financement des mesures de santé bucco-dentaire par l'Etat et les communes selon la loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires.

² Sans changement.

Art. 2 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84 alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale si le contre-projet direct à l'initiative constitutionnelle "Pour le remboursement des soins dentaires" est accepté en votation, aux dépens de l'initiative. A défaut, la présente loi sera caduque.

Texte actuel

Projet

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 9 novembre 2010 sur
l'harmonisation et la coordination de l'octroi des
prestations sociales et d'aide à la formation et au
logement cantonales vaudoises (LHPS)

du 15 février 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud

décète

Article premier

¹ La loi du 9 novembre 2010 sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS) est modifiée comme il suit :

Art. 12 Traitement des données

¹ Les autorités chargées du traitement des demandes et de l'attribution des prestations énumérées à l'article 2 échangent, par l'intermédiaire de la base centralisée des données, les données mentionnées à l'article 11. A cette fin, elles communiquent ces données à la base centralisée et peuvent accéder à ces données par le biais d'une procédure d'appel. Les autorités d'application de la loi sur la protection des mineurs ne communiquent pas de données.

² Les autorités d'application de la loi sur l'action sociale vaudoise, de l'assistance judiciaire et des prestations complémentaires cantonales pour

Art. 12

¹ Sans changement.

² Les autorités d'application de la loi sur l'action sociale vaudoise, de l'assistance judiciaire, des prestations complémentaires cantonales pour

Texte actuel

familles ont également accès aux données nécessaires pour l'accomplissement de leurs tâches.

^{2bis} Le Conseil d'Etat peut autoriser les autorités cantonales ou communales chargées d'appliquer des réglementations renvoyant à la présente loi pour définir un revenu déterminant à traiter les données nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches. Il fait figurer les autorités concernées dans une liste annexée au règlement d'application de la présente loi.

³ L'Administration cantonale des impôts, le Service cantonal en charge des relations avec la Confédération en matière de registres des habitants et autres registres de personnes au sens de l'article 9 de la loi fédérale sur l'harmonisation des registres, les autorités d'application de la loi sur l'action sociale vaudoise et la Caisse cantonale vaudoise de compensation de l'assurance-vieillesse et survivants, communiquent à la base centralisée les données nécessaires à déterminer le droit aux prestations. Le secret fiscal est levé à cet égard.

⁴ La Caisse cantonale vaudoise de compensation de l'assurance-vieillesse et survivants communique à la base centralisée les informations sur les prestations complémentaires dans les conditions posées par l'article 50a de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants.

⁵ Les organes responsables pour l'organisation, la gestion et l'exploitation de la base centralisée de données ont accès à cette base et exploitent les données y répertoriées pour l'exécution de leurs tâches.

Projet

familles et de la loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires ont également accès aux données nécessaires pour l'accomplissement de leurs tâches.

^{2bis} Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Sans changement.

⁵ Sans changement.

Art. 2 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84 alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale si le contre-projet direct à l'initiative constitutionnelle "Pour le remboursement des soins dentaires" est accepté en votation, aux dépens de l'initiative. A défaut, la présente loi sera caduque.

Texte actuel

Projet

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean