

DESCRIPTION ET ANALYSE DU DISPOSITIF EN FAVEUR DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES DE 0 à 18 ANS DANS LE CANTON DE VAUD

Thomas Simonson, Christine Cunier, Raphaël Bize, Fred Paccaud.

IUMSP
Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
Lausanne

Etude financée par :

Mandat de l'Etat de Vaud, Service de la santé publique et
Service des assurances sociales et de l'hébergement.

Citation suggérée :

Simonson T, Cunier C, Bize R, Paccaud F. Description et
analyse du dispositif en faveur de la santé bucco-dentaire des
jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud. Lausanne :
Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
2012.

Remerciements :

A toutes les personnes et les institutions qui ont participé à
l'étude.

Date d'édition :

Janvier 2013

TABLE DES MATIERES

1	Résumé opérationnel	7
2	Introduction	11
2.1	Contexte du mandat.....	11
2.2	Pathologies bucco-dentaires	11
2.3	But et objectifs de l'étude.....	15
2.3.1	But :	15
2.3.2	Objectifs :	15
3	Méthodes	16
3.1	Epidémiologie de la carie dentaire en Suisse et à l'étranger.	16
3.2	Démographie des dentistes et infrastructures de soins dentaires dans le canton de Vaud.....	16
3.3	Dispositifs de santé bucco-dentaire d'autres cantons.	16
3.4	Rôle des assurances, des prestations d'aide sociale et de divers organismes dans l'accès aux soins	17
3.5	Aides communales aux soins dentaires conservateurs des jeunes de 0 à 18 ans	17
3.5.1	Répondants	17
3.5.2	Design	17
3.5.3	Instruments	18
3.5.4	Analyse.....	20
3.6	Dépistage dentaire scolaire	22
3.6.1	Répondants	22
3.6.2	Instrument.....	22
3.6.3	Analyse.....	22
3.7	Education à la santé bucco-dentaire	24
3.7.1	Répondantes	24
3.7.2	Instrument.....	24
3.7.3	Sélection des répondantes	24
3.7.4	Analyse.....	24
4	Résultats	25
4.1	Donnees epidmiologiques existantes	25
4.1.1	Prévalence de la carie dentaire	25
4.1.2	Renoncement aux soins dentaires	29
4.2	Ressources humaines et infrastructures de soins dentaires	30
4.2.1	Démographie des dentistes dans le canton de Vaud.....	30

4.2.2	Infrastructures de soins dentaires	32
4.3	Dispositifs de sante bucco-dentaire pour les enfants dans d'autres cantons suisses.....	34
4.3.1	Modèle valaisan	36
4.3.2	Modèle zurichois.....	38
4.3.3	Modèle fribourgeois	38
4.3.4	Modèle genevois	39
4.4	Le rôle des assurances, des prestations d'aide sociale et de divers organismes dans le financement des frais lies aux soins bucco-dentaires dans le canton de Vaud	39
4.4.1	Assurances sociales	41
4.4.2	Régimes sociaux cantonaux	42
4.4.3	Aides communales.....	43
4.4.4	Assurances complémentaires dentaires	43
4.4.5	Fonds privés	43
4.4.6	Action SVMMD ponctuelle	44
4.4.7	Soins dentaires dispensés au « Point d'eau »	44
4.4.8	Montants à charge des ménages	45
4.5	Aides communales aux soins dentaires conservateurs et aux soins d'orthodontie des jeunes de 0 à 18 ans	46
4.5.1	Soins dentaires conservateurs.....	46
4.5.2	Prestations d'orthodontie.....	53
4.5.3	Information aux parents	53
4.5.4	Obstacles rencontrés dans l'attribution de subsides aux soins dentaires.....	54
4.5.5	Obstacles à la mise en place de subsides pour les soins dentaires dans les communes n'en offrant pas actuellement.	54
4.6	Dépistage dentaire scolaire.....	55
4.6.1	Taux de réponse	55
4.6.2	Conditions de travail des dentistes scolaires.....	55
4.6.3	Taux de satisfaction.....	56
4.6.4	Obstacles rencontrés lors du dépistage	56
4.6.5	Estimation du montant dépensé par les communes vaudoises pour le dépistage dentaire scolaire	58
4.7	Prophylaxie	59
4.7.1	Liste des éducatrices.....	59
4.7.2	Taux de réponse	59
4.7.3	Classes couvertes.....	59
4.7.4	Fréquence des visites	59
4.7.5	Satisfaction	59
4.7.6	Etablissements scolaires couverts	59
4.7.7	Résultats de la revue de littérature sur l'efficacité	

	d'interventions de promotion de la santé bucco-dentaire	59
5	Discussion.....	61
5.1	Epidémiologie de la carie dentaire et évaluation des besoins	61
5.2	Evaluation de l'offre actuelle et adéquation aux besoins	62
5.3	Pistes envisageables pour améliorer le dispositif en faveur de la santé bucco-dentaire des jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud	66
5.3.1	Effectuer des mesures de prévention précoces :	66
5.3.2	Réflexion autour du dépistage et de la prophylaxie bucco- dentaire en milieu scolaire.....	67
5.3.3	Améliorer l'accès aux soins :	68
5.3.4	Développer un programme de recherche:.....	70
5.4	Points forts et limites de ce rapport	70
	Références	72

1 RESUME OPERATIONNEL

Introduction

Cette étude a été mandatée par le Service de la santé publique (SSP) et le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) afin de rassembler des éléments d'information permettant de répondre à la question soulevée au Grand conseil sur l'équité d'accès aux soins dentaires pour les jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud.

Nos objectifs ont donc été d'évaluer les besoins de cette population et de faire un inventaire de l'offre de services dentaires en termes de prévention primaire, de dépistage, de soins et d'aides financières aux soins. Ce rapport présente nos observations et tente de répondre à la question de l'adéquation de cette offre aux besoins de la population des jeunes de 0 à 18 ans et à la question de l'équité d'accès à la santé dentaire pour cette population.

Méthodes

Nous avons procédé à une recherche de la littérature sur l'épidémiologie de la carie en Suisse et à l'étranger. Nous avons collecté des données sur la démographie des dentistes et les avons comparées avec les chiffres de l'office fédéral des statistiques (OFS) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Nous avons étudié les dispositifs en place dans d'autres cantons au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès des services dentaires scolaires concernés. Nous avons examiné les différentes sources de financement possibles dans le canton de Vaud pour les soins dentaires conservateurs^a des jeunes.

Nous avons ensuite conduit notre propre enquête sur les subsides communaux aux soins dentaires des jeunes, en interrogeant par téléphone le personnel communal des 326 communes vaudoises. Nous avons également collecté des chiffres sur les montants dépensés par ces communes en services dentaires à la jeunesse. Afin d'examiner si les conditions d'accès à ces subsides répondaient au besoin de la population, nous avons soumis à nos répondants des cas fictifs choisis pour représenter des situations sociales présentant un risque de renoncement aux soins ou de précarisation.

Nous avons ensuite conduit une enquête auprès de dentistes scolaires sur leurs conditions de travail et leur satisfaction dans le cadre du dépistage dentaire scolaire. Nous les avons également interrogés sur les obstacles qu'ils rencontrent dans le cadre de ce programme.

Enfin, nous avons tenté de répertorier les éducatrices en santé bucco-dentaires travaillant dans le cadre de la prophylaxie dentaire scolaire et les avons interrogées sur leurs conditions de travail, sur leur satisfaction et sur les obstacles rencontrés dans le cadre de leurs fonctions.

Résultats

Les données épidémiologiques actuelles montrent un important recul de la carie dentaire accompagné d'une augmentation des inégalités, une petite proportion des enfants concentrant une majorité des caries. Les migrants et les personnes à niveau socio-économique bas sont plus sévèrement affectés par la carie dentaire que la population générale. Ils sont également plus à risque de renoncer à des soins.

La densité des dentistes dans le canton de Vaud (48/100'000 habitants) est proche de la moyenne suisse (52/100'000 habitants), qui elle-même est légèrement inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE (61/100'000 habitants). La densité des dentistes en Suisse et dans le canton de Vaud est restée relativement stable au cours des 20 dernières années. La densité des dentistes dans le canton de Vaud culmine dans les centres-villes d'agglomérations. Selon les chiffres de l'OFS, en 2007, 65% de la population de 15 ans et plus avait consulté un dentiste dans les 12 mois écoulés. Nous ne disposons par contre pas de ce chiffre pour les jeunes de 0 à 18 ans.

En termes d'infrastructure, les soins dentaires des enfants sont délivrés dans des cabinets dentaires privés, dans des cliniques privées présentes sur dix sites, dans certains services dentaires scolaires

^a Soins de caries, soins d'hygiène dentaire et mesures préventives au cabinet.

fournissant des soins, dont deux unités mobiles, à la PMU et à l'Hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL).

Les programmes de subventions aux soins dentaires des jeunes des cantons du Valais, de Fribourg, de Genève et de Zurich sont décrits dans ce rapport.

- Le système valaisan subventionne à hauteur de 40% les soins dentaires conservateurs et orthodontiques des enfants (de la naissance à l'âge de 15 ans), indépendamment du revenu des parents. Cette charge était initialement répartie entre le canton et les communes et est maintenant intégralement à la charge des communes.
- Le canton de Fribourg dispose d'un règlement qui précise que les communes doivent participer au subventionnement des soins dentaires. Les communes peuvent adopter leur propre barème ou appliquer un barème-type cantonal. Les traitements conservateurs et orthodontiques des enfants de 4 à 16 ans sont subventionnés, mais le taux de remboursement de l'orthodontie est en général très faible.
- Le canton de Genève subventionne les soins dentaires conservateurs et orthodontiques des enfants de 0 à 18 ans qui sont traités dans le cadre de la Clinique dentaire de la jeunesse (CDJ). Le subventionnement se fait sur la base d'un barème approuvé par le Conseil d'Etat.
- A Zurich, les soins dentaires conservateurs et orthodontiques des enfants entre 5 et 16 ans sont subventionnés selon un barème qui dépend de chaque commune.

Dans le canton de Vaud, en dehors des cas pris en charge par la LAMal (rares), les assurances dentaires complémentaires, l'assurance accidents et l'assurance invalidité (AI), le montant des subsides aux soins dentaires des jeunes s'élèvent à approximativement CHF 1'500'000 /an. Ces subsides proviennent en grande partie des régimes sociaux cantonaux, des prestations complémentaires AVS/AI et des aides communales. Les migrants soutenus par l'EVAM voient aussi leurs soins dentaires entièrement pris en charge. Le montant et les conditions d'attribution des subsides communaux ont été évalués dans le cadre de ce mandat: 322 des 326 communes vaudoises ont accepté de participer à notre enquête. 23% d'entre elles subsidient les soins dentaires des jeunes, mais à l'exception de quatre communes, ces subsides sont limités aux enfants en âge de scolarité obligatoire. Il existe d'importantes disparités géographiques dans l'accès à ces subsides communaux. Il est important de signaler également qu'à l'exception d'une commune, ces subsides ne couvrent pas les soins sous narcose. En termes de population, 49% de la population de 5 à 14 ans réside dans des communes subsidiant les soins dentaires dans cette tranche d'âge, contre 11% pour les enfants de 0 à 4 ans et de 15 à 19 ans. Nous avons également recensé 25 communes participant financièrement aux soins orthodontiques des jeunes.

La couverture des soins dentaires par les communes dans le sous-groupe de la population se trouvant dans des situations socio-économiques les exposant à un risque de précarité ou de renoncement aux soins dentaires est répartie de manière très inégale géographiquement. En fonction des différents scénarios établis dans nos vignettes, 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% pour les situations cliniques et socio-économiques de nos vignettes. Ces vignettes ont été sélectionnées volontairement pour représenter des situations ne donnant pas nécessairement droit à des aides sociales, tout en comportant un risque de précarité et de renoncement aux soins.

Nos entretiens qualitatifs nous ont permis d'identifier des limitations possibles à l'efficacité des subsides. Certains répondants soulignent que le dépistage dentaire scolaire détecte chaque année des enfants aux bouches multicariées n'ayant pas été soignés malgré plusieurs dépistages positifs. Cette situation témoigne d'après eux des limites des programmes de subsides en place. Les montants des aides offertes ne seraient parfois pas suffisants pour changer le comportement de recherche de soins des parents. Par ailleurs, d'autres obstacles peuvent exister. Parmi ceux qui sont le plus souvent mentionnés, figurent la barrière linguistique, les différences culturelles en termes de comportement de

recherche de soins, la difficulté d'obtenir une information précise et fiable sur les ressources financières réelles de certaines familles, le manque d'information donnée aux parents.

Lorsqu'aucune prise en charge par les régimes existants ne peut aider les familles dans la précarité, nous avons identifié divers fonds privés et associations pouvant offrir des aides financières aux soins dentaires des jeunes, le plus important étant le fonds cantonal pour la famille de Clarens. En présence d'une précarité extrême et pour les populations qui ne peuvent recourir à aucune autre aide, le Point d'eau à Lausanne dispense des soins pour une somme modique.

Le renoncement aux soins dentaires, notamment pour raison économique, a été documenté pour la population adulte sur les bases de la littérature à disposition.

En ce qui concerne le dépistage dentaire scolaire, l'enquête menée auprès des dentistes scolaires a mis en évidence que 40% d'entre eux réalisent le dépistage exclusivement à l'école, les autres le réalisant au moins en partie au cabinet. Parmi ceux dépistant les caries dans les écoles, 38% ont déclaré disposer d'une chaise dentaire et d'une lampe scialytique sur place. Seuls 38% des répondants ont déclaré disposer de dossiers dentaires individuels par patient. La durée moyenne d'examen, selon l'appréciation des dentistes, est de 2 minutes mais peut varier en fonction des besoins de chaque élève. 89% des répondants se disent satisfaits ou très satisfaits de leurs conditions de travail. Les personnes insatisfaites étant (à une exception près) des dentistes dépistant à l'école sans lampe scialytique et sans chaise dentaire.

Certains des répondants ont exprimé des doutes par rapport à l'utilité et à l'efficacité du dépistage dans les conditions dans lesquelles ils le pratiquent, 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 entraînant un renoncement à la visite préventive annuelle recommandée chez tout enfant. D'autres répondants ont exprimé leur frustration face aux cas d'enfants se présentant d'année en année avec les mêmes caries non soignées. Nous estimons que le prix du dépistage dentaire scolaire dans le canton de Vaud avoisine CHF 1'600'000/an.

Concernant le programme de prophylaxie bucco-dentaire réalisé à l'école, neuf éducatrices actives sur le territoire cantonal ont été identifiées. Toutes visitent des classes enfantines et primaires, mais seules 5/9 visitent également des classes secondaires. La fréquence de passage dans les classes est d'une à quatre fois par an. Toutes se déclarent satisfaites de leurs conditions de travail. Les répondantes ont permis d'identifier 31 établissements où se tiennent des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire (soit 36% des établissements publics de scolarité obligatoire) recrutant leurs élèves sur 85 des 326 communes que compte le canton. Ces données ne comportent pas les séances données par les infirmières scolaires.

Discussion et pistes d'intervention

L'épidémiologie de la carie chez l'enfant au cours des cinquante dernières années s'est caractérisée par une forte baisse de la prévalence de la carie et par une augmentation des inégalités en termes de distribution de ces caries. Afin de franchir le seuil auquel se sont stabilisés les indices carieux au cours des dix dernières années, il convient de placer ces inégalités au cœur du débat et de concentrer les efforts de santé publique sur les enfants présentant le risque de carie le plus élevé.

Concernant l'offre actuelle en matière d'éducation à la santé bucco-dentaire dans les écoles, il a été relevé dans ce rapport qu'elle est limitée à une minorité des communes vaudoises et qu'il conviendrait d'harmoniser les pratiques à l'échelle du canton.

Le dépistage dentaire scolaire a lieu annuellement pour tous les élèves de la scolarité obligatoire. Les conditions dans lesquelles il est réalisé varient fortement d'un établissement scolaire à l'autre. Les examens ne sont pas standardisés et la qualité des données récoltées ne permet pas l'exploitation des résultats du dépistage à des fins statistiques. Fondamentalement, la pertinence du programme de dépistage dentaire scolaire tel qu'il est pratiqué actuellement est questionnable. L'examen de dépistage ne remplace pas une visite préventive au cabinet du dentiste. Cependant, un examen négatif risque d'entraîner de la part des parents un renoncement à cette visite préventive. Ceci pourrait avoir des conséquences négatives en termes de santé publique. Les bénéfices possibles du dépistage sont limités

aux personnes renonçant à la visite préventive annuelle au cabinet dentaire (puisque l'examen de dépistage n'apporte rien qui ne puisse être fait au cabinet). De plus, les bénéfices possibles sont limités aux enfants pour qui un dépistage positif serait suivi du traitement approprié. Malheureusement, il est à craindre que les parents renonçant systématiquement à la visite dentaire préventive pour leurs enfants soient plus susceptibles que d'autres de renoncer aussi aux soins. Les cas d'enfants identifiés comme "bouches négligées" se trouvent typiquement dans cette situation et se présentent annuellement au dépistage avec les mêmes lésions carieuses non traitées. Il s'agit souvent de 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. En plus de se baser sur des méthodes dont l'efficacité a été prouvée, un programme de dépistage de ce type devrait inclure un système d'évaluation périodique et de contrôle de qualité.

En ce qui concerne l'attribution de subsides aux soins dentaires des jeunes, le canton représente la principale source de financement. Pour les familles dont le niveau de revenus ne donne pas droit à une aide cantonale, l'offre de subsides communaux aux soins dentaires des enfants est limitée à une minorité des communes et varie selon l'âge et le lieu de résidence. Une moins bonne couverture dans les communes rurales qu'en agglomération est retrouvée. Les enfants n'ayant pas encore commencé leur scolarité obligatoire, ou l'ayant déjà terminée, ne sont le plus souvent pas couverts par les subsides communaux existants. Toujours dans le cadre des subsides communaux, le choix du dentiste est le plus souvent restreint au service dentaire scolaire. De plus, il a été observé que les soins sous anesthésie générale ne sont pratiquement jamais couverts par ces subsides du fait de la limite territoriale dans l'attribution des aides communales. Ces situations représentent pourtant pour certaines familles un obstacle financier important susceptible d'entraîner un renoncement au soin ou de faire basculer la famille dans la précarité.

Les pistes visant à améliorer l'accès des jeunes à la santé dentaire comprennent l'élaboration de nouvelles stratégies de prévention précoce, l'élaboration de nouvelles stratégies de communication, plus efficaces, auprès de la population à haut risque de renoncement ou de précarité, l'élaboration de nouvelles stratégies pour l'octroi de subsides aux soins dentaires et la mise en place de procédures simples et claires, permettant un accès facile aux services concernés. Ces actions n'auront cependant pas l'effet souhaité en matière de réduction des inégalités d'accès à l'échelle du canton, si elles demeurent du seul ressort des communes. Il est en effet plus aisé pour de grandes communes d'instaurer un système de subsides aux soins dentaires efficace, en raison des économies d'échelles qu'elles peuvent réaliser.

L'expérience acquise par d'autres cantons a permis d'estimer le coût que représenterait pour le canton de Vaud l'adoption de différentes alternatives. En ce qui concerne l'octroi de subsides aux soins dentaires, l'adoption du modèle genevois coûterait 2 millions de francs par an. L'adoption du modèle valaisan coûterait quant à lui 4 millions de francs par an (rabais fixe de -40%). Le remplacement du dépistage par un contrôle dentaire au cabinet coûterait cinq millions de francs par an (si tous les enfants participaient) au lieu du montant actuel dépensé par les communes estimé à CHF 1'600'000.

2 INTRODUCTION

2.1 CONTEXTE DU MANDAT

Selon les données 2004 de l'Office fédéral de la statistique, la part du financement des frais dentaires par les ménages privés avoisine les 90%.[OFS 2006] Au vu de cette quasi absence de couverture par une assurance sociale, la motion déposée au Grand Conseil par le député Jean-Michel Dolivo en septembre 2009 souligne le fait que les soins dentaires représentent un « luxe » pour beaucoup de personnes et de familles aux revenus modestes. Le coût des assurances complémentaires est jugé dissuasif par ce même parlementaire.[Grand Conseil 2009]

Se basant sur l'article 65 de la Constitution vaudoise qui assure « à chacun un accès équitable à des soins de qualité », les signataires de la motion demandent au gouvernement de proposer une loi cantonale instituant une assurance cantonale obligatoire prenant en charge les soins dentaires et dont les primes sont proportionnelles au revenu. Ils demandent également la création d'un réseau de polycliniques dentaires régionales, dispensant des soins dentaires de base et offrant des prestations de qualité.

A l'heure actuelle, le règlement sur la santé scolaire vaudois oblige les communes à organiser le dépistage dentaire scolaire et l'éducation à la santé bucco-dentaire à l'école. Les prestations de soins qui peuvent découler du dépistage, et leur financement ne sont par contre pas garantis par ce dispositif.

Le Service vaudois de la santé publique et le Service des assurances sociales et de l'hébergement ont fixé les objectifs suivants pour la réalisation du mandat : inventorier l'offre actuelle et les besoins non couverts en matière de santé bucco-dentaire chez les 0 à 18 ans, évaluer le rôle des communes dans le dispositif, comparer différents modèles de financement, proposer des recommandations permettant de répondre aux besoins non encore couverts.

2.2 PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES

Les affections bucco-dentaires sont des maladies très 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.

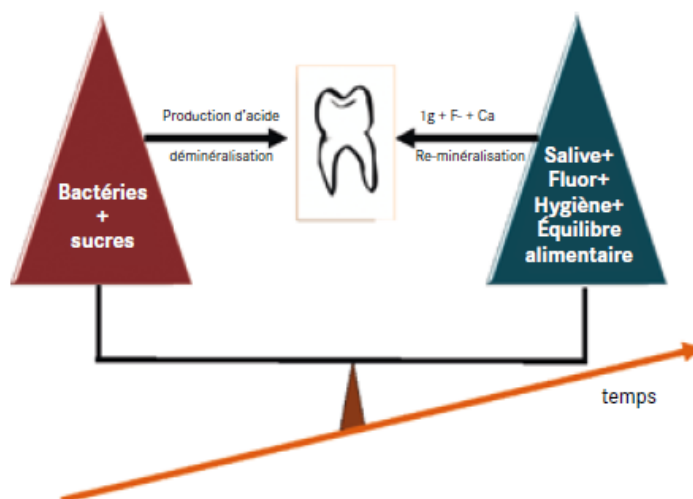
Les deux principales pathologies touchant la sphère bucco-dentaire sont les caries dentaires (résultant de la décalcification progressive des tissus durs de la dent) et les maladies parodontales (dus à l'inflammation des tissus de soutien de la dent). Le rôle de la colonisation bactérienne (plaque dentaire) dans le développement des pathologies bucco-dentaires (caries et maladie parodontales) est essentiel. Ce facteur étiologique infectieux est indispensable mais il est primordial de préciser que l'action simultanée de cofacteurs intervient dans le développement de pathologies dentaires et dans la sévérité de l'atteinte.

Etiologie de la carie dentaire

Le processus carieux résulte de la déminéralisation du tissu dentaire provoqué par l'action des bactéries et du sucre. L'étiologie de la carie dentaire est multifactorielle. La prise fréquente et prolongée de boissons et d'aliment sucrés et acides (notamment les boissons énergétiques), l'exposition insuffisante aux fluorures, une hygiène bucco-dentaire insuffisante, des facteurs liés à la qualité de la salive et l'existence de gènes de susceptibilité interviennent dans le développement du processus. En ce qui concerne les enfants, la prédisposition des dents vis-à-vis de la carie est très importante dans la phase post-éruptive en raison d'une calcification incomplète de la dent. A ce stade, l'émail n'est pas mature et est très vulnérable. De plus, la dent en éruption est souvent peu accessible au brossage (notamment la première molaire définitive qui fait son éruption à l'âge de 6 ans) et est donc difficilement nettoyable, surtout chez les enfants pour lesquels les parents ne suivent plus avec autant d'assiduité le brossage que

chez le tout petit mais qui risquent de présenter tout de même des problèmes de dextérité. Il est également précisé que la présence d'une carie non traitée en denture temporaire augmente le risque de développer une carie sur les dents définitives. En conséquence, une attention toute particulière devrait être portée aux soins bucco-dentaires des enfants.

Figure 1. Le processus carieux est partiellement réversible : si la déminéralisation liée à l'action des bactéries et des sucres (éventuellement amplifiée par le pH acide des sodas et des boissons énergétiques) n'est pas trop avancée (facteur temps) l'action combinée des apports fluorés, des immunoglobulines salivaires, de la destruction des pathogènes et des apports en calcium alimentaire permettent la reminéralisation. (Bouferrache, Pop et al. 2010)



Le cas de la carie précoce de l'enfance (CPE)

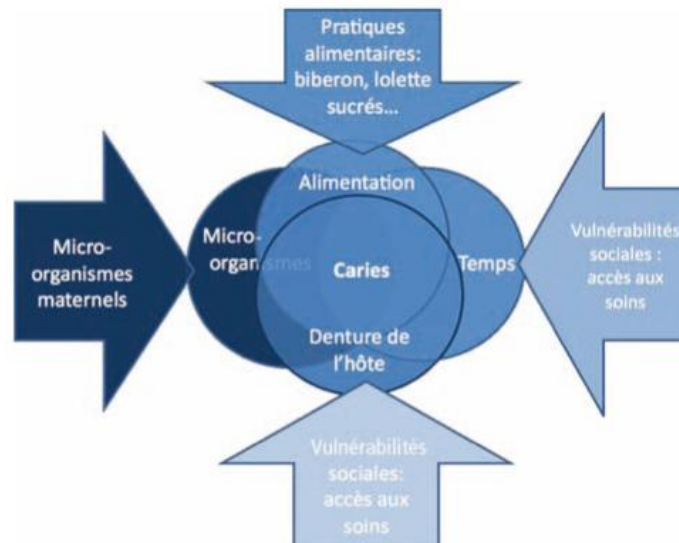
La CPE (également nommée carie du biberon) atteint la dentition primaire avant l'éruption des dents permanentes et est spécifique des enfants de moins de 71 mois (6 ans). Elle est définie comme la présence avant l'âge de 6 ans d'au moins une dent de lait cariée (avec ou sans cavitation) ou manquante (due à une carie) ou obturée. Cette pathologie est attribuée à l'utilisation prolongée d'un biberon contenant des hydrates de carbone fermentables, par exemple du lait, des sodas, des jus de fruit, du thé sucré... (Madrid, Abarca et al. 2012). La composante microbienne est également importante, comme cela a déjà été précisé dans l'étiologie de la carie. Le rôle particulier de la transmission bactérienne de la mère à l'enfant est important, notamment en cas d'hygiène dentaire insuffisante et de la présence de caries non traitées (de la mère ou de toute personne au contact de l'enfant). La présence de carie non traitées chez l'enfant est également un facteur de risque supplémentaire de développer de nouvelles caries. La CPE est une maladie sociale et comportementale qui touche une partie vulnérable de la population. En effet, le statut socio-économique (SSE), les déterminants comportementaux et le niveau d'éducation de la mère ont été identifiés comme des facteurs de risque significatifs de la CPE dans de nombreux pays développés (Folliguet 2006; Vargas and Ronzio 2006; Casamassimo, Thikkurissy et al. 2009; Kawashita, Kitamura et al. 2011). Les enfants dont les parents ont un statut socio-économique bas ont un plus grand risque d'être atteint par la CPE et ont un risque de présenter une forme plus sévère de la maladie (Casamassimo, Thikkurissy et al. 2009). Chez l'enfant, un document de synthèse

rédigé par « the Children Health Project pour l'American Academy of Pediatric Dentistry (Grantmakers In Health 2001) » relève l'exemplarité de la santé buccale comme illustration de l'impact du SSE. Il y est précisé que la santé bucco-dentaire touche une partie vulnérable de la population infantine, notamment les enfants dont les parents ont un revenu faible (Grantmakers In Health 2001). Le cas particulier de la carie précoce de l'enfance illustre donc les liens étroits entre pathologie dentaire et SSE. En Suisse, la présence de CPE a été associée au statut de migrant des parents, isolant en particulier la population provenant d'ex-Yougoslavie et d'Albanie comme étant particulièrement à risque de développer la maladie (Menghini, Steiner et al. 2008). La CPE est donc une pathologie qui recoupe un faisceau de facteurs étiologiques : 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.

Figure 2 : Diagramme de Keyes modifié par les renforceurs sociaux de la carie du biberon.

Parmi les facteurs de risque de la carie, la teneur en hydrate de carbone des aliments est un élément majeur, renforcé par les pratiques spécifiques (sieste ou biberon de nuit) ; les caractéristiques de l'hôte sont aggravées par les vulnérabilités (le premier facteur de risque de nouvelles caries est la présence de caries existantes non traitées) ; les difficultés d'accès aux soins allongent le temps d'exposition aux facteurs de risque ; la colonisation maternelle conditionne la transmission précoce des micro-organismes cariogènes.

(Madrid, Abarca et al. 2012)



Etiologie de la maladie parodontale

La deuxième maladie principale de la sphère bucco-dentaire est la maladie parodontale qui touche les tissus de soutien de la dent (gencive et os). Il s'agit d'une atteinte se manifestant par une inflammation de la gencive (gingivite) au premier stade de la maladie puis évoluant vers une destruction osseuse (parodontite). La composante étiologique microbienne s'associe à des cofacteurs de risque pour le développement de la maladie parodontale qui sont une hygiène buccale insuffisante, la consommation de tabac, une prédisposition génétique et l'état de santé général (présence de maladies systémiques telles que le diabète ou des problèmes d'immunodéficience).

La maladie parodontale principale touchant les enfants est la gingivite mais des formes spécifiques de parodontites peuvent les atteindre.

Pathologies buccales et statut socio-économique (SSE)

Le cas du lien entre la carie précoce et la CPE (carie précoce de l'enfance) et le SSE (statut socio-économique) a été développé au chapitre précédent. Cette problématique ne se retrouve pas uniquement pour la problématique de la CPE. En effet, la santé buccale des groupes à SSE défavorisé est 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). Les inégalités en santé bucco-dentaires sont donc fortement corrélées avec les inégalités sociales (Petersen 1990; Hjern, Grindejord et al. 2001; Cheng, Han et al. 2008; Madrid, Abarca et al. 2009; Listl and Faggion 2012).

Dans l'article de Zitzman (2008) il a été démontré qu'en Suisse le statut bucco-dentaire était corrélé au revenu économique et au niveau de formation en reprenant les données de l'étude épidémiologique conduite par l'Office fédéral de la statistique en 2002. Près de 31'000 ménages ont été interrogés par téléphone suivi de l'envoi d'un questionnaire papier. Plus de 16'000 personnes âgées de plus de 15 ans ont répondu au questionnaire qui portait notamment sur des questions relatives à la santé bucco-dentaire. Les résultats ont démontrés que les personnes présentant un SSE 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.

Ces observations soulignent le rôle joué par le SSE dans la santé buccale (Madrid, Abarca et al. 2009).

Ce constat n'est pas propre à la santé buccale. Le lien entre vulnérabilité socio-économique et santé générale est clairement démontré dans toute la littérature internationale et en particulier en Suisse. Plusieurs exemples d'inégalité sociale face à l'exposition à des facteurs de risque sont connus et de façon globale, plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne (Galobardes, Morabia et al. 2000; Wolff, Besson et al. 2005; Marmot 2006; Bauer, Huber et al. 2009; Bodenmann, Jackson et al. 2009).

Complications des affections bucco-dentaires

Les affections bucco-dentaires et leurs complications ont des conséquences importantes sur la santé générale et sur la qualité de vie. 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) (Madrid, Bouferrache et al. 2009). Chez l'enfant, des conséquences telles que la douleur, les difficultés à mastiquer, la survenue de troubles du sommeil et de la concentration peuvent perturber la croissance et les apprentissages scolaires. L'image de soi et l'esthétique peuvent être fortement compromises et des problèmes orthodontiques peuvent également être consécutifs à des pathologies bucco-dentaires non traitées. Le fait de ne pas traiter des lésions carieuses à leur stade précoce entraîne des complications importantes et cause une forte augmentation du coût du traitement. Les conséquences de pathologies dentaires 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 ayant des conséquences économiques et sociétales importantes (Savage, Lee et al. 2004; Casamassimo, Thikkurissy et al. 2009; Pourat and Nicholson 2009).

Etant donné la fréquence, la répartition et les conséquences des affections bucco-dentaires chez les enfants une attention particulière devrait être apportée à la problématique dans le cadre des traitements pédiatriques. Néanmoins, les pédiatres, bien qu'étant conscient de ces données, ne relèvent pas toujours cette priorité dans leur exercice quotidien (Szilagyi 2009).

2.3 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2.3.1 But :

Décrire l'état de l'offre et des besoins en termes de santé bucco-dentaire des jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud. Décrire dans quelle mesure cette offre répond aux besoins de la population en question. Décrire le rôle joué actuellement par les communes dans l'accès aux services de santé dentaire. Comparer ce fonctionnement aux systèmes en place dans d'autres cantons. Identifier des actions prioritaires et des pistes pour améliorer cet accès.

2.3.2 Objectifs :

1. Conduire une recherche de la littérature sur les données épidémiologiques de la carie dentaire en Suisse et à l'étranger.
2. Décrire la démographie des dentistes et l'infrastructure de soins dentaires dans le canton de Vaud.
3. Décrire les dispositifs de santé bucco-dentaire d'autres cantons.
4. Décrire le rôle joué actuellement par les assurances, les prestations d'aide sociale et d'éventuels autres organismes dans l'accès aux soins.
5. Décrire les programmes communaux actuellement en place dans le domaine de l'aide financière aux soins dentaires et l'adéquation de cette offre aux besoins de la population vaudoise.
6. Décrire les conditions de travail et le niveau de satisfaction des dentistes scolaires dans le cadre du dépistage dentaire scolaire.
7. Décrire les conditions de travail et le niveau de satisfaction des éducatrices en santé bucco-dentaire dans le cadre de la prophylaxie dentaire scolaire.

Il a été décidé en accord avec le comité de pilotage de l'étude que l'analyse du rôle des communes dans l'accès aux services de santé dentaire bénéficierait d'un degré de priorité supérieur aux autres objectifs.

3 MÉTHODES

3.1 EPIDÉMIOLOGIE DE LA CARIE DENTAIRE EN SUISSE ET À L'ÉTRANGER.

Nous avons conduit une revue ciblée de la littérature sur Pubmed sur les thèmes suivants :

- Epidémiologie de la carie en Suisse et dans le monde
- Prédicteurs et facteurs de risque de la carie dentaire
- Statut socio-économique et santé générale et buccale
- Renoncement aux soins
- Caries chez les migrants

Nous avons également utilisé des publications qui nous ont été transmises par des experts ainsi que les bibliographies de ces publications.

3.2 DÉMOGRAPHIE DES DENTISTES ET INFRASTRUCTURES DE SOINS DENTAIRES DANS LE CANTON DE VAUD.

Nous avons reçu accès aux données du SSP sur les autorisations de pratique des dentistes indépendants. Chaque dentiste désirant commencer une activité professionnelle indépendante dans le canton de Vaud doit demander une autorisation de pratique au SSP. Tous les dentistes indépendants sont donc introduits dans la base de données du SSP au début de leur activité. Relevons cependant que si chaque médecin dentiste est sensé informer le SSP en cas de fin d'activité professionnelle, déménagement ou changement dans le taux d'activité, il n'y a pas de mise à jour systématique de la base de données.

Le nombre de dentistes exerçant à titre dépendant est difficile à estimer parce que depuis le changement de la loi sur la santé publique en 2003, ils ne sont plus soumis à l'obtention d'une autorisation de pratique et n'apparaissent donc pas dans la base de données du SSP. Afin de combler cette lacune dans les données à notre disposition, nous avons procédé à une collecte de données auprès des cliniques dentaires. Il reste cependant un certain nombre de dentistes assistants travaillant dans des cabinets privés (individuels ou de groupe) dont le nombre est difficile à estimer.

Nous avons utilisé comme définition d'une clinique dentaire privée tout établissement répertorié comme tel dans la base de données du SSP et soumis à une autorisation d'exploiter.

3.3 DISPOSITIFS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE D'AUTRES CANTONS.

Nous avons conduit des entretiens semi-dirigés auprès des services dentaires scolaires des cantons du Valais, de Fribourg, de Genève et de Zurich. Les cantons du Valais, de Fribourg et de Genève ont été choisis pour leurs programmes différenciés de subsides aux soins dentaires. Le canton de Zurich a été choisi pour sa longue expérience de recherche en santé dentaire et l'abondance de données épidémiologiques qui en a résulté.

Les entretiens se sont déroulés en face à face pour les cantons du Valais et de Zurich, et par téléphone pour les cantons de Fribourg et de Genève. Nous avons continué à collecter de l'information auprès de ces services en maintenant une correspondance par email sur les points spécifiques qui nous intéressaient (essentiellement des données chiffrées et les règlements d'application des programmes respectifs).

La trame des entretiens s'appuyait sur les points suivants :

- Existence de subsides cantonaux ou communaux aux soins dentaires conservateurs et/ou d'orthodontie des jeunes.
 - Mode d'administration de ces subsides
 - Taux de participation
 - Critères de sélection des bénéficiaires
 - Montants dépensés.
- Organisation des autres services de santé dentaire :
 - éducation à la santé bucco-dentaire,
 - dépistage dentaire.

3.4 RÔLE DES ASSURANCES, DES PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE ET DE DIVERS ORGANISMES DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Nous avons conduit des entretiens semi-dirigés auprès du SASH, de l'EVAM, du CSR de Lausanne, du médecin dentiste conseil cantonal et de l'association du Point d'eau.

La trame de ces entretiens s'appuyait sur les points suivants :

- Aides disponibles visant à faciliter l'accès des jeunes aux soins dentaires.
- Critères de sélection des bénéficiaires potentiels
- Barrières limitant l'accès aux soins

Nous avons également interrogé certains des organismes par email sur leurs prestations et sur les montants dépensés annuellement pour les soins dentaires conservateurs des jeunes.

En ce qui concerne les assurances privées, nous nous sommes basés sur le rapport « Hpr » de 2009 (Schmutz and Blanc 2009).

3.5 AIDES COMMUNALES AUX SOINS DENTAIRES CONSERVATEURS DES JEUNES DE 0 À 18 ANS

Nous avons conduit une enquête afin de pouvoir décrire le rôle joué actuellement par les communes dans l'accès des jeunes aux soins dentaires conservateurs. Le nombre de répondants étant relativement limité, nous avons choisi de les interroger tous plutôt que de procéder à un échantillonnage.

3.5.1 Répondants

Pour cette enquête, nos répondants privilégiés étaient les boursiers communaux. Dans le cas de communes déléguant l'organisation de certains services de santé dentaire à des organisations tierces (associations intercommunales ou groupements scolaires), nous nous sommes également adressés aux boursiers de ces organisations. Lorsque les boursiers interrogés estimaient ne pas être à même de répondre à nos questions, nous avons sélectionné comme répondants les personnes désignées par ces boursiers pour les remplacer.

3.5.2 Design

Etude transversale descriptive.

3.5.3 Instruments

Nous avons recouru à un questionnaire téléphonique, à des questions écrites, et à un entretien en face à face dont les principales caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Instruments utilisé au cours de l'enquête

Instruments	Contenu et objectifs spécifiques	Répondants
Questionnaire téléphonique	Questions sur l'existence ou non de subsides aux soins dentaires conservateurs et aux soins d'orthodontie. Questions sur la modalité de l'aide offerte pour les soins dentaires conservateurs.	Les 326 communes vaudoises. Les associations intercommunales et les groupements scolaires chargés de l'organisation de certains services dentaires.
Questions écrites	Questions sur les montants dépensés en 2011 pour les soins conservateurs, les prestations d'orthodontie, l'éducation à la santé bucco-dentaire dans les classes et le dépistage dentaire scolaire	Communes subsidiant les soins dentaires conservateurs ou organisations tierces chargées par ces communes de la coordination ou de la délivrance de ces services.
Entretien en face à face	Analyse de douze vignettes décrivant des situations choisies pour leur pertinence clinique et socio économique. Entretien qualitatif sur l'adéquation des subsides aux besoins de la population.	Communes subsidiant les soins dentaires conservateurs sur base d'un barème ou organisations tierces chargées par ces communes de la coordination ou de la délivrance de ces services.

3.5.3.1 Questionnaire téléphonique :

Les principaux objectifs du questionnaire téléphoniques étaient les suivants: (1) Identifier les communes subsidiant les soins dentaires conservateurs et/ou les prestations d'orthodontie. (2) Dans les communes subsidiant les soins dentaires conservateurs, obtenir de l'information sur les principales caractéristiques des programmes concernés : la modalité de l'aide (tiers payant / tiers garant), le choix du prestataire, les critères de sélection des cas pouvant bénéficier d'une aide, les critères déterminant le montant de l'aide accordée, la prise en charge ou non des soins sous anesthésie générale réalisés à l'hôpital de l'enfance et l'information aux parents.

Le choix de ce mode de collecte de données a été principalement déterminé par le souci de maximiser le taux de réponse, par le temps limité à notre disposition et la meilleure prédictibilité du temps nécessaire à la collecte de données, ainsi que par la nécessité de pouvoir rapidement identifier nos répondants pour chacune des 326 communes.

Chaque fois qu'une organisation tierce (association intercommunale ou groupement scolaire) responsable de la délivrance de certains services dentaires était identifiée, nous commençons par interroger cette organisation sur son éventuelle gestion de subsides communaux aux soins dentaires conservateurs et aux prestations d'orthodontie, avant d'appeler les autres communes membres recourant éventuellement à ses services. Pour ce faire, nous avons utilisé le même questionnaire téléphonique que celui administré aux boursiers communaux. Dans certains cas, nous avons demandé à des associations intercommunales de nous assister en identifiant pour nous leurs communes membres disposant de subsides communaux aux soins gérés localement.

Afin de décrire plus précisément l'offre des communes vaudoises, nous avons estimé pour trois tranches d'âge (0-4, 5-14 et 15-19) la proportion des enfants vaudois résidant dans des communes participant financièrement soit aux soins conservateurs, soit aux prestations d'orthodontie.

3.5.3.2 Questions écrites :

L'étape suivante a consisté à demander par écrit aux communes subsidiant les soins dentaires conservateurs les montants qu'elles ont dépensés en 2011 pour les services dentaires à la jeunesse, en détaillant la part de l'éducation à la santé bucco-dentaire, du dépistage, des soins conservateurs et de l'orthodontie.

Le choix de cette méthode visait à limiter le temps nécessaire aux personnes interrogées pour rassembler les données en question.

3.5.3.3 Entretien en face à face :

Enfin, nous avons conduit des entretiens en face à face auprès des communes subsidiant les soins dentaires conservateurs sur base d'un barème. Le principal objectif de ces entretiens était de présenter douze vignettes cliniques aux personnes chargées d'appliquer ces barèmes. Il leur était alors demandé de calculer le montant de l'aide qui serait alloué dans chacune de ces situations. Le choix de cette méthode a été déterminé par la nécessité d'utiliser un critère unique pour évaluer les différents barèmes communaux existant. Les situations choisies pour ces vignettes ont été sélectionnées pour illustrer trois situations cliniques et pour leur pertinence socio-économique. Les revenus sélectionnés ont été volontairement choisis pour représenter des situations ne donnant pas nécessairement droit à des aides sociales tout en comportant un risque de précarité. Nous avons estimé que cette catégorie de la population présentait un risque élevé de renoncer aux soins pour des raisons économiques.

Pour calculer le montant des trois vignettes cliniques, le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) a été utilisé (disponible sur le site de la SSO). En Suisse, le prix des prestations dentaires est déterminé par le tarif dentaire SSO qui contient plus de 500 prestations individuelles. Un certain nombre de points ont été attribués à chacune de ces prestations. Le prix d'une prestation individuelle correspond au produit de la multiplication du nombre de points tarifaire correspondant à cette prestation par la valeur du point. Pour les cas pris en charge par les assurances sociales, le nombre de points tarifaires ainsi que la valeur du point (actuellement CHF 3,10) sont fixes. Pour les patients privés, le nombre de points tarifaire peut fluctuer dans une certaine mesure et la valeur du point est variable. Elle n'est pas limitée vers le bas, par contre, elle est plafonnée à CHF 5,80 pour les membres de la Société suisse des médecins-dentistes SSO.

Dans ce rapport, les montants des vignettes donnés sont calculés sur la base d'une valeur de point à CHF 3,10.

Pour un enfant, le coût d'un contrôle annuel chez le dentiste est de CHF 43,40 à 77,50 (dépendant de la réalisation ou non de radiographies de contrôle) pour une valeur de point appliquée de CHF 3,10.

Dans cette étude, nous avons sélectionné trois vignettes cliniques différentes comprenant un devis de moins de CHF 500, l'un d'environ CHF 1000 et le dernier d'environ CHF 3500.

-le premier devis, d'un montant de CHF 263,50 (74 points) comprend la visite annuelle de contrôle, la réalisation de deux radiographies, des soins d'hygiène (détartrage, motivation, fluoration) auxquels ont été ajoutés la réalisation d'un traitement préventif de carie par scellement des sillons des 1^{ères} molaires (il est précisé que ce soins est réalisé une fois dans la vie de l'enfant).

-le deuxième devis d'un montant de CHF 1181,10 (381 points) comprend les mêmes soins de contrôle et d'hygiène que le devis précédent auxquels ont été ajoutés le traitement de plusieurs caries (dans cet exemple, traitement d'une molaire définitive et soins de quatre caries sur les molaires temporaires).

-le dernier devis, d'un montant de CHF 3478,80 (548 points pour les soins dentaires et forfait de CHF 1780 pour 3h d'anesthésie générale) concerne le traitement sous narcose de polycaries chez un enfant pour lequel une collaboration au fauteuil est impossible (dans cet exemple, traitement de quatre caries importantes sur les molaires temporaires par biopulpotomies, traitements de caries simples sur les quatre canines temporaires, extractions de toutes les incisives temporaires et détartrage). Cette dernière vignette, certes peu fréquente, nous a semblé pertinente en raison du montant élevé des frais dentaires encourus, de la complexité de ces situations tant sur le plan clinique que social, et des enjeux pour les personnes concernées (en termes de renoncement de soins, de précarisation et de risques de complications de santé dentaire et générale).

Dans le canton de Vaud, les soins sous narcose pour les enfants étant principalement réalisés à l'HEL (Hôpital de l'Enfance de Lausanne), donc hors de la commune de résidence de nombreux vaudois, nous souhaitons déterminer si ce paramètre influençait l'attribution de subsides communaux éventuels.

Afin d'exploiter au mieux l'opportunité d'un entretien en face à face, nous avons également passé en revue les réponses au questionnaire téléphonique et apporté les corrections éventuellement nécessaires. Nous avons également demandé des précisions quant au calcul des montants dépensés en 2011.

Enfin, nous avons conduit de brefs entretiens qualitatifs visant à explorer les points suivants :

- 1) Les obstacles qui pourraient limiter la capacité des règlements en question d'atteindre les objectifs suivants :
 - a) protéger efficacement des familles que des frais dentaires élevés pourraient plonger dans la précarité,
 - b) contribuer efficacement à une meilleure santé dentaire des jeunes en réduisant le risque de renoncement à des soins.
- 2) Les obstacles potentiels à une harmonisation des pratiques en matière d'aides financière aux soins dentaires conservateurs des jeunes dans le canton de Vaud (en nous appuyant notamment sur des modèles provenant d'autres cantons).

3.5.4 Analyse

- Proportion des communes subsidiant les soins dentaires conservateurs et les soins d'orthodontie
- Proportion de la population vaudoise de 0 à 4 ans, de 5 à 14 ans et de 15 à 19 ans résidant dans des communes disposant de tels subsides. Le choix de ces tranches d'âge a été déterminé par les données démographiques disponibles (classes d'âge de cinq ans) et par leur relativement bonne correspondance avec les groupes suivants : les enfants en âge préscolaire, les enfants et adolescents en âge de scolarité obligatoire et les jeunes ayant terminé leur scolarité obligatoire.
- Distribution des communes selon les caractéristiques principales des subsides qu'elles offrent pour les soins dentaires conservateurs :
 - Modalités d'aide offertes (tiers payant vs. tiers garant).
 - Liberté de choix du prestataire de soins.
 - Critères de sélection des personnes pouvant bénéficier d'une aide.
 - Critères utilisés dans le calcul du montant de l'aide
 - Subventions aux soins sous anesthésie générale
 - Information aux parents

- Montant total dépensé par l'ensemble des communes vaudoises en subsides aux soins dentaires conservateurs des jeunes de 0 à 19 ans.
- Montant total rapporté à la population vaudoise âgée de 0 à 19 ans.
- Distribution des communes en fonction des montants dépensés en 2011 rapportés à la population communale âgée de 0 à 19 ans.
- Comparaison des communes rurales et urbaines.
- Vignettes
 - Proportion de la population cible de chaque vignette qui aurait droit à une aide
 - Moyenne pondérée du montant de cette aide, tenant compte de la distribution de la population cible à travers le canton.
 - Distribution cumulée de la population cible en fonction de l'aide offerte

Etant donné que les chiffres présentés dans ce rapport ont été calculés non pas sur un échantillon de communes mais sur une enquête exhaustive à laquelle toutes les communes du canton ont été invitées, les paramètres calculés ne sont pas accompagnés d'intervalles de confiance.

3.6 DÉPISTAGE DENTAIRE SCOLAIRE

Nous avons conduit une enquête afin de pouvoir décrire les conditions dans lesquelles se déroule le dépistage dentaire scolaire. Là aussi, le nombre de répondants étant relativement limité, nous avons choisi de les interroger tous plutôt que de procéder à un échantillonnage.

Nous avons également conduit des entretiens semi-dirigés avec le médecin responsable de l'Unité PSPS et l'adjoint au médecin dentiste conseil cantonal en charge des questions de prophylaxie sur les thèmes suivants :

- Organisation et déroulement du dépistage dentaire scolaire
- Données collectées dans le cadre du dépistage dentaire scolaire dans un but statistique

Enfin, pour estimer le coût du dépistage dentaire scolaire, nous avons utilisé les données d'une enquête de la SVMMD auprès des dentistes scolaires sur les montants facturés aux communes et le nombre d'élèves vus en 2011.

3.6.1 Répondants

Dentistes scolaires. Liste fournie par l'Unité PSPS.

3.6.2 Instrument

Questionnaire en ligne. Questionnaire postal pour ceux qui en faisaient la demande et pour les dentistes pour lesquels nous ne disposions pas d'adresse email.

Les questions posées portent sur l'activité du répondant dans le cadre du dépistage dentaire scolaire en 2011-2012, les locaux utilisés, le matériel utilisé (en particulier le type de chaise et d'éclairage), le niveau de satisfaction, les établissements scolaires couverts par le répondant.

Afin de ne pas surcharger le questionnaire, en particulier pour les dentistes visitant un grand nombre d'établissements scolaires, nous n'avons pas souhaité interroger chaque dentiste en détail sur chacun des établissements scolaires visités. Nous avons donc opté pour des questions sur l'environnement habituel de travail des répondants en gardant une option « conditions variables selon les communes/écoles » pour ceux se trouvant dans cette situation, ainsi qu'une plage les invitant à détailler leur réponse.

Le questionnaire prévoyait également des espaces permettant aux répondants d'émettre des remarques en texte libre sur les obstacles éventuellement rencontrés dans le cadre de leur mission de dépistage.

3.6.3 Analyse

- Distribution des dentistes en fonction des locaux et du matériel utilisé lors du dépistage.
- Durée moyenne de l'examen de dépistage selon l'estimation des répondants.
- Satisfaction des répondants quant aux locaux, au matériel utilisé et aux conditions de travail dans leur ensemble.

Etant donné que les chiffres présentés dans ce rapport ont été calculés non pas sur un échantillon de dentistes scolaire mais sur une enquête exhaustive à laquelle tous les dentistes scolaires du canton ont été invités, les proportions calculées et la durée moyenne de l'examen de dépistage ne sont pas accompagnées d'intervalles de confiance.

Analyse des données sur les établissements visités : le niveau de détail du questionnaire ne permettant pas d'utiliser l'établissement scolaire comme unité d'analyse, les données sur les établissements scolaires visités nous ont servi à estimer la couverture territoriale assurée par les répondants. Pour ce faire, nous avons utilisé les données sur les zones de recrutement des établissements scolaires qui nous ont été fournies par la DGEO.

Les remarques en texte libre ont été classées par thèmes et les remarques les plus fréquentes sont présentées dans ce rapport.

3.7 EDUCATION À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Nous avons conduit une enquête afin de pouvoir décrire les conditions dans lesquelles se déroule l'éducation à la santé bucco-dentaire à l'école.

Nous avons contacté l'association romande des éducatrices en santé bucco-dentaire afin d'obtenir une liste de répondantes. Cependant, cette profession n'étant pas soumise à une autorisation de pratique, et l'affiliation à l'association romande des éducatrices en santé bucco-dentaire n'étant pas obligatoire, nous avons tenté de compléter notre liste auprès notamment de communes et de dentistes scolaires.

Par ailleurs, les éducatrices en santé bucco-dentaire ne sont cependant pas les seules personnes actives dans ce domaine, ce rôle étant souvent rempli par des infirmières scolaires ou des dentistes.

Le nombre de répondantes étant très limité, nous avons procédé à une enquête auprès de toutes les éducatrices que nous avons identifiées.

Nous avons également conduit des entretiens semi-dirigés avec le médecin responsable de l'Unité PSPS et l'adjoint au médecin dentiste conseil cantonal en charge des questions de prophylaxie sur le thème de l'organisation et du déroulement du programme d'éducation à la santé bucco-dentaire scolaire.

Nous avons enfin conduit une recherche sélective de la littérature sur les interventions les interventions de promotion de la santé dentaire.

3.7.1 Répondantes

Educatrices en santé bucco-dentaire.

3.7.2 Instrument

Questionnaire en ligne/postal.

Questions sur l'activité dans le cadre de la prophylaxie dentaire scolaire en 2011, sur les classes visitées, sur la fréquence des séances organisées, sur la satisfaction et sur les établissements visités.

3.7.3 Sélection des répondantes

Le questionnaire a été adressé à toutes les éducatrices ayant pu être identifiées dans le courant de l'étude. Une liste a été établie à partir de plusieurs sources dont l'Association romande des éducatrices en santé bucco-dentaire, certaines communes vaudoises et certaines éducatrices.

3.7.4 Analyse

Calcul du taux de satisfaction parmi les éducatrices en santé bucco-dentaire impliquées dans la prophylaxie dentaire en 2011-2012.

Proportion des établissements scolaires visités.

Etant donné qu'il n'existe aucune liste officielle exhaustive de toutes les éducatrices exerçant dans le canton, il s'agit d'une proportion « a minima ».

4 RÉSULTATS

4.1 DONNEES EPIDMIOLOGIQUES EXISTANTES

4.1.1 Prévalence de la carie dentaire

Afin de déterminer la prévalence de la carie dentaire, l'indice CAOD est utilisé. Il s'agit de la somme des dents cariées, absentes et obturées d'un individu (CAOD pour les dents définitives, caod en minuscule pour les dents temporaires). En plaçant la somme des indices CAOD individuels d'une population donnée au numérateur et en plaçant le nombre d'individus composant cette même population au dénominateur, on obtient l'indice CAOD moyen pour cette population. En anglais, CAOD est traduit par DMFT. En cas d'utilisation de l'indice CA*OD ou DM*FT, seules les 1^{ère} molaires sont prise en compte pour les dents manquantes.

La base de données du CAPP (Country/Area Profile Project) de l'université de Malmö (Carlsson and Stjernswärd) répertorie la promotion en santé bucco-dentaire dans le monde et permet des comparaisons entre les différents pays. Un indice CAOD moyen au niveau mondial à 12 ans de 1,67 y est décrit. Les indices CAOD à 12 ans de la population de différents pays sont répertoriés.

Figure 3. Indice DMFT à l'âge de 12 ans dans le monde

Dr. Poul Erik Petersen World map on dental caries, 12 years, July 2003 World Health Organization

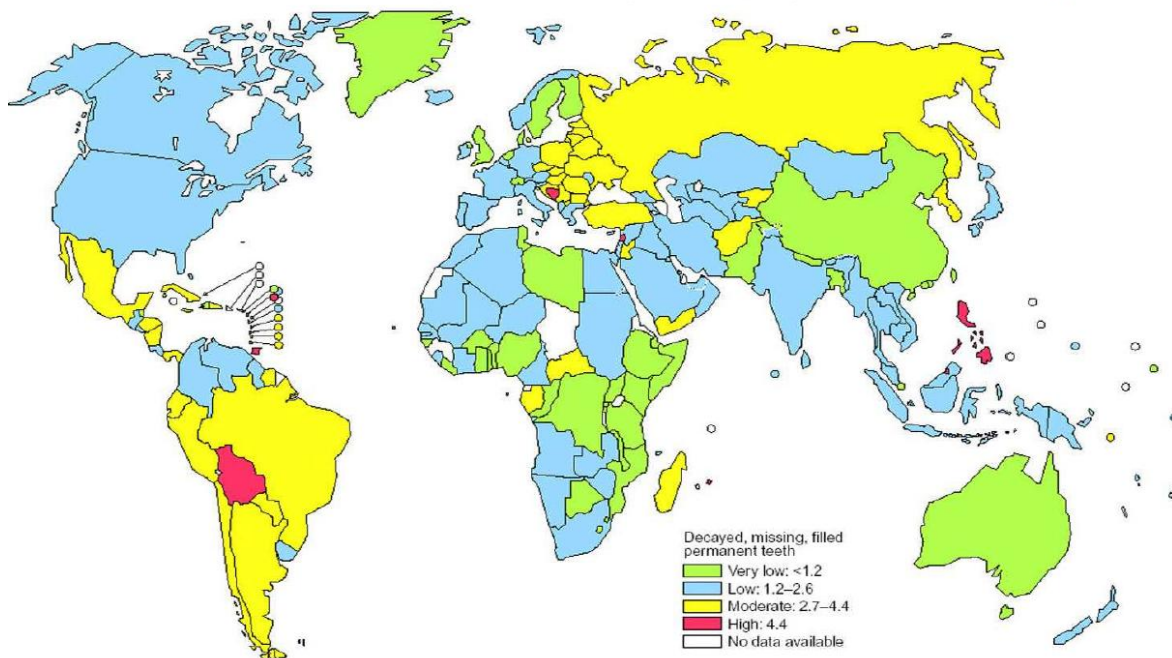


Tableau 2. Valeurs CAOD de quelques pays européens, selon les chiffres à disposition dans la base de données du CAPP

pays	Indice CAOD 12 ans	année
Angleterre	0.7	2008-2009
Allemagne	0.7	2005
Danemark	0.7	2008
Suisse (Zurich)	0.8	2009
Suède	0.9	2008
Belgique	0.9	2009-2010
Italie	1.1	2004
France	1.2	2006
Finlande	1.2	2000
Roumanie	2.8	2000
Croatie (Zagreb)	4.8	2009-2010
Moyenne mondiale	1.7	2010

Epidémiologie de la carie en Suisse :

-Les données de Zürich

Les données épidémiologiques de la Suisse reprennent systématiquement les valeurs retrouvées dans le canton de Zurich. En effet, dès 1964, des relevés épidémiologiques ont été réalisées de manière systématique tous les 4 ans sur un échantillonnage d'enfants (Marthaler, Menghini et al. 2005; Steiner, Menghini et al. 2010). Il faut préciser que les enfants inclus dans ces analyses sont suisses ou étrangers, mais résidant obligatoirement en Suisse au minimum depuis l'âge de 5 ans. Les enfants migrants arrivés après l'âge de 5 ans sont exclus de l'étude. Les indices répertoriés comprennent systématiquement le CAOD ou le CA*OD. Ayant remarqué qu'une partie de la population concentrait la majorité de la problématique carieuse, *Marthaler et coll* ont utilisé l'indice SiC (Significant Caries Index) permettant de classer les individus en fonction de leur indice CA*OD tout en focalisant l'attention sur le groupe le plus atteint. Pour calculer le SiC, le 1/3 de la population avec l'indice CA*OD le plus élevé est extrait de l'échantillon. L'indice moyen de ce sous-groupe est ensuite présenté séparément (Marthaler, Menghini et al. 2005).

L'équipe zurichoise relève une réduction de 90% de l'indice CA*OD et de 83 % du SiC index de 1964 à 2009 (Steiner, Menghini et al. 2010). Le pourcentage d'enfants sans caries (CAOD=0) à l'âge de 12 ans étant passé de <1% en 1964 à 60% en 2000 (53% si le mode d'examen était bilatéral) (Marthaler, Menghini et al. 2005). On voit que la diminution n'est pas répartie de manière homogène puisque la population la plus atteinte bénéficie moins de cette diminution (7% de moins). Ces chiffres sont intéressants mais ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population puisque les enfants migrants arrivés après l'âge de 5 ans ne sont pas pris en compte. Cette option méthodologique est compréhensible si le but est d'évaluer la qualité du système mis en place (évaluation de la prophylaxie par exemple, donc exclusion des enfants qui n'auraient pas bénéficié du programme) mais elle présente des limites lorsqu'il s'agit de fournir des données épidémiologiques sur l'état bucco-dentaire des enfants en Suisse. En effet, dans ce cas une proportion de la population particulièrement atteinte par la maladie carieuse est exclue de l'analyse.

Figure 4 : Déclin de l'indice DM*FT à différents âges (Steiner, Menghini et al. 2010)

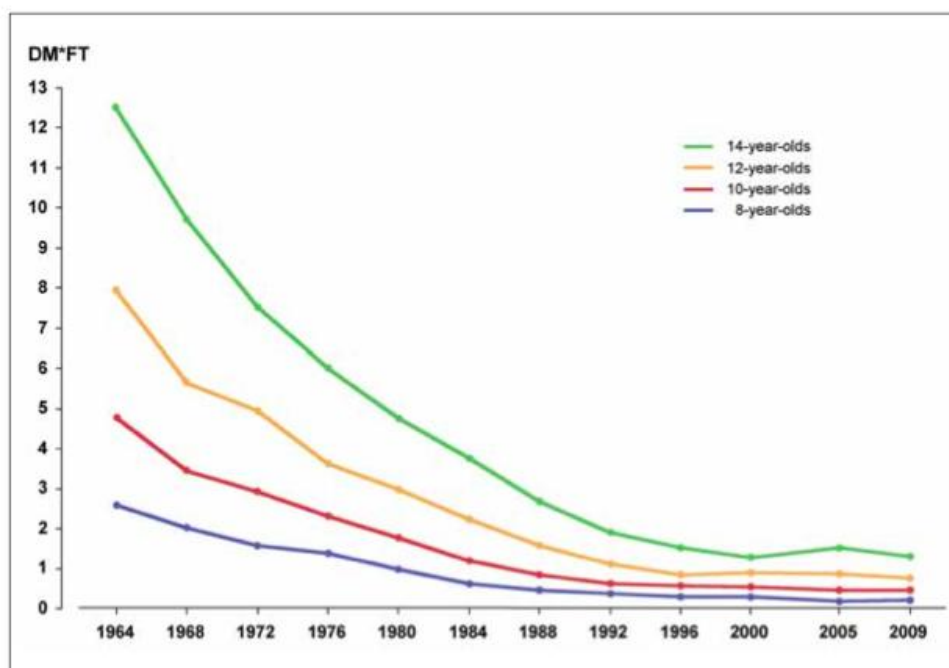
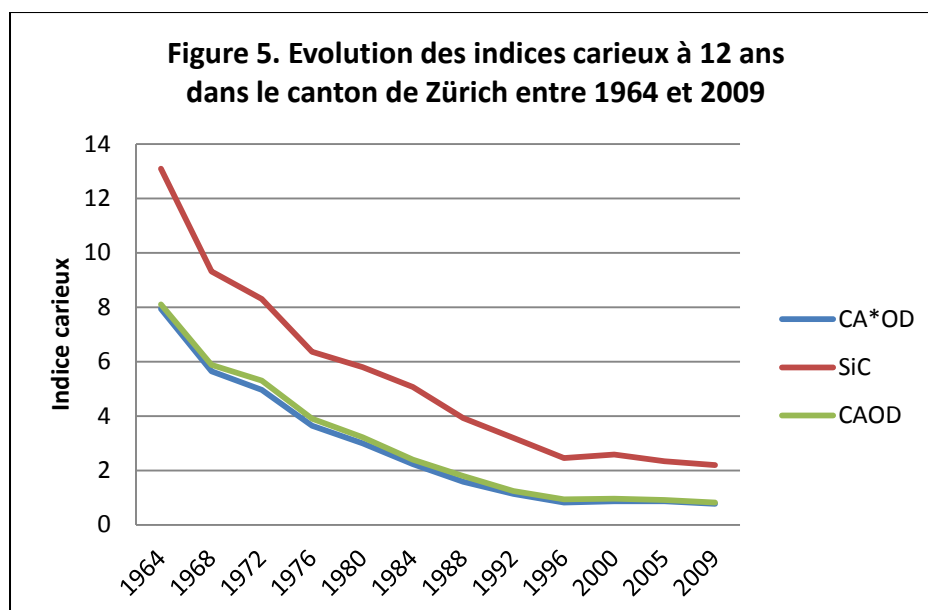
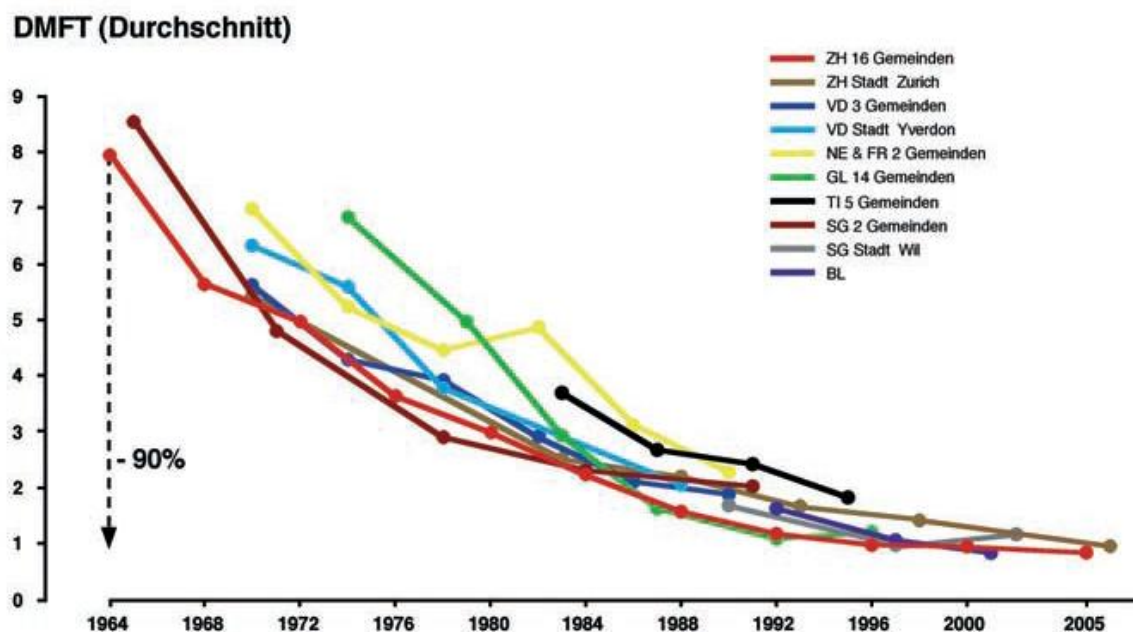


Figure 5. Evolution des indices carieux à 12 ans dans le canton de Zürich entre 1964 et 2009



Au niveau Suisse, une diminution comparable du DMFT est retrouvée dans tous les cantons. Les résultats sont répertoriés dans le rapport de l'Observatoire suisse de la santé (Menghini and Steiner 2006).

Figure 5 : Déclin de l'indice CAOD (DMFT) de la dentition permanente des enfants de 12 ans scolarisés dans plusieurs villes et cantons suisse (Menghini 2008).



D'après Steiner, Menghini et al, une partie importante de ce déclin s'expliquerait par l'utilisation de fluor pour la prophylaxie de la carie dès les années 60 (utilisation de dentifrices fluorés, fluoration du sel de cuisine, brossage en classe avec des monitrices en santé-bucco-dentaire 4 à 6x par an...). La part respective de l'effet des différentes interventions préventives dans ce déclin n'a à ce jour pas pu être estimée de manière précise (Steiner, Menghini et al. 2010).

Malgré ces chiffres encourageants, il faut relever une prévalence de 12,6% de la maladie carieuse chez l'enfant de 2 ans, s'élevant même à 25,3% si les caries initiales^b sont prises en compte dans l'examen. La prévalence de la maladie carieuse est inégale dans la population enfantine : un petit nombre d'enfants concentrant la majorité des caries (Menghini, Steiner et al. 2003; Menghini and Steiner 2006; Menghini 2008; Menghini, Steiner et al. 2008). L'enjeu consiste à déterminer les groupes à risques afin de pouvoir déployer des stratégies de santé publique ciblées. Comme cela a été précisé dans le chapitre sur l'étiologie de la carie et sur la CPE, plusieurs facteurs sont mis en évidence concernant les groupes à risques. L'association d'indices carieux élevés avec le statut de migrant, particulièrement ceux en provenance d'ex-Yougoslavie, a été documentée dans les études réalisées à Zürich. Une prévalence de caries 4 à 5 fois plus élevée est retrouvée dans ce groupe (Menghini, Steiner et al. 2008). Rappelons que de nombreuses études internationales montrent une corrélation entre la santé bucco-dentaire des enfants et le statut socio-économique (SSE) des parents (Vargas and Ronzio 2006; Zitzmann, Staehelin et al. 2008; Christensen, Petersen et al. 2010; Kawashita, Kitamura et al. 2011), mais qu'aucune information sur le SSE n'a été collectée par l'équipe zurichoise. En se référant aux résultats du « Monitoring de l'état de la santé de la population migrante en Suisse » (OFSP 2007) démontrant que

^b Sans cavitation

les revenus des migrants sont nettement inférieurs à ceux des Suisses et qu'ils dépendent de l'origine migratoire, on peut suspecter qu'une partie du risque carieux attribué au statut de migrant soit dû à un effet confondant lié au SSE.

4.1.2 Renoncement aux soins dentaires

Au vu du lien étroit entre SSE et santé bucco-dentaire, il est logique de chercher à investiguer le taux de renoncement aux soins dentaires lié à des critères économiques, tout particulièrement dans un système de santé où les soins dentaires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Une étude de Wolff et al. publiée en 2011 (Wolff, Gaspoz et al. 2011) a mis en évidence le taux de renoncement aux soins de santé dans un collectif genevois.

Il s'agit d'une étude transversale populationnelle réalisée en 2008-2009 sur un échantillon représentatif de 765 personnes âgées de 35 à 74 ans, hors institutions. Elle a mis en évidence (via un questionnaire) le renoncement aux soins pour raisons économiques. Une forte corrélation avec le revenu a été relevée : le risque de renoncer à des prestations était neuf fois plus élevé chez les personnes aux revenus les plus bas (< CHF 3'000) que chez les plus aisés (revenu >CHF 13'000). Cette différence était même de 13 fois lorsque l'analyse prenait en compte un ajustement pour les variables « tabagisme, âge, sexe, comorbidités cardio-vasculaires, nationalité, éducation, profession et franchise d'assurance ». Dans cette étude, 14,5% des personnes interrogées ont déclaré avoir dû renoncer à des soins pour des raisons économiques. Dans la tranche de population avec le revenu le plus bas, c'est même 30% des personnes qui ont déclaré avoir dû renoncer à des soins médicaux l'année précédente pour des raisons économiques. Parmi les personnes annonçant renoncer à des soins médicaux pour des raisons économiques, 75% ont déclaré renoncer à des soins dentaires, 36% à des consultations médicales et 26% à des moyens auxiliaires (lunettes, prothèses auditives...).

L'édition 2010 de l'enquête de l'OFS sur les revenus et les conditions de vie en Suisse apporte des informations intéressantes sur le renoncement aux soins chez l'adulte (OFS 2012). On y observe notamment :

- Que le renoncement pour raisons financières aux soins dentaires est plus fréquent que pour les soins médicaux.
- Que le renoncement à des soins médicaux et dentaires pour raisons financières est plus fréquent chez les personnes à bas niveau éducatif, cette tendance étant particulièrement marquée pour les soins dentaires.
- Que les personnes nées à l'étranger sont plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires pour raisons financières que les personnes nées en Suisse (7,2% contre 2,9%), cette différence restant significative après ajustement pour le niveau éducatif.
- Que parmi les personnes nées à l'étranger, celles provenant de pays européens hors EU27 et AELE sont plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires pour raisons financières que celles provenant de l'Union Européenne et de l'ensemble des autres pays du monde.

Soulignons qu'il s'agit des résultats d'une enquête téléphonique et que le choix de cette méthode peut avoir occasionné un biais de sélection, excluant de l'échantillon les personnes ne maîtrisant pas bien les langues officielles suisses.

Dans une enquête menée en 2011 par la SVMMD auprès de ses membres, il a été demandé aux médecins-dentistes participant : s'ils avaient déjà été confrontés à des refus de soins pour des enfants, quelle proportion des parents avaient refusé des soins pour leurs enfants et quelles étaient les raisons pour ces refus. Sur la base des réponses collectées, l'auteur estime un taux de renoncement aux soins

pour des enfants, pour raisons économiques inférieur à 1% (Quilichini 2012).

Soulignons qu'il s'agit d'un taux de renoncement tel que rapporté au cabinet. Cette approche est susceptible d'avoir causé un biais de sélection, en excluant des observations les personnes renonçant non seulement aux soins mais aussi à consulter un dentiste et ne franchissant donc jamais le seuil du cabinet de consultation. De plus, une estimation unique peut masquer de grandes disparités en termes de renoncement aux soins (notamment selon le niveau de revenu, le niveau d'éducation et le lieu de naissance), et des taux de renoncements élevés dans certains groupes à risque. Soulignons également que le concept de renoncement suppose une perception par la personne d'un besoin de soins. Ceci n'est pas toujours le cas. Enfin, précisons qu'un renoncement aux soins est probablement rarement annoncé au cabinet auprès duquel un devis a été établi.

En termes d'utilisation, selon les données de l'OFS issues d'une enquête téléphonique, 65% des personnes de 15 ans et plus ont déclaré avoir consulté un dentiste dans les 12 mois précédents (OFS 2012). La SVMMD rapporte une faible utilisation de la consultation dentaire pour les enfants de 0 à 5 ans par rapport aux enfants d'âge scolaire et aux jeunes d'âge postscolaire (Quilichini 2012).

4.2 RESSOURCES HUMAINES ET INFRASTRUCTURES DE SOINS DENTAIRES

4.2.1 Démographie des dentistes dans le canton de Vaud

Selon les chiffres de l'OFS (2012), basés sur le nombre de dentistes membres de la SSO et sur les non-membres reconnus par les assurances sociales, la densité de dentiste dans le canton de Vaud serait de 48 dentistes/100'000 habitants, soit légèrement moins que la moyenne fédérale de 52 dentistes/100'000 habitants.

Selon les données qui nous ont été transmises par le Service de la santé publique, le nombre de dentistes avec autorisation de pratiquer à titre indépendant dans le canton de Vaud est de 562 (au 20/03/2012). A ce nombre s'ajoute celui des dentistes travaillant à titre dépendant. Ces derniers ne sont plus soumis à une autorisation de pratique depuis 2003 et ne sont donc plus répertoriés par le SSP. Notre enquête auprès des cliniques dentaires nous a permis d'en dénombrer 51, correspondant à 35,2 EPT répartis sur 10 sites. Nous n'avons ni recensé les dentistes pratiquant à titre dépendant en cabinet privé, ni vérifié que les dentistes porteurs d'autorisations de pratique à titre indépendant exercent toujours dans le canton.

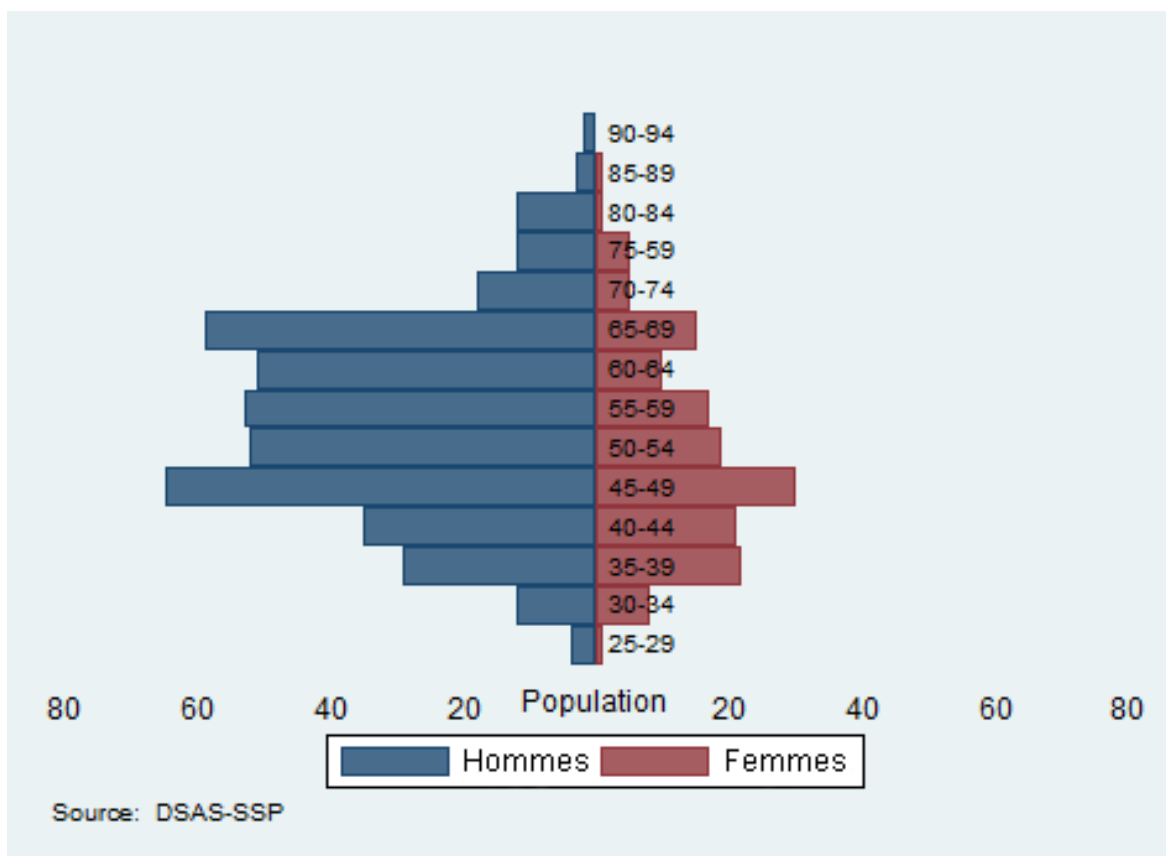


Figure 6 : Population de dentistes du canton de Vaud, avec autorisations de pratique à titre indépendant, par âge et sexe (données SSP 2012).

La figure 6 présente la pyramide des âges des dentistes porteurs d'autorisations de pratique à titre indépendant. Certains, parmi les dentistes les plus âgés n'exercent probablement plus. Il est également possible que d'autres dentistes exercent dans d'autres cantons ou à l'étranger. Le chiffre de 562 est donc probablement une surestimation. Nous ne disposons pas d'information sur l'âge et le sexe des dentistes travaillant à titre dépendant.

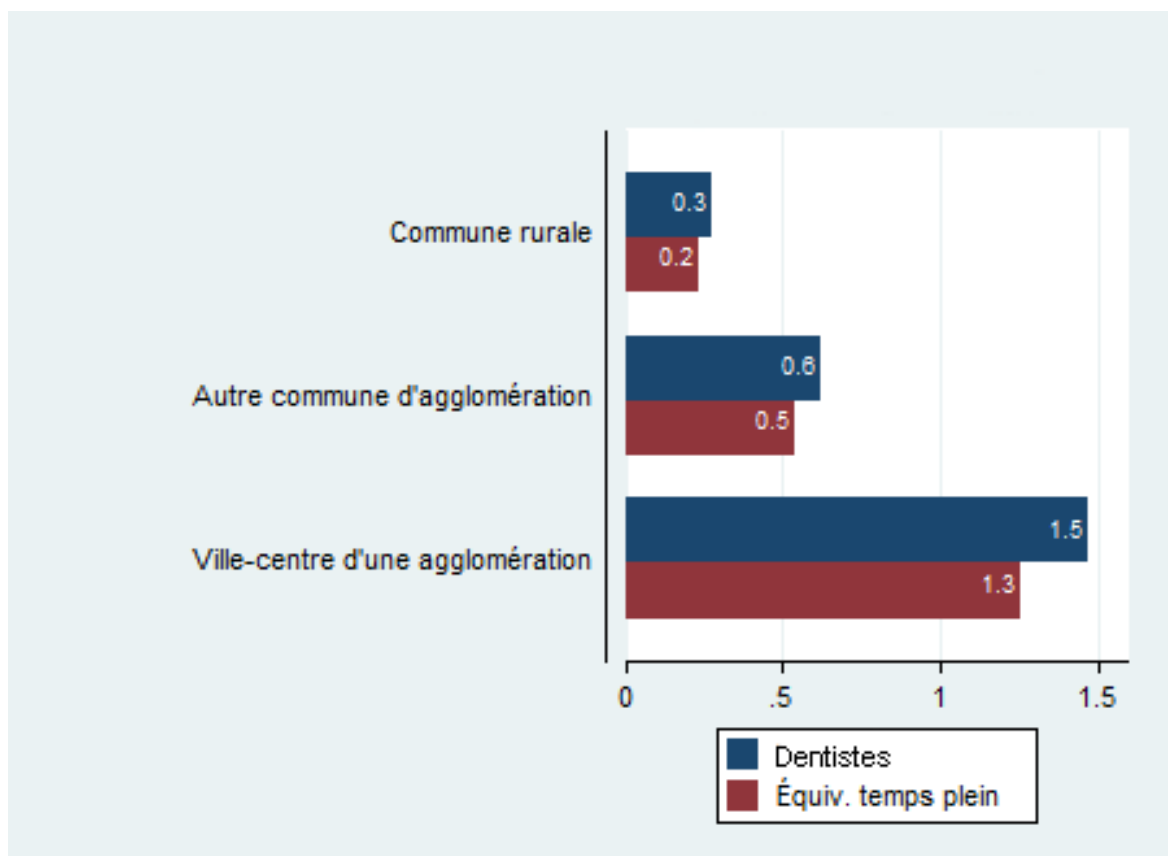


Figure 7 : Densité de dentistes indépendants/ 1000 habitants, par niveau d'agglomération (données SSP 2012).

On note une majorité d'hommes et une concentration très marquée dans les villes. D'après nos données, la concentration des dentistes (dépendants et indépendants confondus) avoisinerait 84/100'000 habitants, mais ce chiffre doit être interprété avec prudence en raison des limites des données à notre disposition.

On note, sans surprise, une plus forte concentration des dentistes (indépendants) en agglomération (150/100000 hab) qu'en zone rurale (30/100000 hab).

Nous avons obtenu de l'Unité PSPS la liste des dentistes scolaires du canton qui compte 95 noms. Cette liste a servi de base à notre enquête sur le dépistage dentaire scolaire. Parmi les 76 ayant répondu, 14% n'avaient pas participé au dépistage en 2011. En assumant le même taux de 14% parmi les personnes n'ayant pas répondu, nous arrivons à une estimation de 81 dentistes scolaires actifs.

Dans le cadre d'une enquête menée en 2011 auprès de 245 médecins-dentistes membres de la SVMMD, parmi 148 répondants (taux de participation=60%), 6 (4%) ont répondu être spécialistes en pédodontie (Quilichini 2012).

4.2.2 Infrastructures de soins dentaires

Les soins dentaires des enfants dans le canton de Vaud sont dispensés dans des cabinets dentaires privés, dans des cliniques dentaires privées (10 sites), dans certains services dentaires scolaires fournissant des soins (dont deux unités mobiles), à la PMU et à l'Hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL).

Enfin, nous avons recensé 55 services dentaires scolaires fournissant des soins subsidiés par les communes. Nous ne disposons pas de données sur les services dentaires scolaires fournissant des soins non subsidiés.

Nous ne disposons pas de données sur les volumes respectifs en termes de soins réalisés, excepté pour les narcoses. Pour le canton de Vaud, les soins nécessitant une anesthésie générale sont principalement effectués à l'HEL et au CHUV, majoritairement par le service de stomatologie de la PMU (deux tiers des cas), le tiers restant étant traité par deux médecins-dentistes indépendants.

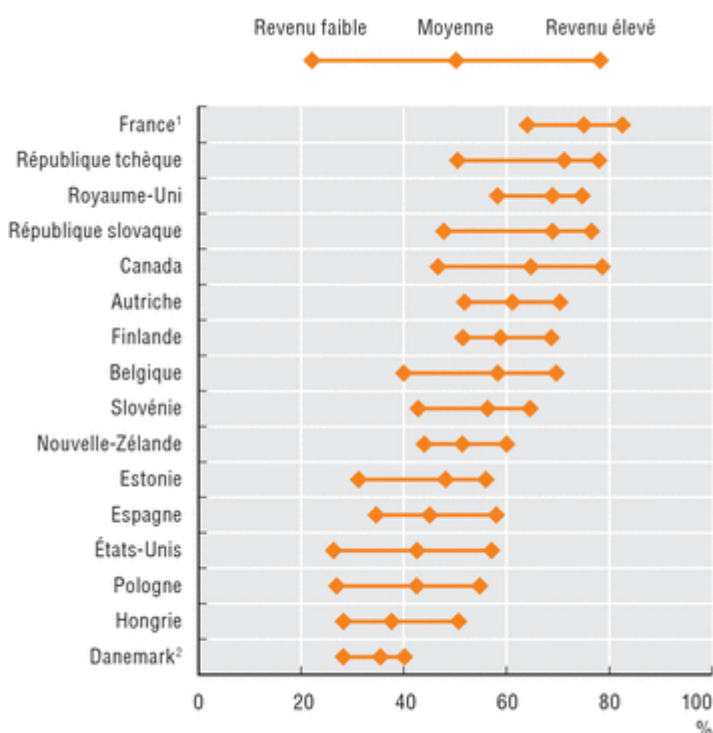
Le tableau 3 présente le nombre d'enfants ayant reçu des soins dentaires sous narcose en 2010 et 2011 à l'HEL et au CHUV, ainsi que le mode de prise en charge des frais générés. On y voit que deux tiers des soins réalisés sous narcose n'ont été pris en charge ni par la LAMal ou l'AI, ni par les organismes sociaux.

Année	Nb de traitements réalisés sous narcose facturés aux parents	Nb de traitements réalisés sous narcose facturés aux organismes sociaux.	Nb de traitements réalisés sous narcose facturés dans le cadre de la LAMal ou de l'AI	Total des narcoses réalisées
2010	117	46	14	177
2011	139	58	18	215

Tableau 3 : Soins dentaires sous narcose réalisés à l'HEL et au CHUV, Lausanne

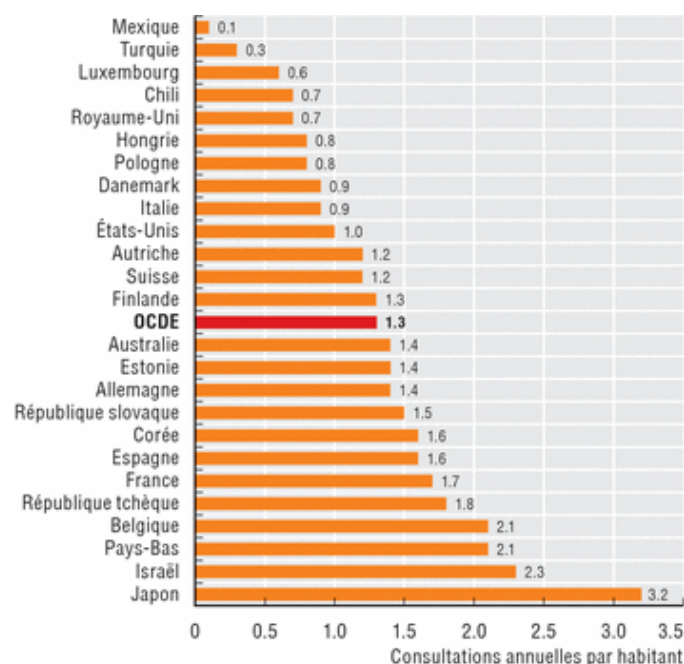
Selon les données de l'OFS, en 2007, 65% des vaudois de plus de 15 ans interrogés ont consulté un dentiste au cours des 12 mois précédents. Nous ne disposons ni de données sur les consultations pour les jeunes de 0 à 18 ans, ni de ventilation par niveau de revenu. En termes de nombre de consultations d'un dentiste par an par habitant, la Suisse se situe à 1,3, proche de la moyenne des pays de l'OCDE. Ici encore, il s'agit de la population générale et nous ne disposons pas de chiffres pour les jeunes de 0 à 18 ans. Ces chiffres sont à interpréter avec prudence. En effet, les différences de probabilité de consultation d'un dentiste d'un pays à l'autre peuvent être dues à des différences en termes de besoin ou d'organisation des soins et pas uniquement en termes d'accès.

Figure 8 Probabilité d'une consultation de dentiste au cours des 12 derniers mois, par niveau de revenu, 2009 (ou année la plus proche)



(source : <http://www.oecd-ilibrary.org>)

Figure 9 Nombre moyen de consultations d'un dentiste par habitant, 2009 (ou année la plus proche)



(source : <http://www.oecd-ilibrary.org>)

4.3 DISPOSITIFS DE SANTE BUCCO-DENTAIRE POUR LES ENFANTS DANS D'AUTRES CANTONS SUISSES

La prise en charge des soins dentaires des enfants est très variable en fonction des différents cantons suisses. La SSO s'est préoccupée de ces inégalités, comme l'illustre l'intervention ci-dessous:

Dans son **communiqué de presse du 23 décembre 2008** basé sur l'étude publiée par la SSO en novembre 2008 (Hess and Suter 2008), la SSO (Société Suisse des médecin-dentistes) informe que : « ...la plupart des cantons ont délégués aux communes la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des enfants et des adolescents. Seuls quelques cantons réalisent sous leur propre responsabilité des programmes de prophylaxie. On constate des différences de plus en plus grandes entre cantons ruraux et régions urbaines. La difficulté d'accès aux soins médico-dentaires s'accroît pour les familles provenant de l'immigration...la délégation des soins dentaires aux communes par des cantons de plus en plus nombreux présente un problème plutôt qu'une chance. Souvent, les communes ne s'acquittent qu'en partie de leur obligation, par absence de volonté, de moyens financiers insuffisants ou de manque d'information. Il en résulte des lacunes dans la prise en charge : aujourd'hui, les communes urbaines disposent en majorité d'un service de soins dentaires très professionnels. Elles peuvent offrir une grande palette de soins durant toute la scolarité. Les communes des régions rurales, elles, se limitent de plus en plus souvent à la remise de bons pour un contrôle annuel...Pour donner à tous les enfants et adolescents les mêmes chances de maintenir leurs dents en bonne santé, il faut un système de soins dentaires scolaires qui fonctionne bien. La SSO lance un appel aux cantons et aux communes pour qu'ils assument leur responsabilité de politique de santé. »

Dans le cadre de notre mandat, nous nous sommes intéressés aux cas des cantons du Valais, de Fribourg, de Zurich et de Genève. Le tableau 4 présente une synthèse de leurs modes de prise en charge des soins dentaires et des montants dépensés annuellement dans ce domaine.

Tableau 4. Situation dans les cantons du Valais, de Zurich, de Fribourg et de Genève (2010 ou année la plus récente disponible)

	Valais	Zurich	Fribourg	Genève
Subventionnement	oui	oui	oui	oui
Texte de lois	oui ^c	oui ^d	oui ^e	oui ^f
Modèle de subventionnement	40% des soins subventionnés indépendamment du revenu des parents	Barème communal. Critère d'inclusion : bénéficier du subsidé LAMal	Barème communal. Règlement-type proposé par l'Etat.	Barème cantonal approuvé par le Conseil d'Etat.
Critère d'âge	0-15 ans	5-16 ans	4-16ans	0-18 ans
Subventionnement soins conservateurs	oui	oui	oui (dépendant du règlement de chaque commune)	oui
Subventionnement orthodontie	oui	oui	oui (dépendant du règlement de chaque commune)	oui
Libre choix du dentiste	oui (clinique dentaire scolaire ou dentiste privé conventionné sauf pour l'orthodontie à Sion)	oui (clinique dentaire scolaire ou dentiste privé)	oui (clinique dentaire scolaire ou dentiste privé conventionné suivant la commune)	non (soins uniquement dans les Cliniques Dentaires de la Jeunesse)
Subventionnement soins sous narcose	oui	oui	oui (dépendant du règlement de chaque commune)	oui
Prise en charge canton/commune	communes (dès le 1.01.12)	communes	communes	canton
Nombre d'enfants pris en charge	19274 (soins conservateurs) 5746 (orthodontie)	Pas de données	Pas de données	9300 (soins conserv., 2011) 1200 (orthodontie, 2011)
Coût total des soins conservateurs	4'097'268	Pas de données	Pas de données	2'757'300
Coûts du subventionnement des soins conservateurs	1'693'632	Pas de données	Pas de données	1'254'100
Coût total des soins orthodontiques	8'266'146	Pas de données	Pas de données	2'292'000
Coûts du subventionnement des soins orthodontiques	3'364'981	Pas de données	Pas de données	1'478'700
Coût total du subventionnement cantonal+communal	5'058'613	Pas de données	1'015'158	2'732'800
Nombre total d'habitants	317'022	1'392'396	284'668	460'534
Coût annuel par habitant du subventionnement (CHF/hab) ^g	5,3 (soins conserv.) 10,6 (orthodontie)	Pas de données	3,6 (soins conserv. et ortho.)	2,7 (soins conserv.) 3,21 (orthodontie)

^cArt. 18 c de l'ordonnance sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents, modifiée le 21.12.2011

^dArt. 9.2, Verordnung über die Schul-und Volkszahnpflege vom 15.11.1965 (818.22)

^eLoi du 27.09.1990 sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires

^fArt.71 du règlement de l'enseignement primaire du 7.7.1993

^g Ces chiffres n'incluent ni le dépistage dentaire scolaire ni l'éducation à la santé bucco-dentaire dans les classes.

4.3.1 Modèle valaisan

Les soins dentaires scolaires en Valais sont bien développés.

Le système valaisan subventionne à hauteur de 40% les soins dentaires des enfants (de la naissance à l'âge de 15 ans), indépendamment du revenu des parents.

Historiquement, les pouvoirs publics valaisans ont constaté dès la fin des années trente une dégradation de l'état bucco-dentaire de la population, en particulier des enfants, qui a rapidement progressé avec l'accroissement massif de la consommation de sucre liée au développement industriel. Dans les années cinquante, la situation est devenue alarmante. A l'époque, la carie dentaire était considérée comme un véritable fléau social. La gravité de la situation et le nombre restreint de dentistes rendaient impossible un examen systématique de tous les enfants. Les pouvoirs publics ont alors été contraints d'intervenir (*Soins Dentaires Scolaires en Valais 1947-1987. Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse. Plaque commémorative*).

Cette prise de conscience de l'état bucco-dentaire dégradé, accompagnée d'un constat d'accès difficile aux soins pour certaines populations (dû notamment à l'isolement géographique) a encouragé le service de la santé publique valaisan à promouvoir la mise en place de système de prise en charge axé sur le dépistage, la prévention et les soins.

Historique de la mise en place du système valaisan :

-1947/48 : création de l'Association pour l'hygiène dentaire du Centre du Valais

-1967 : décret sur les soins dentaires scolaires du Grand Conseil valaisan et création de l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse. Subventionnement des soins dentaires pour les enfants en âge de scolarité.

-1976 : révision du décret de 1967, les enfants en âge préscolaire furent inclus

-4 mars 2009 : ordonnance sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents (abroge l'ordonnance du 26 mars 1997)

Art. 18 c) subventionnement : « Les parents qui choisissent de faire traiter leurs enfants dans le cadre de la médecine dentaire scolaire, conformément au mode d'organisation des soins dans la région, prennent en charge 60% des frais engendrés par les soins courants et les traitements orthodontiques, franchises et plafonds éventuels en sus. Le reste des frais est réparti entre l'Etat et les communes... »

-21 décembre 2011, modification de l'ordonnance sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents du 4 mars 2009 : dès le 1.01.2012, le financement du subventionnement a été modifié. Dans le cadre de la réforme sur la péréquation financière et la répartition des tâches entre le canton et les communes, le Parlement a décidé que les traitements dentaires scolaires sont subventionnés exclusivement par les communes. Pour compenser la charge financière supplémentaire pour les communes, elles sont déchargées dans un autre domaine pour au minimum le même montant.

Organisation actuelle des soins dentaires scolaires en Valais :

L'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse est mandatée par l'Etat. C'est un organisme privé d'utilité publique qui se charge de la gestion des soins dentaires scolaires, du dépistage et de la prophylaxie. Tous les enfants sont pris en charge de la naissance jusqu'au 31 décembre de l'année de leur quinzième anniversaire.

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).

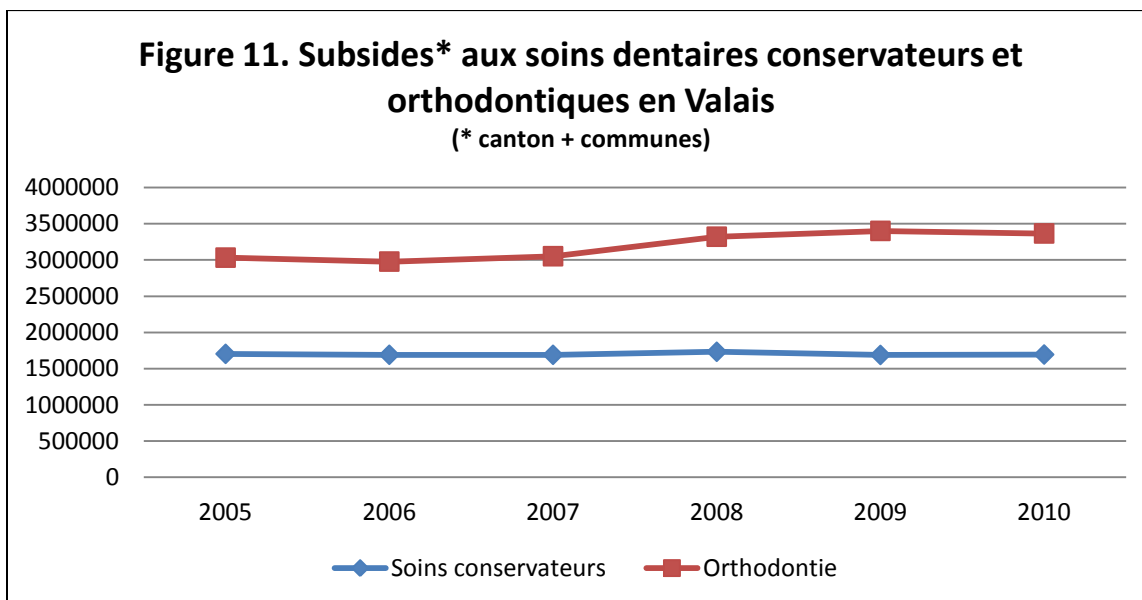
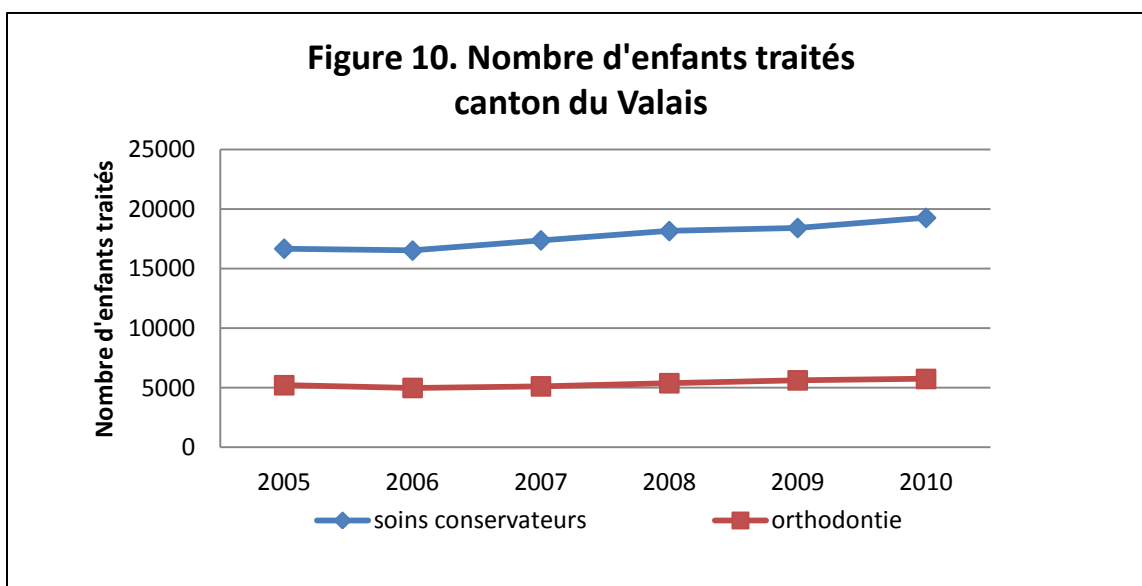
Les soins dentaires conservateurs et orthodontiques (selon des critères établis) sont subventionnés pour tous les enfants valaisans au même taux: 60% des frais sont à la charge des parents et 40% à la charge des communes. Le tarif du point SSO appliqué est de CHF 3,10 pour les dentistes privés conventionnés et CHF 2,90 pour soins réalisés dans les cliniques de l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse. La facture des soins est adressée aux parents par

l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse directement avec l'abattement de 40% déduit.

Evolution des coûts et répartition de la participation :

L'évolution des subsides et du nombre d'enfants traités sont présentés dans les deux figures ci-dessous. Les données proviennent du site internet de l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse <http://www.cliniquedentaire-vs.ch>

En 2010, le montant total des subventions pour soins dentaires des enfants de 0 à 15 ans s'est élevé à CHF 5'058'613 (CHF 1'693'632 pour les soins conservateurs et CHF 3'364'981 pour les soins orthodontiques).



4.3.2 Modèle zurichois

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.

Dans plusieurs communes, c'est le fait d'être au bénéfice d'un subside pour le paiement des primes LAMal qui 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 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.

4.3.3 Modèle fribourgeois

Le règlement du 26.11.1991 du règlement d'exécution de la loi du 27 septembre 1990 sur la prophylaxie et les soins dentaires précise le cadre de la prise en charge. Le canton de Fribourg est en procédure de révision de la loi et est en phase d'évaluation concernant les soins dentaires scolaires. Les communes de domicile ont notamment l'obligation d'organiser les contrôles dentaires et d'aider les parents aux revenus modestes en octroyant des subsides pour financer les traitements. Le terme « modeste » n'est accompagné d'aucune précision chiffrée. Au début du subventionnement, il y avait autant de règlements communaux que de communes, c'est-à-dire 165. Depuis 2005, par souci d'harmonisation, l'Etat propose aux communes d'adopter un règlement-type et d'appliquer le barème indicatif proposé par le canton (l'aide est proportionnelle au revenu imposable du foyer.) Si toutes les communes ont l'obligation de posséder un règlement en la matière, elles sont libres d'appliquer leur propre barème pour autant que ce dernier respecte certains principes tels que l'équité et la non-discrimination. Le règlement-type (proposé par le canton mais non obligatoire pour les communes) stipule que les soins peuvent être réalisés par tout dentiste privé (autorisé à pratiquer à titre indépendant dans le canton de Fribourg ou dans un autre canton confédéré l'entourant) ou par le service dentaire scolaire. Les enfants sont pris en charge de 4 à 16 ans. Il existe un service dentaire scolaire qui comprend 8 cliniques réparties sur l'ensemble du canton plus 2 cliniques mobiles. L'évolution du système semble s'acheminer vers un redimensionnement et un accroissement du partenariat avec les médecin-dentistes privés.

Les frais de contrôle dentaire (le dépistage dans le canton de Fribourg consiste en un contrôle dentaire annuel approfondi comprenant notamment la réalisation de radiographies) sont financés par les communes. Les frais de traitements dentaires conservateurs font l'objet d'une aide financière conformément à un barème. Les frais de traitement orthodontique sont financés selon un montant maximal par enfant et par année (de nombreuses communes ont quasiment abandonné ce subventionnement ou l'ont réduit au minimum). Concernant le volet de la prévention, les leçons de prophylaxie ont lieu une fois par année dans chaque classe jusqu'en 6^{ème} primaire. Certaines communes ont même choisi de dispenser plusieurs cours par année et de prolonger la prophylaxie jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire.

En début d'année 2012, le service dentaire scolaire du canton de Fribourg a procédé à une étude auprès de l'ensemble des communes du canton afin d'évaluer le coût du subventionnement de la médecine

dentaire scolaire. Une grande disparité de montant dévolu au subventionnement a été retrouvée. Le chiffre total du montant de subvention annoncé par les communes (CHF 584'365 pour l'année 2010) semblerait sous-évalué selon les dires de la Cheffe du Service dentaire scolaire de Fribourg et illustrerait peut-être les difficultés pour certaines communes d'extraire le montant dévolu aux soins dentaires dans leur comptabilité. Si ce montant qui paraît peu élevé était confirmé, cela signifierait peut-être un manque d'information des parents au sujet de leur droit aux prestations, notamment dans les communes pratiquant le tiers-garant.

Dans le canton de Fribourg, le coût total du subventionnement (1'015'158 CHF) a été calculé en additionnant les chiffres suivants :

- subventionnement communal de CHF 584'365

- subventionnement du canton de Fribourg: CHF 430'793 (il n'y a en principe pas de subventionnement du canton, cependant, de facto, l'Etat prend en charge le déficit du service dentaire scolaire soit un montant total de 430'793 CHF).

Ces chiffres concernent le subventionnement des soins dentaires uniquement. Le contrôle dentaire scolaire et l'éducation à la santé bucco-dentaire dans les classes ne sont pas inclus.

4.3.4 Modèle genevois

Il existe à Genève un subventionnement cantonal des soins dentaires des enfants. Cette aide intervient uniquement lorsque les enfants sont traités dans le cadre de la CDJ (Clinique Dentaire de la Jeunesse). La CDJ fait partie du DIP (Département de l'Instruction Publique). Elle prend en charge tous les enfants mineurs de Genève souhaitant être traités dans le cadre de ce service qui comprend 18 centres de soins (12 cabinets fixes, 2 unités mobiles, 1 cabinet hospitalier et 1 cabinet intégré à un home). Le subventionnement se fait sur la base d'un barème approuvé par le Conseil d'Etat. Le dossier fiscal des parents est consulté par la CDJ qui applique directement l'abattement financier sur la facture adressée aux parents. Les traitements de pédodontie et d'orthodontie bénéficient de ce subventionnement. La CDJ se charge également du dépistage annuel des enfants de 4 à 11 ans et des cours de prophylaxie qui ont lieu environ 1x par an jusqu'à la fin de l'école primaire.

4.4 LE ROLE DES ASSURANCES, DES PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE ET DE DIVERS ORGANISMES DANS LE FINANCEMENT DES FRAIS LIES AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LE CANTON DE VAUD

Dans le canton de Vaud, le subventionnement des soins dentaire pour les enfants est subdivisée entre la prise en charge dans les cadres suivants : assurances sociales, régimes sociaux cantonaux, assurances dentaires complémentaires, aides communales (dépendant de chaque commune), fonds privés (pouvant être sollicités à titre occasionnel), actions ciblées des dentistes (bon SVMMD) et traitements réalisés à coûts très réduits au « Point d'eau » pour les populations les plus précaires.

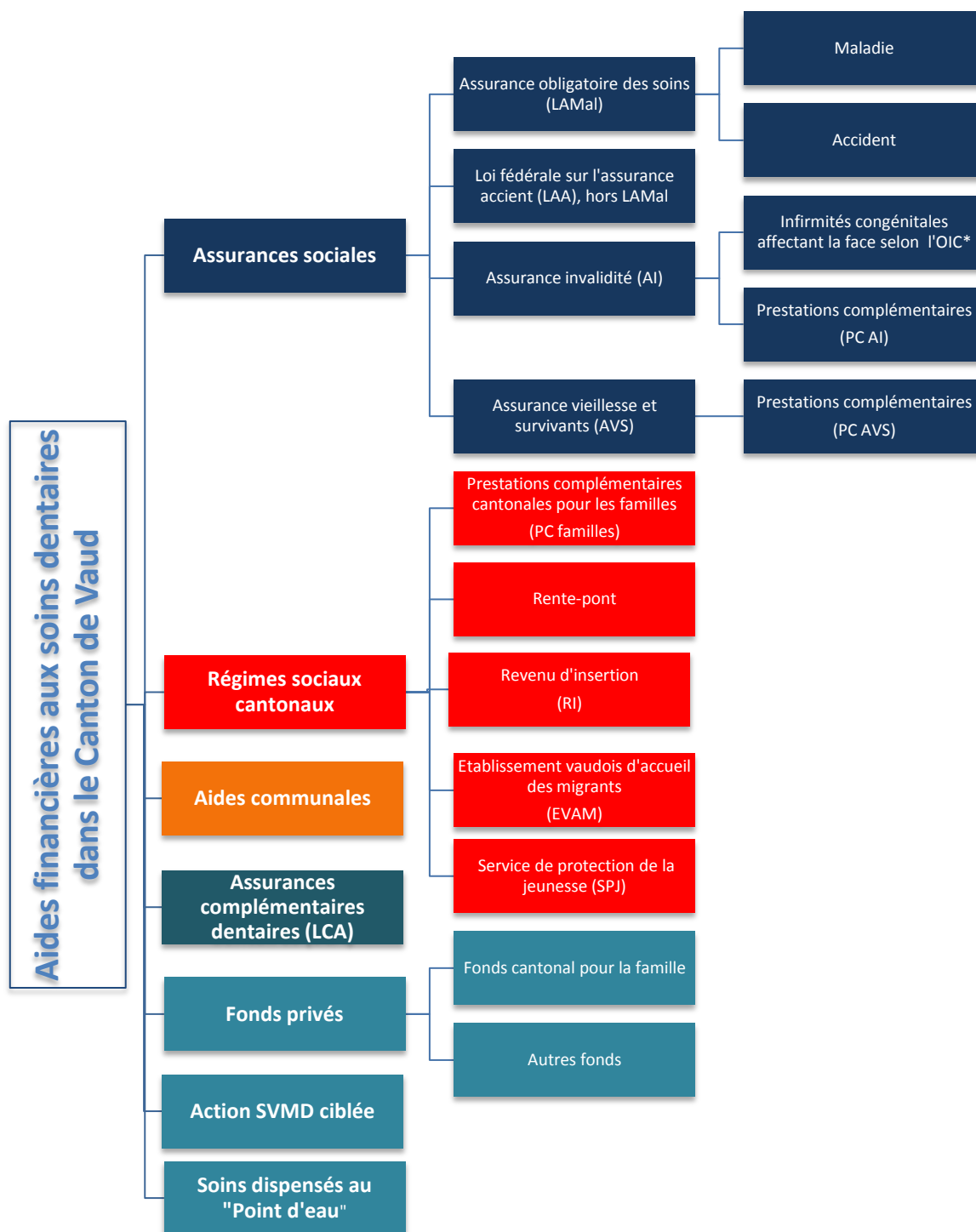


Figure 12 . Aides financières aux soins dentaires dans le canton de Vaud

(*) chiffres 201 à 218 de l'annexe de l'ordonnance 831.232.21 concernant les infirmités congénitales (OIC) du 9 décembre 1985, état le 1^{er} mars 2012.

4.4.1 Assurances sociales

Assurance obligatoire des soins (LAMal)

“Les affections prises en charge par l’assurance maladie sont rares. Les affections dentaires que les patients auraient pu prévenir au moyen d’une bonne hygiène bucco-dentaire ne sont pas prises en charge”

(<http://www.sso.ch>).

“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 sont énumérées aux articles 17 à 19 de l’Ordonnance sur les prestations de l’assurance des soins (OPAS)”

http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832_112_31.html

La prise en charge de soins dentaires dans le cadre de l’assurance maladie (LAMal) est très rare, les interventions étant limitées à une liste préétablie d’affections (SSO 2008).

Assurance accident

"Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort."

<http://www.sso.ch>

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.

Assurance invalidité

« 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). Le droit à cette prise en charge s’éteint à la fin du mois au cours duquel l’assuré a accompli sa 20^e 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). »

<http://www.sso.ch>

En 2012, le coût total à la charge de l’assurance invalidité pour les infirmités congénitales touchant la face (codes 201 à 218 selon l’OIC) s’est élevé à CHF 6'336'484 pour 2'723 bénéficiaires entre 0 et 19 ans dans le canton de Vaud. En ce qui concerne les codes 205 à 210, qui concernent plus spécifiquement les soins dentaires, le montant à charge de l’AI a été de CHF 5'985'131 pour 2583 enfant de moins de 19ans. Relevons qu’il s’agit de cas complexes nécessitant souvent des soins pluridisciplinaires importants pouvant comprendre des interventions de chirurgie maxillo-faciale.

Prestations Complémentaires AVS/AI

« 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 bénéficiaires de PC ont droit aux prestations complémentaires pour frais de guérison (PCG) pour les dépenses de santé non remboursées par l'assurance-maladie de base et reconnues par les PC. »

<http://www.scris.vd.ch/>

Les soins dentaires et les prothèses sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel des prestations dentaires pour le canton de Vaud. En cas de traitement supérieur à CHF 1'000, un devis préalable est soumis au Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise via l'application Médident.

Nous n'avons pas pu obtenir de données précises sur les montants dépensés en couverture de soins dentaires d'enfants bénéficiant de PC AVS/AI. Mais le nombre d'enfants dans cette situation est limité et d'après l'estimation personnelle de M. Fabrice Ghelfi, chef du SASH, le montant annuel ne dépasserait pas CHF 100'000.

4.4.2 Régimes sociaux cantonaux

Prestations complémentaires pour les familles et rente-pont

« 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 prestations remboursées par les PCG sont pour les principales: la franchise de base de la prime d'assurance-maladie et les participations aux coûts (au maximum: CHF 1000/an par personne), l'aide au ménage, les frais de dentiste, les frais de régimes alimentaires et les transports. »

<http://www.scris.vd.ch/>

Les soins dentaires et les prothèses sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel du canton de Vaud. En cas de traitement supérieur à CHF 1'000, un devis préalable est adressé au Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise via l'application Médident.

D'après les informations qui nous ont été transmises par le SASH, pour la population totale concernée par le PC familles (adultes y compris), entre le 1.10.2011 et le 26.11.2012, CHF 165'000 de frais dentaires pour 251 personnes ont été payés. Il n'y a pas encore de données chiffrées concernant ce régime pour les 0-18 ans.

Revenu d'insertion

« Le Revenu d'insertion (RI) propose une aide financière déterminée par des normes cantonales ainsi que des mesures d'insertion professionnelle gérées par les offices régionaux de placement (ORP) ou des mesures d'insertion sociale mises en place par les centres sociaux régionaux (CSR). A droit au RI toute personne majeure, domiciliée dans le canton de Vaud, de nationalité suisse ou étrangère au bénéfice d'une autorisation de séjour, et dont les revenus ne suffisent pas à subvenir aux besoins vitaux et indispensables ainsi qu'à ceux de sa famille. »

<http://www.scris.vd.ch>

Les soins dentaires et les prothèses sont pris en charge selon le tarif prévu par le Référentiel du canton de Vaud. En cas de traitement supérieur à CHF 500, un devis préalable conforme au Référentiel des prestations du Canton de Vaud est soumis au Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise via l'application Médident.

D'après les données répertoriées dans la base PROGRES qui nous ont été communiquées par le DSAS, en 2011, parmi 10308 enfants ayant émargé au RI au moins un mois durant l'année, 1815 ont bénéficié d'une prise en charge de leurs frais dentaires pour un montant total de CHF 739'000 (soins conservateurs uniquement). Pour 1426 d'entre eux (79%) le montant des soins effectués était inférieur ou égal à CHF 500.

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. »

<http://www.evam.ch>

Les traitements d'urgence jusqu'à CHF 500 sont pris en charge sans devis. Au-delà de CHF 500, un devis préalable, conforme au Référentiel des prestations du Canton de Vaud doit être soumis au Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise via l'application Médident.

Selon les chiffres transmis par l'EVAM, montant global dépensé en 2011 pour les soins dentaires de mineurs s'élève à CHF 295'856.35 (pour 685 factures dont 78% concernaient des montants inférieurs à CHF 500.).

Service de protection de la jeunesse (SPJ)

Les jeunes sous la protection du SPJ peuvent voir, si nécessaire, leurs soins dentaires entièrement pris en charge. En 2011, le service a dépensé CHF 80'519 en soins dentaires conservateurs. Pour la même année, les frais orthodontiques s'élevaient à CHF 69'500. Ces chiffres tiennent compte des éventuels frais dentaires et orthodontiques consentis pour des jeunes adultes (18-25 ans) mais dans une proportion faible (moins de 10% du montant total). Selon la base de données Médident, le total des montants facturés de plus de CHF 500 en 2011 pour les patients âgés de 0 à 18 ans était de CHF 12'581 (hors frais d'orthodontie).

4.4.3 Aides communales

Les aides communales aux soins dentaires ne sont pas garanties par la loi. Elles ne sont disponibles que dans certaines communes, et varient d'une commune à l'autre. Une analyse détaillée de ces aides est présentée dans la section 4.5 de ce rapport.

4.4.4 Assurances complémentaires dentaires

Dans le cadre de la loi sur le contrat d'assurance (LCA), les assurances complémentaires dentaires peuvent couvrir les soins dentaires. Il existe peu de données concernant la couverture d'assurances complémentaires dentaires dans le canton de Vaud. Un rapport de la compagnie d'assurance Hpr mandaté par le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud relève une couverture de 38% pour la tranche d'âge 0-18 ans en 2007 (Schmutz and Blanc 2009). Il faut préciser que ce chiffre se base sur un taux de réponse des assurances de moins de 30%.

Il faut préciser que les enfants en bas âge sont acceptés sans conditions, mais qu'au-delà d'une limite d'âge (qui dépend de l'assureur) un certificat de bonne santé dentaire peut être exigé à l'entrée. Ce type de mesure limite l'accès à la couverture des soins dentaires pour certains enfants.

4.4.5 Fonds privés

Plusieurs aides peuvent être obtenue de manière ponctuelle pour les personnes se retrouvant en difficulté mais n'atteignant pas les critères du RI. Il faut préciser que ces aides sont multiples et souvent

mal connues par les personnes concernées (difficulté d'avoir connaissance de l'ensemble de ces aides, démarches parfois compliquées, personnes interrogées dans les communes ou dans des services d'aide sociale ne les connaissant que de façon parcellaire).

Fonds cantonal pour la famille

« Le Fonds cantonal pour la famille est une fondation de droit public placée sous la surveillance de l'Etat. Les aides du Fonds cantonal pour la famille sont des prestations sociales en espèces, uniques ou périodiques, destinées à soutenir des familles disposant d'un faible revenu effectif domiciliées dans le canton de Vaud. Des allocations ou indemnités peuvent être accordées de cas en cas pour pallier à une lacune d'allocations familiales, pour subvenir à des frais liés à l'hospitalisation ou à la maladie d'un parent ou d'un enfant, à des frais de garde, des frais de dentiste ou pour faire face à toute autre situation pénible. La demande d'aide se fait au moyen d'un formulaire adressé à la Caisse cantonale d'allocations familiales »

(<http://www.vd.ch>)

Pour la population totale, adultes et enfants confondus, le montant subventionné en 2010 pour les soins dentaires s'élève à CHF 128'800 pour 130 cas (FCF 2010).

Autres fonds et associations

La liste suivante, et non exhaustive, répertorie l'offre à disposition pour l'aide aux soins dentaires de fonds, associations etc qui sont actives dans le domaine social dans le canton de Vaud : Fonds Mimosa de la Croix-Rouge, Fonds de Prestations d'aide aux personnes handicapées (PAH), Terre des Hommes, Projuventute, Fondation Gialdini, Centre Social Protestant, Caritas, Chaîne du bonheur, Fonds du 700^{ème}, Fondation La Solidarité,...

Nous ne disposons pas d'estimation du nombre de cas et du montant couvert annuellement par l'ensemble de ces organismes.

4.4.6 Action SVMD ponctuelle

« Les médecin-dentistes de la SVMD (société vaudoise de médecin-dentiste) offrent, dans le cadre de l'action de prophylaxie auprès de jeunes n'ayant plus de contrôle habituel au cours de leur cycle scolaire obligatoire qu'ils ont terminé, un bon à tous les vaudois de 16 à 20 ans qui leur donne droit à 2 contrôles dentaires+radiologiques pour CHF 20 chacun. Le premier contrôle doit avoir lieu entre 16 et 18 ans, le deuxième entre 18 et 20 ans. »

(<http://www.svmd.ch>)

Selon la SVMD, dans le cadre de cette action, 15'000 flyers ont été imprimés et distribués (12'500 adressés aux médecins-dentistes membres SVMD, 2'400 envoyés aux écoles privées et une centaine utilisés pour la conférence de presse et des envois isolés. Le bon est également disponible sur le site internet de la SVMD et a été téléchargé plus de 1200 fois. Cependant, il n'y a pas de données sur l'utilisation effective de ce bon.

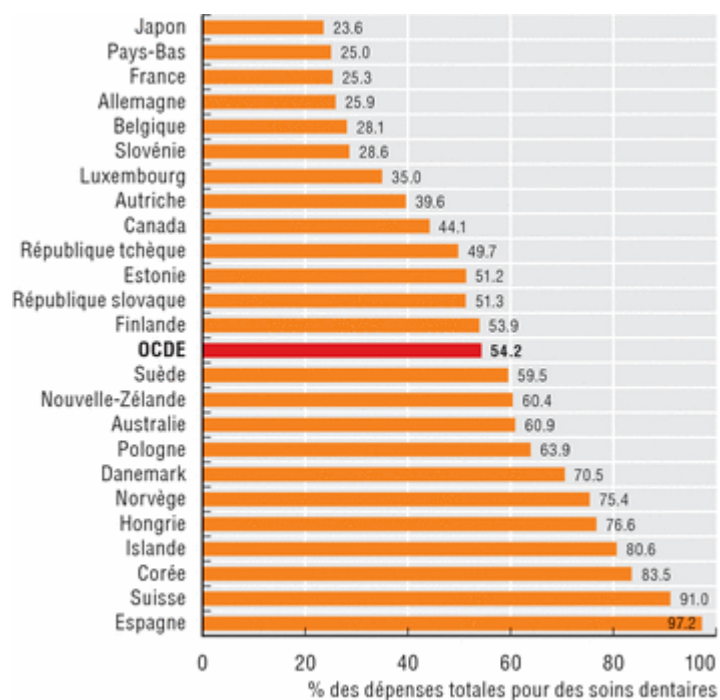
4.4.7 Soins dentaires dispensés au « Point d'eau »

A l'association « Point d'eau » de Lausanne (PEL), les personnes vivant dans la précarité peuvent recevoir des traitements dentaires pour un montant forfaitaire de CHF 40 par traitement (1416 traitements en 2010) et CHF 20 par détartrage (220 en 2010) (Sangra-Bron, Pistorius et al. 2010). Ils sont traités par des médecin-dentistes et des hygiénistes dentaires bénévoles. Le PEL fait face à une demande très importante qu'il ne peut pas entièrement satisfaire. Les patients répondants aux critères d'attribution d'aides cantonales (RI, PC, EVAM...) sont dirigés vers les médecin-dentistes de la ville.

4.4.8 Montants à charge des ménages

Relevons que dans la population suisse générale, selon les chiffres de l'OCDE, en moyenne 91% des dépenses totales pour des soins dentaires sont à charge des ménages (OECD 2011). Nous ne disposons pas de chiffres pour le canton de Vaud.

Figure 13. **Versements nets des ménages pour des soins dentaires, 2009 (ou année la plus proche) (OECD 2011)**



4.5 AIDES COMMUNALES AUX SOINS DENTAIRES CONSERVATEURS ET AUX SOINS D'ORTHODONTIE DES JEUNES DE 0 À 18 ANS

4.5.1 Soins dentaires conservateurs

4.5.1.1 Existence de règlements régissant l'administration de subsides aux soins dentaires

322 des 326 communes vaudoises ont répondu au questionnaire téléphonique. Le territoire de ces communes héberge 99% de la population vaudoise des enfants en âge de scolarité obligatoire.

Selon les données collectées dans le cadre de notre enquête téléphonique 26 de ces 322 communes subsidient elles-mêmes de manière directe les soins dentaires conservateurs des enfants selon un règlement communal écrit préétabli.

Lors de l'administration du questionnaire téléphonique aux boursiers communaux, 29 groupements scolaires et associations intercommunales gérant certaines tâches en relation avec la santé dentaire des jeunes ont été identifiés. Tous ont été interrogés à leur tour et notre enquête a permis d'identifier parmi eux une association intercommunale administrant les subsides aux soins dentaires conservateurs de 47 communes. Nous n'avons trouvé dans aucune des communes interrogées de coexistence d'un programme communal et intercommunal de prise en charge des soins dentaires conservateurs.

Au total, nous avons donc recensé 73 communes disposant de subsides aux soins dentaires conservateurs à la jeunesse (47 communes contribuant à un service dentaire scolaire fournissant des soins et gérant un fonds commun, et 26 communes dont les subsides sont gérés par le personnel administratif de la commune elle-même, indépendamment de toute association intercommunale).

Parmi les 26 communes qui subsidient les soins dentaires indépendamment de toute association intercommunale, 18 attribuent leur aide en fonction d'un barème. Les 8 communes restantes utilisent un taux fixe de participation aux soins (indépendant des revenus de la famille).

Le service dentaire scolaire de l'association intercommunale précitée pratique un point tarifaire subsidié par les 47 communes membres et identique pour tous les patients, quel que soit le niveau de revenu de leurs parents.

16 des 18 communes utilisant des barèmes ont finalement été interrogées en face à face selon le protocole. Deux ont refusé de participer à l'entretien en face à face, mais ont répondu par courriels aux vignettes que nous leur avons soumis ainsi qu'aux questions sur les montants dépensés en 2011.

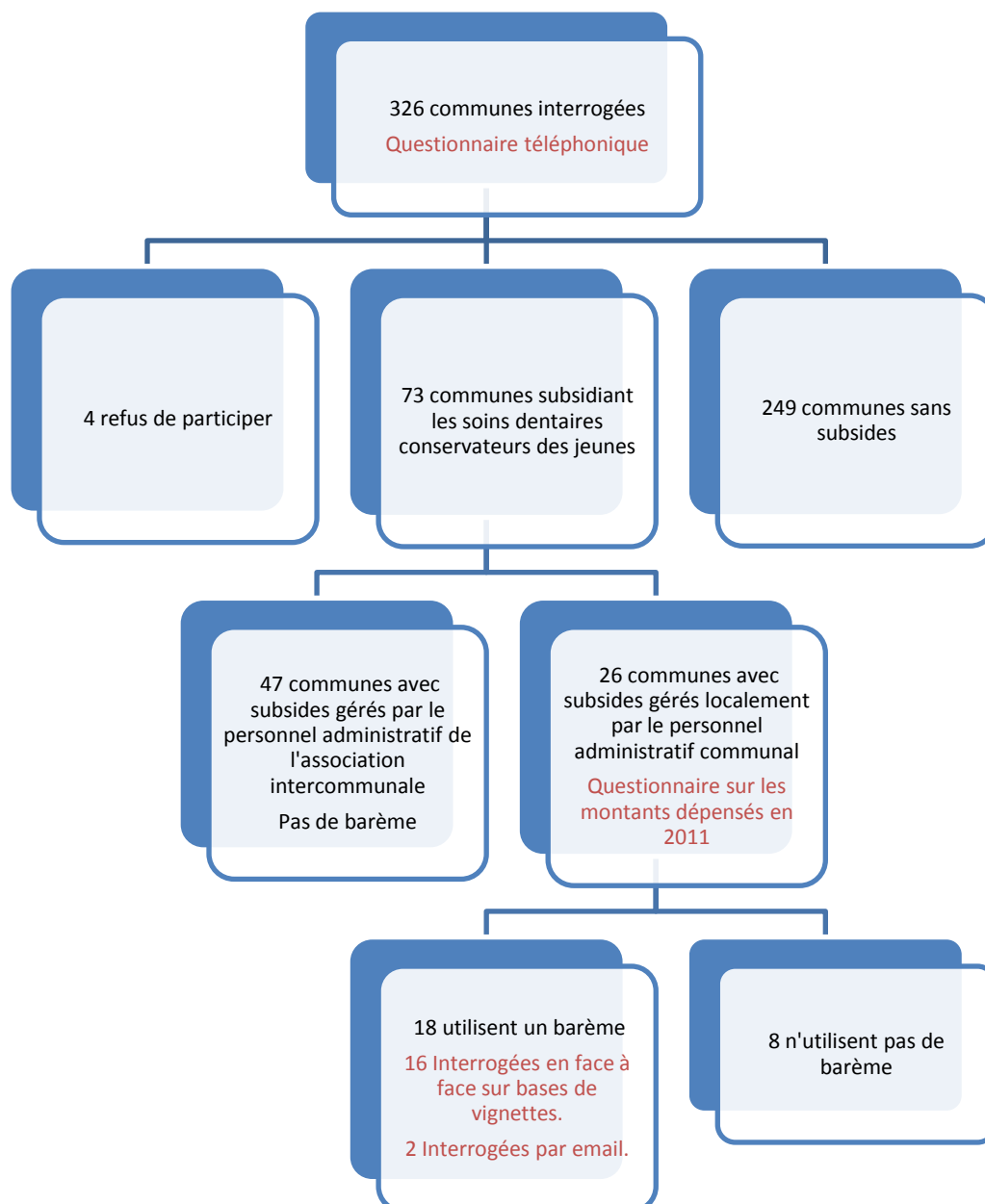


Figure 14. Procédures de collecte de données

4.5.1.2 Caractéristiques des programmes

Les caractéristiques principales des programmes de participation financière aux soins dentaires conservateurs sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5.

Principales caractéristiques des programmes	Proportion des communes concernées	
Communes subsidiant les soins dentaires conservateurs :	73 / 322	23%
<u>Modalité d'aide</u>		
Tiers payant exclusif	56 / 73	77%
Tiers payant et tiers garant	3 / 73	4%
Tiers garant exclusif	14 / 73	19%
<u>Critères de sélection</u>		
Scolarité obligatoire uniquement	69 / 73	95%
<u>Age</u>		
< 16 ans	1 / 73	1%
< 18 ans	1 / 73	1%
<20 ans	2 / 73	3%
Refus d'aide possible si négligence/soins non réalisés	6 / 72	8%
Participation au dépistage/certificat de dentiste privé	5 / 70	7%
Résidant depuis ≥ 1 an	4 / 72	6%
<u>Choix du prestataire</u>		
Restreint au service dentaire scolaire	55 / 73	75%
Libre choix du prestataire	18 / 73	25%
<u>Critères de calcul</u>		
Revenus	18 / 73	25%
Fortune	11 / 72	15%
Nombre d'enfants	14 / 73	19%
Famille monoparentale vs. Couple avec enfants	1 / 73	1%
Franchise/Min. à charge des parents	10 / 73	14%
Plafond	3 / 72	4%
Prise en compte des autres sources de financement (canton, assurance), principe de subsidiarité	58 / 73	79%

4.5.1.2.1 Modalité de l'aide

59/73 communes (81%) offrent leur participation financière sous la forme d'un tiers payant. Parmi celles-ci, trois disposent également d'un système de tiers garant pour les parents souhaitant faire soigner leur enfant par un dentiste n'appartenant pas au service dentaire scolaire. Les 14 communes restantes (19%) basent leur offre exclusivement sur un système de tiers garant.

Parmi les trois communes offrant à la fois un tiers payant et un tiers garant, le tiers payant était la principale modalité d'aide, le tiers garant étant réservé à des situations spécifiques, comme l'intervention de la commune de manière subsidiaire à une assurance, le choix d'un dentiste extérieur au service dentaire scolaire ou des demandes de remboursement de factures par les parents.

4.5.1.2.2 Critères d'accès

Les principaux critères d'accès aux aides communales sont le lieu de résidence et le stade de scolarité. Dans 69/73 communes (95%), les subsides ne sont donnés que pour les enfants en cours de scolarité obligatoire. Une commune subsidie les soins jusqu'à l'âge de 16 ans, une autre jusqu'à l'âge de 18 ans, et deux jusqu'à l'âge de 20 ans. Dans 4/72 communes (6%), les aides sont réservées aux familles résidant sur le territoire communal depuis un certain temps (1 ou 2 ans). Dans 6/72 communes (8%), une aide aux soins peut être refusée en raison d'une absence injustifiée au dépistage dentaire scolaire ou si les mesures préconisées par le dentiste scolaire n'ont pas été prises par les parents.

4.5.1.2.3 Le choix du prestataire

Dans 55/73 communes (75%), l'aide est restreinte aux soins prodigués dans le cadre du service dentaire scolaire. Dans les 18 autres communes (25%), les parents sont en mesure de choisir le prestataire de soins en dehors du service dentaire scolaire avec plus ou moins de liberté. Dans certaines de ces communes, des critères géographiques ou tarifaires limitent le choix.

4.5.1.2.4 Critères intervenant dans le calcul du montant de l'aide

Dans 18/73 communes (25%), le montant de l'aide attribuée est déterminé par un barème basé sur les revenus de la famille. La fortune est également prise en compte dans 11 d'entre elles. Dans 62/73 (85%) le calcul de l'aide attribuée ne prévoit aucune franchise ni plafond. 14/73 communes tiennent compte du nombre d'enfants dans la famille, mais seulement une commune offre une aide différenciée selon qu'il s'agisse d'une famille monoparentale ou avec deux parents.

4.5.1.2.5 Soins sous anesthésie générale

Nous n'avons trouvé qu'une seule commune où une aide serait attribuée pour des soins sous anesthésie générale sur simple application du règlement communal. Parmi les 55 communes où les subsides sont limités aux soins prodigués par le service dentaire scolaire, 51 ont répondu ne pas entrer en matière et 4 n'ont pas pu répondre à la question. Parmi les 18 communes permettant de choisir un prestataire en dehors du service dentaire scolaire, 3 ont déclaré qu'une décision serait prise au cas par cas et 12 n'ont pas pu répondre à la question.

La plupart des répondants interrogés sur ce point ont répondu n'avoir jamais été confrontés à cette situation. De plus, nous n'avons trouvé aucune mention spécifique à ce sujet dans les règlements des communes subsidiant les soins dentaires conservateurs.

4.5.1.3 Proportion de la population remplissant les critères d'âge et de lieu de résidence pour pouvoir bénéficier d'une participation communale.

Décrire les aides communales aux soins dentaires dans le canton de Vaud uniquement en termes de nombres de communes ne rendrait pas compte des importantes différences démographiques entre celles-ci. En effet, alors que seules 23% des communes vaudoises subsidient les soins dentaires conservateurs des enfants, nous estimons que 49% des enfants en cours de scolarité obligatoire résident dans ces communes. Concernant les enfants de 0 à 4 ans et les jeunes de 15 à 19 ans, 11% de cette population réside dans les quatre communes subsidiant les soins dentaires conservateurs dans cette tranche d'âge. Il est cependant important de garder à l'esprit que résider dans une commune subsidiant les soins dentaires n'entraîne pas automatiquement le droit à une aide. En effet, dans certaines communes s'ajoutent aux critères du lieu de résidence et de l'âge, d'autres critères notamment économiques.

4.5.1.4 Vignettes

4.5.1.4.1 Proportion de la population cible ayant droit à une aide

Pour chaque vignette clinique, à l'échelle du canton, les proportions des différentes populations cible ayant droit à une participation communale aux soins dentaires conservateurs sont présentées dans le tableau 10. Ces proportions sont donc le reflet du nombre de communes qui entrent en matière pour l'octroi d'un subside dans une situation donnée et du poids relatif de ces communes en termes d'habitants potentiellement concernés. Selon les vignettes, ces proportions vont de 29 à 50%, sauf pour les soins sous narcose pour lesquels un droit à des subsides communaux ne s'appliquerait que pour <6% des enfants au sein des différentes populations cibles.

4.5.1.4.2 Montant moyen de l'aide offerte (montants dus dans des situations théoriques)

La réduction moyenne des montants à charge des familles est présentée pour chaque vignette dans le tableau 11, et varie entre 26% et 38%.

Tableau 6. Vignettes : Proportion des populations considérée ayant droit à des aides communales

Situation dentaire				Situation familiale				
Cas	Age	Diagnostic	Montant du devis (Tarif SSO Point3.10-)	Parents:	1 parent		2 parents	
				Nombre d'enfants:	1 enfant	2 enfants	2 enfants	4 enfants
				Revenus annuels bruts:	60000	70000	70000	85000
				nets:	51000	59500	59500	72250
				imposables:	40700	47900	42900	53050
A	7ans	Détartrage, scellement de fissures (premières molaires définitives)	263,5 CHF (74 pts)	➔	31%	29%	48%	42%
B	10 ans	Traitement de plusieurs caries	1181,10 CHF (381 pts)	➔	32%	30%	50%	42%
C	4 ans	caries, collaboration impossible au fauteuil, soins sous narcose à l'hôpital de l'enfance (Lausanne)	3478,80 CHF (548 pts+ forfait anesthésie 3h CHF 1780)	➔	5%	5%	6%	0%

Tableau 7. Vignettes : Réduction moyenne des montants à charge des parents								
Situation dentaire				Situation familiale				
Cas	Age	Diagnostic	Montant du devis (Tarif SSO Point3.10-)	Parents:	1 parent		2 parents	
				Nombre d'enfants:	1 enfant	2 enfants	2 enfants	4 enfants
				Revenus annuels bruts:	60000	70000	70000	85000
				nets:	51000	59500	59500	72250
				imposables:	40700	47900	42900	53050
A	7ans	Détartrage, scellement de fissures (premières molaires définitives)	263,5 CHF (74 pts)	→	-32%	-28%	-25%	-27%
B	10 ans	Traitement de plusieurs caries	1181,10 CHF (381 pts)	→	-33%	-27%	-25%	-27%
C	4 ans	caries, collaboration impossible au fauteuil, soins sous narcose à l'hôpital de l'enfance (Lausanne)	3478,80 CHF au total (548 pts+ forfait anesthésie 3h CHF 1780)	→	-42%	-33%	-34%	n/a

4.5.1.4.3 Distribution des contribuables en fonction des montants restant à leur charge (situations théoriques)

Les montants restant à charge des parents après une éventuelle participation financière communale sont présentés dans les graphiques A1 à C4 en annexe de ce rapport.

Chaque commune y est représentée par une colonne dont la largeur représente le nombre de contribuables dans la situation familiale et économique (n° 1 à 4) décrite sur chaque vignette, et dont la hauteur représente le montant restant à la charge des parents pour les soins réalisés (A à C).

On peut observer la grande dispersion du montant des aides allouées en fonction des communes offrant des subsides.

4.5.1.5 Montants dépensés en 2011 (montants réels)

Les 26 communes administrant leurs subsides aux soins dentaires localement (indépendamment de toute association intercommunale), ainsi que l'association intercommunale gérant les subsides de ses communes membres ont été invités à répondre à des questions écrites sur les montants dépensés dans ce domaine en 2011.

Le montant total des dépenses des communes pour subsidier les soins dentaires conservateurs des jeunes de 0 à 18 ans s'élève approximativement à CHF 336'000.

Afin de pouvoir comparer les montants dépensés par les différentes communes vaudoises, en tenant compte des tailles respectives de leurs populations en âge de scolarité obligatoire, nous avons calculé un indice en divisant le montant total dépensé en 2011 par le nombre d'enfants d'âge scolaire résidant dans la commune (ayant reçu ou non des soins pendant l'année). Selon les communes, cet indice varie de CHF 37,2 à CHF 0,13 par enfant résidant.

4.5.2 Prestations d'orthodontie

322 des 326 communes vaudoises ont répondu à la question sur l'existence d'un programme communal d'aide financière aux prestations d'orthodontie. Elles nous ont permis d'identifier 25 règlements communaux. Aucun subside aux soins d'orthodontie n'était géré à l'échelon intercommunal.

Parmi les 25 communes avec un règlement accordant des subsides pour les soins d'orthodontie, 16 offrent également une participation financière aux soins dentaires conservateurs.

4.5.3 Information aux parents

Dans la plupart des communes, l'information relative à la possibilité d'une aide financière aux soins dentaires est diffusée par au moins une des méthodes suivantes :

- par affichage
- via une publication gratuite de la commune
- par distribution d'information écrite lors de l'inscription à l'école
- par distribution d'information écrite lors du dépistage dentaire scolaire.

Cependant cette information ne fait pas toujours l'objet de rappels.

Dans 6 des 73 communes participant aux soins conservateurs (6%), l'information n'est accessible que sur demande des parents. Cette partie de notre enquête s'adressant uniquement au personnel

communal, nous n'avons pas pu évaluer de manière plus détaillée dans quelle mesure l'information atteignait son public cible.

4.5.4 Obstacles rencontrés dans l'attribution de subsides aux soins dentaires

Les entretiens qualitatifs conduits dans les communes subsidiant les soins dentaires conservateurs selon des barèmes nous ont permis d'identifier certains obstacles rencontrés par le personnel chargé de les appliquer :

La difficulté d'estimer correctement les ressources financières réelles des familles est une source possible de mauvaise attribution des fonds disponibles. L'utilisation du revenu déterminant unifié est une mesure qui est citée par beaucoup comme une solution possible à ce problème. Par ailleurs, en l'absence d'information objective sur la couverture des soins par le canton ou par des assurances privées, la parole du demandeur est le seul critère pris en compte.

Enfin, nos répondants nous rapportent que dans leurs communes, le dépistage dentaire scolaire détecte chaque année des enfants aux bouches multicariées n'ayant pas été soignés malgré plusieurs dépistages positifs. Cette situation témoigne d'après certains de nos répondants des limites des programmes de subsides en place. Les montants des aides offertes ne sont parfois pas suffisants pour changer le comportement de recherche de soins des parents. Par ailleurs, d'autres obstacles peuvent exister. Parmi ceux qui sont le plus souvent mentionnés, figurent la barrière linguistique et les différences culturelles en termes de comportement de recherche de soins.

4.5.5 Obstacles à la mise en place de subsides pour les soins dentaires dans les communes n'en offrant pas actuellement.

Les entretiens conduits par téléphone dans toutes les communes vaudoises nous ont permis d'identifier certaines craintes et certaines réserves par rapport aux subsides aux soins dentaires :

La charge administrative et le coût élevé de ce service sont souvent mentionnés, particulièrement dans les petites communes n'étant pas en mesure de réaliser des économies d'échelle. L'attitude revendicatrice de certains nouveaux résidents venant de communes urbaines subsidiant les soins dentaires nous a été rapportée. Ces résidents ont souvent des attentes irréalistes, voulant obtenir les mêmes services que dans les villes sans avoir à payer plus d'impôts.

La rareté des demandes d'aide aux soins, en particulier dans les petites communes et dans les communes riches, fait que l'établissement d'un règlement n'est parfois pas jugé utile ou nécessaire. Ceci n'exclut cependant pas la possibilité d'entrer en matière pour certaines demandes qui sont alors appréciées au cas par cas.

Certains de nos répondants doutent de l'impact potentiel d'un système de subsides aux soins, citant comme facteurs limitants : (1) que l'obstacle économique n'est pas le seul, et (2) que l'offre de soins à l'étranger constitue une alternative bon marché aux soins réalisés en Suisse, probablement déjà utilisée par de nombreuses familles.

4.6 DÉPISTAGE DENTAIRE SCOLAIRE

4.6.1 Taux de réponse

76 des 95 dentistes interrogés (80%) ont répondu à cette enquête.

11 de ces 76 dentistes ont déclaré n'avoir pas participé au dépistage en 2011 et n'ont pas été soumis au reste du questionnaire. Les 65 dentistes restants couvrent les établissements scolaires recrutant leurs élèves dans 269 des 325 communes vaudoises dépendant du canton de Vaud pour le dépistage. Les élèves de la commune de Lavey vont à l'école à St-Maurice dans le canton du Valais.

4.6.2 Conditions de travail des dentistes scolaires

4.6.2.1 Lieu de travail et équipement

Le lieu de dépistage, le type de chaise utilisé et le type de lampe sont décrits dans le tableau 8. 38% des dentistes scolaires dépistant exclusivement à l'école disposent d'une lampe scialytique et d'une chaise dentaire.

Tableau 8.

Lieu de dépistage	Proportion des dentistes (n=65)
Cabinet dentaire	32%
Cabinet communal de dépistage	11%
Ecole	40%
Unité mobile	3%
Cabinet et école	14%
Total	100%

Tableau 9.

Type de chaise	Proportion des dentistes (n=63)
Chaise dentaire	63%
Chaise réglable en hauteur avec tête réglable	11%
Autre type de chaise	13%
Différents types selon le site	13%
Total	100%

Tableau 10.

Type de lampe	Proportion des dentistes (n=65)
Lampe scialytique	68%
lampe frontale/orientable	14%
Autre	9%
Différents types selon le site	9%
	100%

Tableau 11.

Equipement	Proportion des dentistes (n=65)
Sonde pour chaque élève	95%
Miroir pour chaque élève	98%
Installations suffisantes pour le lavage et la désinfection après chaque élève	74%
Air comprimé	60%
Dossiers individuels permettant de suivre chaque élève pendant sa scolarité	38%

4.6.2.2 Durée de l'examen

La durée moyenne de l'examen de dépistage est de deux minutes, selon l'estimation des dentistes, mais cette durée peut fortement varier selon les besoins individuels de chaque élève.

4.6.3 Taux de satisfaction

89% des dentistes s'estiment satisfaits de leurs conditions de travail dans le cadre du dépistage dentaire scolaire (51% tout à fait satisfaits, 38% plutôt satisfaits), contre 11% d'insatisfaits. A l'exception d'une personne, toutes celles qui s'estiment insatisfaites effectuent le dépistage à l'école, sans scialytique et sans chaise dentaire.

4.6.4 Obstacles rencontrés lors du dépistage

Un peu moins de la moitié des dentistes ont laissé des commentaires en texte libre sur les obstacles rencontrés dans leur pratique ou ont utilisé cette opportunité pour suggérer certaines mesures dans le but d'améliorer la qualité du dépistage.

Nous avons classé ces commentaires en trois grandes catégories : Les obstacles liés à certains parents bénéficiaires du service, ceux liés à l'organisation des services dentaires à la jeunesse et ceux liés à l'organisation du dépistage dentaire scolaire.

Les remarques les plus fréquentes sont résumées dans l'encadré ci-après:

Tableau 12.

Principaux obstacles évoqués par les dentistes scolaires dans le cadre du dépistage :

- A. Obstacles liés aux parents d'élèves
 - Confusion entre dépistage et contrôle
 - De nombreux enfants ne font pas d'autre contrôle
 - Attitude revendicatrice de certains parents
 - Manque de collaboration de certains parents
 - Soins non réalisés
 - Constat d'impuissance face à la négligence de certains parents
- B. Obstacle lié à l'organisation des services dentaires à la jeunesse
 - Travail insuffisant dans le domaine de la prophylaxie
- C. Obstacles liés à l'organisation du dépistage
 - Absence de suivi
 - Absence de dossiers individualisés
 - Statistiques
 - Formulaires pas fournis
 - Absence de rubrique pour l'orthodontie et pour l'hygiène
 - Informatisation souhaitable
 - Infrastructure
 - Insuffisante dans certaines écoles
 - Limitant l'efficacité et l'utilité des examens
 - Mauvaise position de travail
 - Collaboration parfois difficile avec les enseignants ou les directeurs d'établissement
 - Ponctualité
 - Ordre
 - Collaboration
 - Manque de temps
 - Temps perdu en déplacement
 - Rémunération insuffisante

4.6.5 Estimation du montant dépensé par les communes vaudoises pour le dépistage dentaire scolaire

Nous nous sommes basés sur un nombre approximatif de 80'000 élèves en cours de scolarité obligatoire (DFJC 2011).

Nous avons également utilisé les données d'une enquête non publiée sur le coût du dépistage, menée en 2012 par la SVMMD auprès de 65 médecins dentistes scolaires. L'information demandée aux participants comprenait le montant total facturé aux communes et le nombre d'élèves vus en 2011. La participation à cette enquête était de 32% et le coût moyen par élève (moyenne pondérée par le nombre d'élèves vus par chaque répondant) de CHF 20,4.

Nous estimons donc que le prix du dépistage dentaire scolaire dans le canton de Vaud avoisine les CHF 1'600'000/an.

4.7 PROPHYLAXIE

4.7.1 Liste des éducatrices

Notre recherche d'information sur les éducatrices en santé bucco-dentaire nous ont permis d'identifier neuf éducatrices actives sur le territoire cantonal.

4.7.2 Taux de réponse

Toutes les personnes contactées ont accepté de répondre à notre enquête.

4.7.3 Classes couvertes

Toutes nos répondantes visitent des classes enfantines et primaires. Seules 5/9 visitent également des classes secondaires.

4.7.4 Fréquence des visites

La fréquence de passage dans les classes enfantines est d'une à quatre fois par an selon les éducatrices. 6/9 visitent les classes deux fois par an ou plus.

La fréquence de passage dans les classes primaires est également d'une à quatre fois par an, mais seules 3/9 passent dans les classes deux fois par an ou plus.

4.7.5 Satisfaction

Toutes se déclarent satisfaites de leurs conditions de travail, cinq les qualifiant de très bonnes et quatre les qualifiant de plutôt bonnes.

4.7.6 Etablissements scolaires couverts

Notre enquête nous a permis d'identifier 31 établissements où se tiennent des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire. Ceci représente 36% des établissements publics de scolarité obligatoire.

Ces 31 établissements recrutent leurs élèves sur 85 des 326 communes que compte le canton. Les enfants d'une commune vaudoise sont scolarisés dans une commune valaisanne voisine et dépendent de celle-ci pour la prophylaxie dentaire scolaire.

Il s'agit d'une estimation « a minima » de la répartition territoriale de la prophylaxie, étant donné que nous ne pouvons pas avoir la certitude que notre liste de répondantes soit exhaustive. Par ailleurs, les séances de prophylaxie données par les infirmières scolaires ne sont pas représentées. Nous ne disposons pas d'information à ce sujet.

4.7.7 Résultats de la revue de littérature sur l'efficacité d'interventions de promotion de la santé bucco-dentaire

Nous n'avons pas trouvé de données probantes sur l'efficacité de programmes de promotion de la santé dentaire à l'école lorsque ces interventions étaient données de manière isolée (Kay and Locker 1998; Vanobbergen, Declerck et al. 2004; Revaz and Duperrex 2011). En effet, il y a peu de mise en évidence d'une réduction du taux de caries chez les enfants ayant suivi un programme de prophylaxie à l'école et en tout cas la mesure semble avoir un ratio coût/bénéfice faible (Kallestal, Norlund et al. 2003).

Pour offrir des mesures de promotion de santé bucco-dentaire efficaces, une approche ciblant les populations à risque est préconisée. Comme dans tout programme, l'effet obtenu est évidemment dépendant du taux de participation (Davies, Duxbury et al. 2007). Le défi consiste donc à la fois à

cibler de manière adéquate la population à risque et à réussir à obtenir un bon taux de participation. Il est clairement démontré que la prophylaxie devrait être orientée vers la population des enfants en âge préscolaire. Cette démarche devrait également permettre de dépister les enfants à risque plus tôt. Dans ce contexte, la participation des parents, et en particulier des mères, est importante. Idéalement, les mères devraient être sensibilisées dès leur grossesse et dans les premiers mois de la vie de leurs enfants. C'est une période où elles sont particulièrement réceptives aux messages ayant trait au bien-être de leur enfant. L'attention devrait également se diriger vers les mères elles-mêmes et les encourager à suivre un traitement dentaire si nécessaire car améliorer la santé bucco-dentaire des mères améliore la santé bucco-dentaire de leurs enfants (Grembowski, Spiekerman et al. 2007; Grembowski, Spiekerman et al. 2009; Milgrom, Sutherland et al. 2010; Weintraub, Prakash et al. 2010).

5 DISCUSSION

5.1 EPIDÉMIOLOGIE DE LA CARIE DENTAIRE ET ÉVALUATION DES BESOINS

La carie dentaire des enfants et des adolescents est un problème de santé publique important qui, en plus des conséquences immédiates sur la qualité de vie de l'enfant, a des implications de santé dentaire et générale qui s'étendent à l'âge adulte et à l'âge avancé.

Les données épidémiologiques des dernières décennies montrent une diminution considérable de la carie dentaire en Suisse et dans le monde. En Suisse, au cours des cinquante dernières années, l'indice CAOD à l'âge de 12 ans a diminué de 90% et la proportion des enfants de 12 ans sans caries est passée de 1% à 30%. Cependant, les progrès réalisés semblent avoir atteint un seuil. L'indice CAOD à l'âge de 12 ans s'est stabilisé dans les 15 dernières années autour de 1. Par ailleurs, la carie précoce de l'enfance reste un défi majeur, des lésions (caries initiales comprises) touchant 25% des enfants de 2 ans. Enfin, la diminution 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%.

Pour franchir le seuil auquel se sont stabilisés les indices carieux depuis quelques années, il est essentiel de placer ces disparités au centre de la réflexion sur l'organisation des services dentaires à la jeunesse. Les causes de ces disparités sont encore largement méconnues. La littérature internationale indique une association entre le risque de carie et le statut socio-économique ainsi que de grandes variations dans les indices carieux d'un pays à l'autre. Les données de prévalence suisses proviennent essentiellement de Suisse alémanique. Elles comportent certaines informations sur la santé dentaire des migrants mais peu sur le lien entre le statut socio-économique et le risque de caries chez l'enfant (documenté par ailleurs dans de nombreuses études internationales). Ces questions mériteraient d'être approfondies afin de déterminer les besoins réels de la population et afin de développer des stratégies de prévention adaptées. Dans le canton de Vaud, jusqu'à présent nous ne disposons pas de données sur la santé dentaire des jeunes provenant d'un échantillon représentatif de la population de 0 à 18 ans.

L'étude LEDA (Lausanne early decay assesment) menée par le Service de Stomatologie et médecine dentaire (SMD) de la PMU a permis d'examiner 500 enfants âgés de 36 à 72 mois sélectionnés via la salle d'attente du service des urgences de la PMU (patients tous motifs de consultation confondus ou proches de patients). Un examen dentaire a été réalisé et un questionnaire standardisé pour l'évaluation de quatre caractéristiques socio-économiques (niveau d'éducation, activité professionnelle, compétences linguistiques et revenu familial) a été administré. Cette étude cherche à examiner si une association peut être observée entre le statut socio-économique et le compte de caries, CPE incluses. Les résultats seront publiés prochainement et devront être pris en compte dans la réflexion qui occupe le canton de Vaud.

Les frais générés par les soins dentaires et l'absence de couverture par l'assurance maladie obligatoire rendent l'accès aux soins difficiles pour certaines familles. Le problème du renoncement aux soins dentaires pour raisons économique a été documenté chez l'adulte à Genève. L'ampleur du problème et de ses conséquences dans la population âgée de 0 à 18 ans n'est pas connue. Les frais dentaires élevés encourus par certaines familles présentent pour ces dernières un risque de basculement dans la précarité qui, à notre connaissance, n'a pas été investigué.

Un renoncement aux soins entraîne une aggravation des pathologies bucco-dentaires pour l'individu avec des conséquences lourdes sur la santé des enfants et sur les soins qui en découleront. D'autre part, certains parents en position de précarité financière font traiter leurs enfants à l'étranger, en général dans leur pays d'origine où le coût des traitements est moins élevé. Cela peut avoir des

conséquences sanitaires importantes sur la santé de l'enfant car les délais de prise en charge sont plus longs (traitement reporté parfois de plusieurs mois) et peut parfois exposer l'enfant à des risques sanitaires si les standards suffisants de soins et d'hygiène ne sont pas garantis.

Les données de renoncement aux soins, doivent être interprétées avec prudence. S'il s'agit de données collectées au cabinet dentaire, un biais de sélection est probable, dû à l'exclusion des personnes ayant renoncé non seulement aux soins mais aussi à consulter un dentiste. Ce biais causerait une sous-estimation du taux de renoncement réel. S'il s'agit de données collectées dans le cadre d'une enquête téléphonique, un biais de sélection est également probable dû à l'exclusion des personnes ne maîtrisant pas bien les langues officielles suisses. Ce biais de sélection causerait une sous-estimation des disparités en termes de renoncement entre les personnes nées en Suisse et celles nées à l'étranger.

Soulignons que le renoncement aux soins suppose la conscience d'un besoin de soins de la part de la personne, elle-même influencée par des facteurs socioculturels et par l'utilisation de services dentaires (diagnostic). De plus, indépendamment de la perception d'un besoin de soins, le concept de renoncement peut être compris différemment selon le statut socio-économique du répondant (Després, Dourgnon et al. 2011). Enfin, il s'agit d'un domaine dans lequel les disparités sont grandes. Dès lors, il convient de concentrer notre attention sur les groupes à risque et sur les différences plutôt que sur des valeurs moyennes dans la population générale.

5.2 EVALUATION DE L'OFFRE ACTUELLE ET ADÉQUATION AUX BESOINS

En matière de prévention primaire, bien qu'inscrit dans le règlement sur la santé scolaire vaudois et incombant normalement aux communes, l'offre en matière d'éducation à la santé bucco-dentaires est actuellement limitée à la scolarité obligatoire, et ceci dans une minorité 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.

En termes de prévention secondaire, à quelques exceptions près (p.ex. contentieux entre une commune et un dentiste scolaire, ou cas d'un dentiste scolaire n'ayant pas pu être remplacé), le dépistage dentaire scolaire est réalisé annuellement dans toutes les écoles vaudoises de l'enseignement public obligatoire. Notre enquête s'est limitée à un bref questionnaire aux dentistes scolaires sur leurs conditions de travail habituelles et sur leur niveau de satisfaction. Ils étaient également invités à s'exprimer sur les obstacles rencontrés dans le cadre du dispositif de dépistage actuel. Il est possible que les conditions de travail et le niveau de satisfaction des non-participants diffère de ceux des personnes ayant participé, mais en raison du taux de participation élevé (80%), nous ne pensons pas qu'un biais de sélection ait pu affecter profondément nos résultats.

Nos données montrent de grandes variations dans les conditions de travail des dentistes scolaires, certains réalisant l'examen au moyen d'une lampe de poche et d'une chaise d'écopier, d'autres disposant pour le dépistage d'un cabinet dentaire entièrement équipé. Il est à noter que la plupart des dentistes interrogés ne disposent pas de dossiers dentaires individuels par élève, rendant difficile le suivi personnalisé des élèves. Certains des répondants ont exprimé des doutes par rapport à l'utilité et à l'efficacité du dépistage dans les conditions dans lesquelles ils le pratiquent, principalement en raison d'une infrastructure insuffisante, de l'absence de dossiers individuels et de la confusion chez certains parents entre dépistage et contrôle entraînant un renoncement à la visite préventive annuelle recommandée chez tout enfant. D'autres répondants ont exprimé leur frustration face aux cas d'enfants se présentant d'année en année avec les mêmes caries non soignées.

Fondamentalement, comme pour tout programme de dépistage, la validité du programme de dépistage dentaire scolaire doit être évaluée selon les normes internationales en vigueur (Wilson and Jungner 1968).

The Wilson-Jungner criteria for appraising the validity of a screening programme

1. The condition being screened for should be an important health problem
2. The natural history of the condition should be well understood
3. There should be a detectable early stage
4. Treatment at an early stage should be of more benefit than at a later stage
5. A suitable test should be devised for the early stage
6. The test should be acceptable
7. Intervals for repeating the test should be determined
8. Adequate health service provision should be made for the extra clinical workload resulting from screening
9. The risks, both physical and psychological, should be less than the benefits
10. The costs should be balanced against the benefits

World Health Organisation 1968

Les critères 8 à 10 posent principalement problème :

8) Les soins dentaires génèrent des coûts et ne sont pas subventionnés pour la plupart des habitants du canton. Une barrière à l'accès aux soins peut donc subsister et poser la question de l'adéquation de l'offre une fois pris en compte les montants qui restent à la charge des familles. On peut craindre un risque de discontinuité entre la détection et le traitement.

9) En cas de dépistage négatif il y a de fortes raisons de craindre que les parents renoncent à la visite préventive annuelle recommandée chez tous les enfants. Cette visite est l'occasion de réaliser un examen attentif, une évaluation du risque carieux parfois suivi de radiographies et de poser des actes de prévention primaire comme l'application d'une laque fluorée ou le scellement de sillons dentaires. A cette opportunité perdue s'ajoute, dans le cas de faux négatifs, un délai inutile dans la prise en charge et la possible aggravation des lésions carieuses.

En cas de dépistage positif, un besoin de soins est signalé aux parents. Si ce besoin de soins n'est pas confirmé lors de la consultation dentaire, il peut en résulter une incompréhension de la part des parents et une perte de confiance dans le service dentaire scolaire.

10) Les seuls enfants susceptibles de bénéficier du dépistage sont ceux pour qui les parents renoncent à la visite dentaire préventive annuelle recommandée chez tout enfant (et continueraient à y renoncer même si un examen de dépistage n'était pas offert à leur enfant). Encore faut-il, pour que l'enfant bénéficie du dépistage qu'il soit porteur de lésions carieuses détectables à l'examen visuel rapide et que ce dépistage positif soit suivi de soins. Malheureusement, il est à craindre que les parents renonçant systématiquement à la visite dentaire préventive pour leurs enfants soient plus susceptibles que d'autres de renoncer aussi aux soins. Les cas d'enfants identifiés comme "bouches négligées" se trouvent typiquement dans cette situation et se présentent annuellement au dépistage avec les mêmes lésions carieuses non traitées. Il s'agit souvent de situations sociales complexes s'apparentant parfois à de la maltraitance et pour lesquelles le dépistage seul n'offre pas de solution.

Depuis la publication des critères classiques de Wilson et Jungner il y a plus de quarante ans, de nouveaux critères ont émergé et leur importance est maintenant reconnue internationalement (Andermann, Blancquaert et al. 2008). S'il devait être maintenu, le programme de dépistage dentaire bénéficierait d'être réorganisé à la lumière de ces critères, de manière à fournir une meilleure continuité avec le diagnostic dentaire et les soins, et de manière à prévenir le renoncement à ces services. Le nouveau programme devrait reposer sur des méthodes dont l'efficacité ait été prouvée. Il devrait inclure un système d'évaluation périodique et de contrôle de qualité. L'autonomie des patients devrait

également être respectée. L'obligation pour les parents de soumettre leurs enfants au contrôle devrait être remise en question. Le UK National Screening Committee utilise des critères très proches des critères OMS, mais organisés en fonction de quatre axes (l'affection, le test, le traitement et le programme de dépistage) facilitant l'analyse de validité des programmes de dépistage (<http://www.screening.nhs.uk/>)

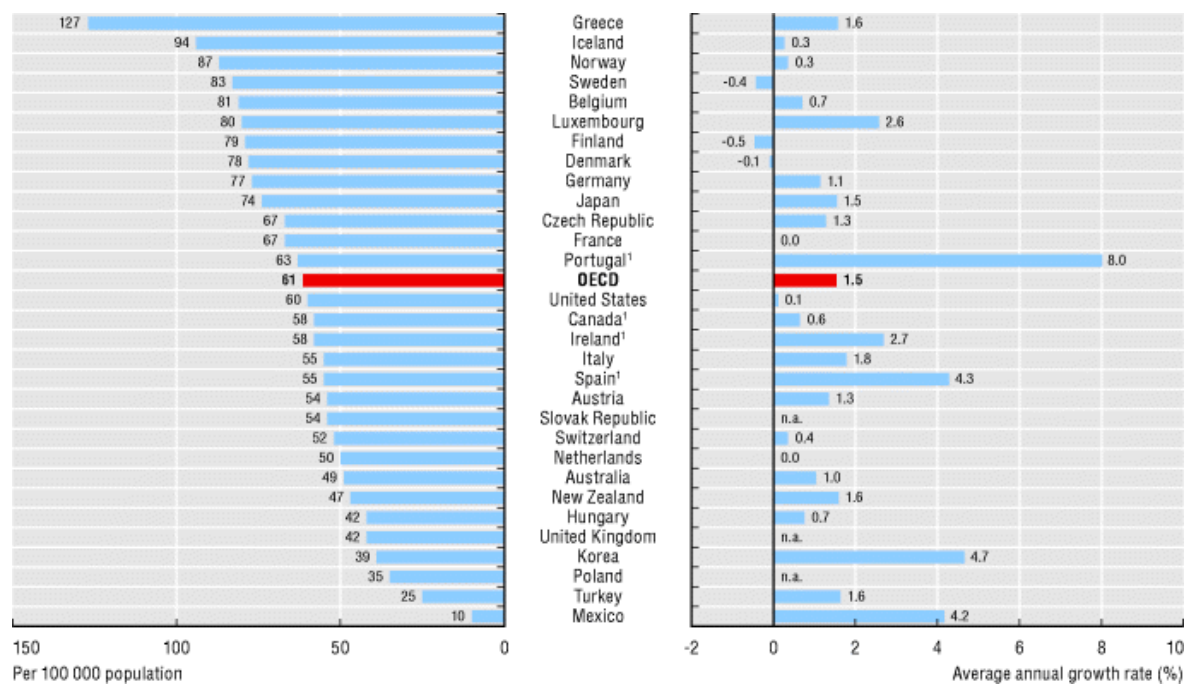
Synthesis of emerging screening criteria proposed over the past 40 years

- The screening programme should respond to a recognized need.
- The objectives of screening should be defined at the outset.
- There should be a defined target population.
- There should be scientific evidence of screening programme effectiveness.
- The programme should integrate education, testing, clinical services and programme management.
- There should be quality assurance, with mechanisms to minimize potential risks of screening.
- The programme should ensure informed choice, confidentiality and respect for autonomy.
- The programme should promote equity and access to screening for the entire target population.
- Programme evaluation should be planned from the outset.
The overall benefits of screening should outweigh the harm.

Offre en matière de soins dentaires:

Sur base des chiffres fournis par le service de la santé publique (autorisations de pratique des dentistes indépendants) et par les cliniques dentaires (dentistes dépendants non soumis à une autorisation de pratique) la densité des dentistes dans le canton de Vaud avoisinant les 84 dentistes / 100000 habitants. Ce chiffre doit cependant être interprété avec prudence. En effet nous ne disposons d'aucune information sur les dentistes travaillant à titre dépendant dans des cabinets privés. De plus, nous n'avons pas pu exclure les dentistes ayant cessé leur activité dans le canton, la base de données du SSP n'étant pas mise à jour automatiquement. Selon les données accessibles au public sur le Portail Statistique Suisse (OFS 2012) mais calculées sur base des dentistes membres de la SSO et des non-membres reconnus par les assurances sociales est de 48 dentistes/100000 habitants pour 2011, soit légèrement moins que la moyenne fédérale de 52 dentistes/100000 habitants. Selon les données de l'OCDE (2009), comptant les dentistes actifs salariés et indépendants (sauf pour le Canada, l'Irlande, le Portugal et l'Espagne ayant fourni des chiffres basés sur le nombre d'autorisations de pratique mais pouvant comprendre des dentistes ayant cessé leur activité), la densité de dentiste en Suisse est de 52/100000 habitants contre une moyenne de 61/100000 pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

Figure 15. Evolution du nombre de dentistes par 100000 habitants, 1990-2007 (ou année la plus proche)



(source : <http://www.oecd-ilibrary.org>)

Certains services dentaires scolaires offrent également des soins. Nous n'avons pas pu tous les dénombrer, notre enquête s'étant concentrée sur les communes fournissant des soins à un tarif subsidié. Ces services dentaires scolaires offrent souvent l'avantage d'une plus grande proximité particulièrement en zone rurale. D'autres avantages notables sont la continuité entre le dépistage et la suite de la prise en charge, ceux-ci étant réalisés par le même dentiste, souvent dans les mêmes installations et à des tarifs généralement bas, parfois subventionnés.

La principale source de subsides aux soins dentaires des jeunes est le canton, par le biais du revenu d'insertion et des PC familles. Pour les familles dont le niveau de revenus ne donne pas droit à une aide cantonale, l'offre d'aides financières aux soins dentaires des enfants est très variable selon l'âge et le lieu de résidence : 49% des enfants et adolescents en âge de scolarité obligatoire résident dans des communes disposant de subsides aux soins dentaires couvrant cette tranche d'âge, mais cette proportion s'abaisse à 11% pour les enfants de 0 à 4 ans et de 15 à 19 ans. De plus, là où des barèmes régulent l'administration de ces subsides, les taux de participation les plus élevés sont réservés aux familles avec très peu voire pas de revenus. Cette partie du barème n'est normalement pas appliquée puisque ces familles bénéficient déjà d'une couverture des soins dentaires par le canton. Les familles pour lesquelles l'obstacle financier est le plus grand (celles ayant des revenus trop élevés pour avoir accès au revenu d'insertion mais suffisamment bas pour se trouver à risque de précarité) sont souvent peu voire pas couvertes par les barèmes communaux. On note aussi de grandes disparités régionales avec une moins bonne couverture dans les communes rurales qu'en agglomération. Sauf dans une commune, les familles monoparentales n'ont pas accès à davantage d'aide que les familles avec deux parents. Le choix du dentiste est dans la plupart des communes restreint au service dentaire scolaire. Certaines communes n'informent pas activement le public de l'existence de subsides communaux dont pourraient bénéficier leurs enfants pour la réalisation de soins dentaires. Enfin, la quasi inexistence de subsides aux soins sous anesthésie générale appelle à la réflexion. Bien qu'il s'agisse de situations peu fréquentes, elles représentent pour les familles un obstacle financier important susceptible d'entraîner un renoncement au soin ou de faire basculer la famille dans la précarité.

Les initiatives communales parvenant à offrir plus d'équité dans l'accès des jeunes à la santé dentaire méritent d'être saluées. Cependant, leurs actions se limitent naturellement à leurs frontières et n'ont pas d'effet sur les inégalités géographiques en termes d'accès à l'échelle du canton. Il faut également souligner que leurs modèles ne sont pas toujours transposables à d'autres communes. Il est plus aisé par exemple pour de grandes communes d'instaurer un système de subsides aux soins dentaires, en raison des économies d'échelles qu'elles peuvent réaliser. Les communes subsidiant les soins dentaires à la jeunesse alimentent de leur expérience la réflexion sur l'accès des jeunes à la santé dentaire et peuvent présenter des modèles utiles à d'éventuelles futures interventions dans ce domaine à l'échelle du canton.

5.3 PISTES ENVISAGEABLES POUR AMELIORER LE DISPOSITIF EN FAVEUR DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES DE 0 A 18 ANS DANS LE CANTON DE VAUD

Les pistes envisageables pour améliorer le dispositif existant en faveur de la santé bucco-dentaire des jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud sont basées sur quatre axes :

- Mise en place de mesures de prévention précoces
- Réflexion autour du dépistage et de la prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire
- Amélioration de l'accès aux soins
- Développement de programmes de recherche

5.3.1 Effectuer des mesures de prévention précoces :

La promotion de la santé bucco-dentaire devrait se faire dès les premiers mois de la vie (Menghini and Steiner 2003) voire même durant la période anténatale (HAS 2010) :

- Information sur la santé bucco-dentaire transmise aux femmes enceintes par l'intermédiaire des gynécologues. Elle porterait sur des conseils d'hygiène bucco-dentaire, sur l'utilisation du fluor et sur des conseils concernant l'alimentation et la prévention de la carie précoce de l'enfance (CPE) notamment. Il s'agit d'une période importante où la femme est particulièrement attentive aux conseils de santé pour son enfant.
- Suivi de la santé bucco-dentaire des mères pendant la période périnatale, car l'amélioration de leur santé bucco-dentaire améliore celle de leur enfant en permettant d'éviter notamment la transmission d'une flore buccale pathogène.
- Après la naissance, dès les premiers mois de la vie:
 - Messages de prévention via les pédiatres et les infirmières en puériculture.
 - Examen dentaire au 12^{ème} mois au plus tard permettant de dépister les enfants à risque (plaque dentaire visible à l'examen, interrogatoire mettant en évidence des habitudes alimentaires néfastes, déterminants sociaux identifiant des populations à risque).
 - Développer la prévention dans les structures préscolaires (crèches) afin d'encourager la mise en route de pratique saines d'hygiène bucco-dentaires : réalisation de brossage quotidien avec un dentifrice fluoré, encouragement à la consommation limitée de produits sucrés et utilisation de sel fluoré (Menghini and Steiner 2003).

- Créer le lien précoce avec un dentiste car il permet de réduire les risques de survenue de caries et de réduire les coûts engendrés (Savage, Lee et al. 2004). Ce lien précoce permet également de lever les appréhensions qui entourent encore souvent les actes délivrés par les médecin-dentistes. Le recours régulier au médecin-dentiste constitue en soi une prévention de la carie dentaire (HAS 2010). Dans ce contexte, permettre à tout enfant d'avoir accès aux consultations dentaires est primordial.

5.3.2 Réflexion autour du dépistage et de la prophylaxie bucco-dentaire en milieu scolaire

- En ce qui concerne l'éducation à la santé bucco-dentaire dans les écoles, il est impossible sur base de la littérature actuelle de distinguer son efficacité préventive réelle de celle des autres mesures préventives auxquelles elle est habituellement associée dans les études interventionnelles. Une étude observationnelle auprès de recrues suisses n'a pas trouvé de différence significative entre les indices DMFT des personnes scolarisées en Suisse germanophone (très active en matière d'éducation à la santé dentaire à l'école) et en Suisse francophone (Menghini, Steiner et al. 2010).
- Dans le cadre de la réflexion sur l'éducation à la santé dentaire dans les écoles, il convient de distinguer le canal de communication que représente l'école du contenu des séances d'éducation à la santé dentaire en tant que tel. L'école est le moyen le plus direct d'approcher les enfants et leurs parents, indépendamment de leur comportement de recherche de soins. C'est donc un canal de communication important pour véhiculer un message de prévention de la carie dentaire. L'importance de l'éducation à l'hygiène alimentaire et dentaire dans la prévention de la carie ne fait aucun doute, cependant l'efficacité d'un programme d'éducation à la santé dentaire à l'école dépend également de ce qui se fait déjà notamment par les parents, les dentistes et les pédiatres, dans la population générale en dehors de l'école. Plus l'hygiène dentaire d'une population est bonne, plus petit sera le bénéfice escomptable d'une intervention supplémentaire par le biais de l'école. Il est donc particulièrement important que le contenu de l'éducation à la santé dentaire soit adapté aux besoins spécifiques de la population. En regard des problèmes identifiés dans ce rapport concernant l'épidémiologie de la carie, le dépistage scolaire et l'accès aux soins dentaires dans le canton de Vaud, voici quelques pistes pour l'amélioration de l'éducation à la santé dentaire dans les écoles :
 - Une harmonisation des pratiques à travers de canton serait souhaitable.
 - Une information écrite devrait être distribuée aux parents dans leur langue maternelle.
 - Il serait souhaitable d'y rappeler l'importance pour chaque enfant d'avoir un dentiste attitré chez qui est réalisé un contrôle dentaire annuel, quels que soient les résultats du dépistage dentaire scolaire.
 - Cette information aux parents devrait aussi contenir des renseignements sur les subsides dont ils pourraient bénéficier pour la réalisation de soins. Une étude observationnelle auprès de recrues suisses n'a pas trouvé de différence significative entre les indices DMFT des personnes scolarisées en Suisse germanophone (très active en matière d'éducation à la santé dentaire à l'école) et en Suisse francophone.

- Il y a de sérieuses raisons de douter de l'efficacité du programme de dépistage dentaire scolaire tel qu'il est pratiqué actuellement. Afin de favoriser un véritable contrôle dentaire chez le dentiste, une piste à explorer serait le remplacement de l'examen de dépistage par une visite annuelle au cabinet dentaire. Dans certaines communes du Canton de Zürich les parents reçoivent un bon pour un contrôle dentaire annuel auprès du dentiste de leur choix pour leurs enfants pendant toute la scolarité obligatoire. Dans le cadre de ce contrôle, des radiographies de type bitewing peuvent être réalisées (en fonction du risque carieux). Elles ne sont effectuées à une fréquence d'une fois par année que chez les enfants à risque (Steiner, Buhlmann et al. 2011).
- Calcul du coût pour le canton de Vaud du remplacement du dépistage par un contrôle annuel chez le dentiste durant la scolarité : pour un enfant, le coût d'un contrôle annuel chez le dentiste est de CHF 43,40 à 77,50 (dépendant de la réalisation ou non de radiographies de contrôle) pour une valeur de point appliquée de CHF 3,10. Si le dépistage était remplacé par une visite de contrôle annuelle, le coût par élève de l'entièreté d'un programme comprenant 11 contrôles, dont 4 incluant la réalisation de radiographies s'élèverait à CHF 613,8. En multipliant cette somme par le nombre moyen d'enfant par classe d'âge d'un an dans le canton de Vaud, nous obtenons une estimation du coût total d'un tel programme à l'échelle du canton (en supposant 100% de participation) de CHF 4'854'000/an.
- Dans l'hypothèse du maintien du dépistage, des mesures pourraient être envisagées afin d'offrir une meilleure continuité des soins dentaires :
 - Mesures d'encouragement à recourir à la visite préventive chez le dentiste pour un contrôle annuel, en plus de l'examen de dépistage.
 - Mesures facilitant l'accès aux soins dentaires, comme un élargissement des subsides.
 - Systématisation d'un suivi individualisé des dossiers dentaires, afin d'identifier les enfants restés sans traitement d'une année à l'autre et de proposer des mesures d'accompagnement aux familles concernées.

5.3.3 Améliorer l'accès aux soins :

- Des mesures pourraient être envisagées afin d'offrir une meilleure continuité entre l'examen dentaire et les soins de caries, afin de réduire les disparités économiques et régionales dans l'accès aux soins, et afin de maximiser les bénéfices du dépistage. Différentes pistes pourraient être explorées:
 - Elargissement des subsides aux soins dentaires à des revenus plus élevés et couvrant les jeunes de la naissance à la majorité.
 - Harmonisation des pratiques en matière de subsides à l'échelle cantonale afin de réduire les disparités géographiques dans l'accès aux soins.
- Elaboration d'une stratégie de communication sur les aides disponibles qui soit efficace auprès de son public cible (en recourant aux différentes approches propres au domaine de la santé communautaire), sans omettre les migrants, les personnes à faible niveau de littératie et les familles à bas niveau de revenu.

- Elaboration de procédures de demande simples et claires, facilitant l'accès à ces aides.
- Mise en place d'un dispositif pour la prise en charge multidisciplinaire des enfants présentant un état bucco-dentaire très dégradé qui inclurait la dimension psychosociale.
- Envisager la mise en place d'un programme pilote permettant une évaluation du rapport coût-efficacité des mesures proposées avant d'être éventuellement adoptées, adaptées ou rejetées à l'échelle du canton.

Evaluation du coût de l'élargissement de la prise en charge des frais liés aux soins dentaires des enfants :

En 2011, dans le canton de Vaud, CHF 1'475'000 de subsides aux soins dentaires des jeunes ont été dépensés dans le cadre du RI, des Prestations complémentaires, de l'EVAM et des communes pour les traitements dentaires conservateurs. Les montants dépensés via d'autres prises en charge (notamment dans le cadre des infirmités congénitales AI) ne sont pas repris dans ce total.

Tableau 13 Subsides annuels aux soins dentaires conservateurs des jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud	
Organisme	Montant (CHF/an)
Revenu d'insertion	739'000
PC AVS/AI	100'000
EVAM	296'000
Communes	340'000
Total	1'475'000

Pour donner une approximation des montants que représenterait la transposition des modèles d'autres cantons au canton de Vaud (montants des frais dentaires uniquement, sans couverture des soins d'orthodontie), nous avons multiplié les montants dépensés dans ces cantons par un facteur correspondant au ratio de la population scolaire vaudoise sur la population scolaire de ces cantons :

Nous estimons ainsi que l'application du modèle genevois basé sur l'application d'un barème coûterait deux millions de francs par an et que l'application du modèle valaisan (-40% pour tous sur les soins dentaires conservateurs indépendamment des revenus) coûterait quatre millions de francs par an.

En procédant de la même manière, nous estimons que si le modèle de la commune vaudoise dépensant le plus par habitant en subsides aux soins dentaires était étendu à l'ensemble du canton (-80% pour tous en tiers payant, moins une cotisation) ceci générerait un coût total de huit millions par an.

Ces projections doivent être interprétées avec prudence puisqu'elles assument qu'aucune différence n'existe entre les populations de ces modèles en terme de prévalence et de comportement de recherche de soins.

Tableau 14 Coût attendu de l'adoption dans le canton de Vaud de différents modèles de subsides aux soins dentaires des jeunes			
Modèles	montants des subsides aux soins dentaires conservateurs (CHF)	Ratio pop. pédiatrique vaudoise sur pop. pédiatrique modèle	projections pour le canton de Vaud (CHF)
Valais (taux fixe : 40%)	1'693'632	2.5	4'234'080
Genève (barème)	1'254'100	1.6	2'067'336
Commune vaudoise sélectionnée (taux fixe : 80%, moins une cotisation)	71'200	109	7'760'800

5.3.4 Développer un programme de recherche:

- Etude de prévalence sur la carie dentaire chez les jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud et élaboration d'un modèle de prédiction du risque carieux (incluant SSE, origine, et testant d'autres facteurs prédictifs potentiels). Ceci pourrait se faire au moyen d'une étude transversale recrutant un échantillon représentatif de la population du canton. Une telle étude serait utile au développement de stratégies de prévention ciblées sur les enfants à haut risque carieux.
- Etude sur le comportement de recherche de soins dentaires pour les enfants et l'acceptabilité des messages de prévention de la carie dentaire dans la population en fonction du statut socio-économique, du niveau d'éducation et du lieu de naissance. Sur cette base un modèle de prédiction du risque de renoncement aux soins pourrait être développé. Une telle étude serait utile au développement de stratégies visant à améliorer la participation des publics cible aux programmes de prévention et à améliorer le taux d'utilisation des services dentaires.

5.4 POINTS FORTS ET LIMITES DE CE RAPPORT

Nous avons interrogé les 326 communes vaudoises et avons obtenu un excellent taux de participation. L'utilisation de vignettes cliniques et socio-économiques nous a permis de créer une base de comparaison identique pour chaque commune, et de focaliser notre attention sur les situations non couvertes par les subsides cantonaux.

Tous les dentistes scolaires et toutes les éducatrices en santé bucco-dentaire que nous sommes parvenus à identifier ont été invités à participer. Nous avons également obtenu un très bon taux de participation de leur part. Une limite de ces deux enquêtes est que l'information collectée concerne les conditions de travail habituelles des répondants, l'unité d'analyse étant le répondant et non l'établissement scolaire. Or les conditions de travail pour un même répondant peuvent varier d'une

école à l'autre. Il faut également signaler que nos données ne reposent pas sur une observation directe des conditions de travail mais sur les réponses (subjectives) de nos répondants.

Une limite générale des données que nous avons collectées consiste dans le fait qu'elles proviennent uniquement du côté « fournisseur » des services dentaires et des subsides, sans collecte de données du côté « utilisateur ».

Enfin, notre évaluation de l'épidémiologie de la carie est limitée par le manque de données vaudoises sur la prévalence de la carie dentaire ainsi que sur l'utilisation des services de santé dentaire.

Note : Les figures empruntées à d'autres publications ont été reproduites avec l'accord des auteurs et des éditeurs concernés.

RÉFÉRENCES

- Andermann, A., I. Blancquaert, et al. (2008). "Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years." Bull World Health Organ **86**(4): 317-319.
- Bauer, G. F., C. A. Huber, et al. (2009). "Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women." International journal of public health **54**(1): 23-30.
- 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.
- Bouferrache, K., S. Pop, et al. (2010). "Le pédiatre et les dents des tout petits." Paediatrica **21**: 14-20.
- Carlsson, P. and J. R. Stjernswärd Oral Health Database, Centre for Oral Health Sciences, Malmö University, Sweden. <http://www.mah.se/CAPP/>.
- 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.
- Cheng, N. F., P. Z. Han, et al. (2008). "Methods and software for estimating health disparities: the case of children's oral health." Am J Epidemiol **168**(8): 906-914.
- Christensen, L. B., P. E. Petersen, et al. (2010). "Oral health in children in Denmark under different public dental health care schemes." Community Dental Health **27**(2): 94-101.
- Davies, G. M., J. T. Duxbury, et al. (2007). "Challenges associated with the evaluation of a dental health promotion programme in a deprived urban area." Community Dental Health **24**(2): 117-121.
- Després, C., P. Dourgnon, et al. (2011). "Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique." IRDES - Questions d'économie de la santé(169): 1-7.
- DFJC (2011). "Recensement scolaire."
- FCF (2010). Fonds cantonal pour la famille, Rapport de gestion.
- Folliguet, M. (2006). Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans, Direction Générale de la Santé.
- Galobardes, B., A. Morabia, et al. (2000). "Statut socio-économique: un facteur de risque indépendant." Revue Médicale Suisse(684).
- Grantmakers In Health, W., D.C., USA. (2001). "Filling the gap: strategies for improving oral health." Issue Brief **16**(10): 1-42.
- Grembowski, D., C. Spiekerman, et al. (2007). "Disparities in regular source of dental care among mothers of medicaid-enrolled preschool children." Journal of Health Care for the Poor and Underserved **18**(4): 789-813.
- Grembowski, D., C. Spiekerman, et al. (2009). "Linking mother access to dental care and child oral health." Community Dentistry and Oral Epidemiology **37**(5): 381-390.
- HAS (2010). Recommandations en santé publique - stratégie de prévention de la carie dentaire, argumentaire, Haute autorité de santé (France).
- Hess, R. and P. Suter (2008). "Suivi des soins dentaires scolaires - résultats de l'enquête." Rev Mens Suisse Odontostomatol **118**: 1125-1131.
- Hjern, A., M. Grindeford, et al. (2001). "Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden." Community Dent Oral Epidemiol **29**(3): 167-174.
- Kallestal, C., A. Norlund, et al. (2003). "Economic evaluation of dental caries prevention: a systematic review." Acta Odontologica Scandinavica **61**(6): 341-346.
- Kawashita, Y., M. Kitamura, et al. (2011). "Early childhood caries." Int J Dent **2011**: 725320.
- Kay, E. and D. Locker (1998). "A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health." Community Dental Health **15**(3): 132-144.
- Listl, S. and C. M. Faggion, Jr. (2012). "Income-related inequalities in chewing ability of Europeans aged 50 and above." Community Dental Health **29**(2): 144-148.
- Madrid, C., M. Abarca, et al. (2012). "[The impact of childhood caries]." Revue Médicale Suisse **8**(335): 764-768.

- Madrid, C., M. Abarca, et al. (2009). "[Oral health: social determinants of a health inequality]." Revue Médicale Suisse **5**(219): 1946-1951.
- Madrid, C., K. Bouferrache, et al. (2009). "[Is atherosclerosis a periodontally-induced disease?]." Revue Médicale Suisse **5**(227): 2388-2393.
- Marmot, M. G. (2006). "Status syndrome: a challenge to medicine." JAMA **295**(11): 1304-1307.
- 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.
- Menghini, D. (2008). "Fluoridlack im Rahmen des kollektiven, kariesvorbeugenden Massnahmen im Kanton Zürich." Oralprophylaxe and kinderzahnheilkunde **4**: 166-168.
- Menghini, G. and M. Steiner (2003). "Programme suisse pour une bonne santé des dents de lait dès les premiers mois de la vie: proposition." Rev Mens Suisse Odontostomatol **113**(12): 1319-1320.
- Menghini, G. and M. Steiner (2006). *Orale Geshundheit in der Schweiz. Stand 2006, Observatoire suisse de la santé.*
- Menghini, G., M. Steiner, et al. (2008). "[Early childhood caries--facts and prevention]." Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique **65**(2): 75-82.
- Menghini, G., M. Steiner, et al. (2003). "[Caries prevalence among students in 16 Zurich districts in the years 1992 to 2000]." Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia **113**(3): 267-277.
- Menghini, G., M. Steiner, et al. (2010). "Further caries decline in Swiss recruits from 1996 to 2006." Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia **120**(7): 590-600.
- Milgrom, P., M. Sutherland, et al. (2010). "Children's tooth decay in a public health program to encourage low-income pregnant women to utilize dental care." BMC Public Health **10**: 76.
- OECD (2009). "'Dentistes", in OECD, *Panorama de la santé 2009: Les indicateurs de l'OCDE.* OECD Publishing.
- OECD (2011). *"Inégalités dans les consultations de dentistes", in OECD, Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE.* OECD Publishing.
- OFS. (2012). "Indicateurs de l'intégration: Accès aux soins." from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43064.430110.html>.
- OFS. (2012). "Statistique Suisse: Santé - Les principaux chiffres." from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/key.html>.
- OFS (2012). "Statistiques des médecins et des dentistes."
- OFSP (2007). *Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse. Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes?*
- Petersen, P. E. (1990). "Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation." Community Dentistry and Oral Epidemiology **18**(3): 153-158.
- Pourat, N. and G. Nicholson (2009). "Unaffordable dental care is linked to frequent school absences." Policy brief (UCLA Center for Health Policy Research)(PB2009-10): 1-6.
- Quilichini, T. (2012). *Prise en charge bucco-dentaire chez les enfants et les jeunes de 0 à 25 ans dans le canton de Vaud, SSO - Section Vaud.*
- Revaz, Y. and O. Duperrex (2011). *Prophylaxie dentaire à l'école, point de la situation à l'intention du médecin cantonal et du médecin-dentiste conseil, ODES.*
- Sangra-Bron, I., A. Pistorius, et al. (2010). *Rapport d'activité 2010, Association Point d'Eau Lausanne.*
- Savage, M. F., J. Y. Lee, et al. (2004). "Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs." Pediatrics **114**(4): e418-423.
- Schmutz, R. and M. Blanc (2009). *Soins dentaires: Evaluation de l'offre vaudoise en couverture publique et privée et assurabilité de la population, Hpr.*
- SSO (2008). *Atlas des maladies avec effet sur le système de la mastication, 3è édition.*
- Steiner, M., S. Buhlmann, et al. (2011). "Caries risks and appropriate intervals between bitewing x-ray examinations in schoolchildren." Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin = Revue

- mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia **121**(1): 12-24.
- 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.
- Szilagyi, P. G. (2009). "Oral health in children: a pediatric health priority." Acad Pediatr **9**(6): 372-373.
- Vanobbergen, J., D. Declerck, et al. (2004). "The effectiveness of a 6-year oral health education programme for primary schoolchildren." Community Dentistry and Oral Epidemiology **32**(3): 173-182.
- Vargas, C. M. and C. R. Ronzio (2006). "Disparities in early childhood caries." BMC Oral Health **6 Suppl 1**: S3.
- Weintraub, J. A., P. Prakash, et al. (2010). "Mothers' caries increases odds of children's caries." Journal of Dental Research **89**(9): 954-958.
- Wilson, J. M. and Y. G. Jungner (1968). "[Principles and practice of mass screening for disease]." Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana **65**(4): 281-393.
- 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**.
- Wolff, H., J. M. Gaspoz, et al. (2011). "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland." Swiss Medical Weekly **141**: w13165.
- 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.