Séance du Grand Conseil

Mardi 7 novembre 2017

de 9 h.30 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité

RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Dépôt des questions orales jusqu'à 16h30

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	1.	Communications			
	2.	Dépôts			
	3.	(17_INT_052) Interpellation Laurence Cretegny - Echange automatique de renseignements, quelles conséquences pour le canton de Vaud ? (Pas de développement)			
	4.	(17_INT_050) Interpellation Jean-Michel Dolivo et consorts - Comment éviter, dans la mesure du possible, qu'une tragédie comme celle du décès de Lamine F., retrouvé mort à 23 ans dans une cellule de la police à la Blécherette, à Lausanne, le 24 octobre 2017, ne se reproduise ? (Développement)			
	5.	(17_INT_051) Interpellation Jean-François Thuillard et consorts - Echallens, ses campagnes, sa maison du Blé et du Pain, son gymnase et... ses forêts (Développement)			
	6.	(17_POS_015) Postulat Thierry Dubois et consorts - Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique ! (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	7.	(17_POS_016) Postulat Nathalie Jaccard et consorts - L'illettrisme, un fléau : comment y remédier dans l'école obligatoire ? (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	8.	(17_POS_017) Postulat Vassilis Venizelos et consorts - Blockchain : le web 3.0 peut changer les rapports entre l'administration et les administrés (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			

Séance du Grand Conseil

Mardi 7 novembre 2017

de 9 h.30 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité
RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	9.	(17_POS_018) Postulat Yvan Pahud et consorts - Soutenir l'Agenda 21 en favorisant l'utilisation et la production de gravier indigène, ceci en maintenant des postes de travail dans le canton (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	10.	(17_MOT_010) Motion Daniel Ruch et consorts - Des subsides à l'assurance maladie versés au prorata du taux d'activité (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	11.	(367) Exposé des motifs et projets de décrets accordant au Conseil d'Etat un crédit d'investissement de CHF 21.5 millions destiné à financer l'achat des équipements médico-techniques pour le nouvel hôpital des enfants et de CHF 13.0 millions destiné à financer la construction d'un parking en sous-sol et l'adaptation au nouveau cadre normatif; un crédit additionnel d'investissement de CHF 1.9 millions destiné à financer l'adaptation au nouveau cadre normatif (directives de protection incendie et normes sur les installations électriques à basse tension NIBT); accordant un crédit d'investissement de CHF 10.65 millions destiné à financer la construction d'un parking en sous-sol du nouvel hôpital des enfants (2ème débat)	DSAS.	Venizelos V.	
	12.	(340) Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique – LSP – révision générale - définition de certaines professions et des qualifications exigées par la loi, suite au changement récent intervenu au niveau fédéral et Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Claudine Wyssa et consorts demandant une modification de la loi sur la santé publique afin d'ancrer le statut des thérapeutes professionnels indépendants en milieu scolaire (15_POS_139) (1er débat)	DSAS.	Venizelos V.	

Séance du Grand Conseil

Mardi 7 novembre 2017

de 9 h.30 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité
RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	13.	(334) Exposé des motifs et projet de décret ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil et Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Jean-Michel Dolivo et consorts au nom du groupe AGT « pour une assurance cantonale prenant en charge les soins dentaires de base et la mise en place de policliniques dentaires régionales dans le canton » (10_POS_188) (Suite des débats) (1er débat)	DSAS.	Mojon G. (Majorité), Crottaz B. (Minorité)	
	14.	(375) Exposé des motifs et projets de lois modifiant la loi sur la planification et le financement des établissements (LPFES) du 5 décembre 1978, la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) du 24 janvier 2006 et la loi sur les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées (LAIH) du 10 février 2004 dans le cadre des prestations cantonales d'accompagnement en hébergement psychiatrique (1er débat)	DSAS.	Venizelos V.	
	15.	(16_POS_192) Postulat Gérard Mojon et consorts - Orientation des jeunes après l'école : une analyse approfondie s'impose	DFJC	Butera S.	
	16.	(16_POS_193) Postulat Manuel Donzé et consorts - Echecs en première année dans nos hautes écoles : en fait-on assez au niveau de l'orientation scolaire et professionnelle dans nos écoles ?	DFJC	Butera S.	
	17.	(356) Exposé des motifs et projet de loi sur l'orientation professionnelle (1er débat)	DFJC.	Nicolet J.M.	
	18.	(17_MOT_105) Motion Jérôme Christen et consorts - Pour obtenir une répartition plus équitable du financement des établissements scolaires entre l'Etat de Vaud et les Communes en matière de rénovations lourdes ou de nouvelles constructions	DFJC	Rezso S.	
	19.	(16_POS_191) Postulat Laurence Cretegny et consorts - Politique socio-éducative, bilan actuel et vision d'avenir	DFJC	Donzé M.	

Séance du Grand Conseil

Mardi 7 novembre 2017

de 9 h.30 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité

RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	20.	(16_INT_541) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Jérôme Christen et consorts - Transition entre l'école et la vie professionnelle : quo vadis ?	DFJC.		
	21.	(16_INT_633) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Fabienne Despot - De l'officialité des titres, grades et diplômes	DFJC.		

Secrétariat général du Grand Conseil

canton de vaud

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 17_INT_052

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
Délai de réponse dès le renvoi au CE : ***trois mois.***

Titre de l'interpellation

Echange automatique de renseignements, quelles conséquences pour le canton de Vaud ?

Texte déposé

Le 1er janvier 2017 est entré en vigueur, en Suisse, l'échange automatique de renseignements qui concerne la période fiscale actuelle (2017).

Un certain nombre de personnes n'ont jamais déclaré, volontairement ou par ignorance, leurs immeubles et comptes bancaires à l'étranger et peuvent utiliser la dénonciation spontanée.

Une partie d'entre eux sont susceptibles d'avoir touché des prestations sociales qui n'auraient pas dû être versées en tenant compte de leur fortune globale.

De plus, le 1er octobre 2016 est entrée en vigueur la loi d'application sur l'expulsion d'étrangers criminels, punissant la fraude aux assurances sociales par un renvoi automatique.

Une série de questions se posent donc :

- Les contribuables sont-ils informés des nouveaux risques encourus ?
- Y a-t-il une augmentation sensible des dénonciations spontanées ?
- Quelle sera la pratique du canton de Vaud concernant les fraudes aux assurances sociales ?

Commentaire(s)

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

Conclusions

Souhaite développer ☐ Ne souhaite pas développer ☑

Nom et prénom de l'auteur : Signature :

Cretegny Laurence

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) : Signature(s) :

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : A-INT-050

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
Délai de réponse dès le renvoi au CE : ***trois mois***.

Titre de l'interpellation

Comment éviter, dans la mesure du possible, qu'une tragédie comme celle du décès de Lamine F[redacted], retrouvé mort à 23 ans dans une cellule de la police à la Blécherette, à Lausanne, le 24 octobre 2017, ne se reproduise ?

Texte déposé

La présente interpellation n'entend demander au gouvernement vaudois ni de se substituer aux conclusions de l'enquête pénale en cours sur les circonstances du décès du jeune ressortissant gambien (L.F.), mort à 23 ans le 24.10.2017 dans une cellule de la zone carcérale à la Blécherette à Lausanne, ni de violer en quelque manière que ce soit le secret de la dite enquête, ni bien entendu de porter une appréciation quelconque sur les responsabilités pénales ou autres éventuellement en cause.

Les député-e-s soussigné-e-s se posent uniquement des questions en lien avec ce que la Police cantonale et la Procureure en charge de l'enquête ont révélé publiquement depuis le 24 octobre 2017. La présente interpellation vise à demander au Conseil d'Etat les premières conclusions qu'il tire, relatives au fonctionnement et aux directives éventuelles à donner à ses services, de façon à ce qu'une telle tragédie ne se reproduise plus.

Lamine F[redacted], ressortissant gambien, était au bénéfice de l'aide d'urgence et vivait dans un centre EVAM à Ecublens. Il avait de graves problèmes de santé et était sorti de l'hôpital fin septembre, après de nombreuses semaines d'hospitalisation suite à une opération au CHUV, en lien avec une épilepsie grave. S'il n'était pas resté en Italie et avait tenté de demander l'asile en Suisse, c'est justement du fait de ses graves problèmes de santé et du fait que l'Italie n'était pas à même de les prendre en charge convenablement.

A ce stade, et selon les informations publiées, les député-e-s soussigné-e-s posent les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. Le Conseil d'Etat peut-il confirmer que, interpellé par des gardes-frontières à la gare de Lausanne le dimanche 22 octobre, L.F. a été confondu avec un autre ressortissant gambien, né à la même date, et « attribué » au canton de Lucerne ?
2. Lorsqu'un étranger soupçonné d'être en situation irrégulière de séjour est amené au centre de la Blécherette pour y être détenu, est-il entendu systématiquement par la police, et cette audition fait-elle l'objet d'un procès-verbal ?
3. Dès lors que la police cantonale met en détention un étranger soupçonné d'être en situation de séjour irrégulière ou en vue d'un renvoi, un contact immédiat est-il pris par la police avec le Service de la population (SPOP) pour vérifier la réalité du motif de détention en vue du renvoi et la situation de séjour de cette personne ?
4. Dans une telle situation, le SPOP transmet-il à la police l'ensemble des informations en sa possession sur l'étranger interpellé, en particulier son état de santé et le traitement qu'il doit éventuellement suivre?
5. Selon la Police cantonale, L.F. aurait été conduit au CHUV le jour même que son interpellation pour observation; puis, après cet examen, il aurait été remis à nouveau en mains de la dite police pour être mis en détention. Les services du CHUV donnent-ils des indications précises à la police sur le traitement médical que doit suivre un étranger détenu dans ses locaux, du fait de sa situation irrégulière de séjour ?
6. Lors de l'admission pour observation par les services compétents du CHUV d'un étranger soupçonné d'être en situation irrégulière de séjour, ces services n'établissent pas automatiquement l'identité précise de cette personne ?

Commentaire(s)

Conclusions

Souhaite développer ☑ Ne souhaite pas développer ☐

Nom et prénom de l'auteur :

Dolivo Jean-Michel

Signature :

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Voir liste des 51 député-e-s signataires

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne-Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Crottaz Brigitte
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Donzé Manuel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Freymond Cantone Fabienne
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Jobin Philippe
Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François

Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis

Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Tafelmacher Pauline
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : A_WT-CSI

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
Délai de réponse dès le renvoi au CE : ***trois mois***.

Titre de l'interpellation

Echallens, ses campagnes, sa maison du Blé et du Pain, son gymnase et...ses forêts.

Texte déposé

Le Grand Conseil devrait être saisi prochainement concernant le projet de construction d'un gymnase dans le district du Gros-de-Vaud et plus particulièrement sur la commune d'Echallens. Le législatif de cette dernière vient d'accepter de vendre son bien au Canton et nous devrions nous prononcer sur l'achat de cette parcelle et puis, sans doute, sur un crédit d'étude et un crédit de construction.

Un gymnase pour environ 1300 élèves, au milieu des champs, ou presque. La forte poussée démographique du centre du canton priorise ce projet et, comme représentant de cette région, je ne peux que m'en réjouir.

Mais la région d'Echallens n'est pas seulement connue pour être un grenier à blé, mais aussi, dans un rayon de quelques kilomètres pour ses magnifiques forêts productrices avec des bois de très grande qualité pour la construction. J'en ai pour preuve le toit de ce parlement dont le boisi vient en très grande partie des forêts du Jorat, situées à quelques kilomètres seulement du chef- lieu du district du Gros de Vaud. De plus, la région est pourvue d'une des plus grandes scieries de Suisse romande, voire de Suisse, avec la scierie Zahnd à Rueyres. Pour compléter cette filière du bois, des bureaux d'architectes et d'ingénieurs spécialistes dans les constructions en bois ont leurs bureaux en territoire vaudois et ainsi que les transformateurs de ce noble matériau avec également de nombreux charpentiers capables de construire de magnifiques bâtiments en bois.

Le Conseil d'Etat incorpore a pu se rendre compte, au mois de mai 2016, de ce qui pouvait être réalisé avec ce matériau noble qu'est le bois. En effet, le district a eu l'honneur de recevoir notre gouvernement, à Bercher, dans un complexe scolaire tout neuf et la réception de la sortie du Conseil d'Etat s'est déroulée dans une salle de gym double en bois et en bois de la région.

Les forêts du centre du Canton n'ont pas seulement du bois pour la construction, mais également pour l'énergie. Les bois de moindres qualités peuvent être très facilement transformés en énergie de proximité. De nombreux centres scolaires de la région d'Echallens sont déjà chauffés avec de la plaquette forestière. Des hangars à plaquettes existent à quelques kilomètres et seraient capable de fournir des plaquettes de qualité pour ce projet.

Je me permets de faire un petit inventaire sur des propriétés cantonales en matière de surface forestière et sur les possibilités de coupes :
Dans le massif du Jorat qui comprend environ 4000 ha avec une possibilité de réalisation de 40000m3/an au total, le Canton est propriétaire de 255 ha avec 2600m3/an de possibilité. De plus, à proximité d'Echallens sur les communes de Bioley-Orjulaz et Etagnières, 37 ha avec 260 m3/an de possibilité. Et il y a également la région de Chavornay avec 220 ha pour 2200 m3, Yverdon (rive sud) avec 220 ha pour 500m3 et Cossonay avec 72 ha pour 460 m3 de possibilité toujours par année.

Tous les paramètres sont réunis pour que notre exécutif cantonal montre son soutien à toute la filière du bois et intègre sa volonté d'encourager et de réaliser des bâtiments priorisant cette matière, soit sous forme de construction ou d'énergie pour les collectivités dès le début de la procédure de réalisation d'un tel projet.

Au vu de ce qui précède, je pose les questions suivantes au Conseil d'Etat :

-Quelle est la procédure pour la réalisation du projet d'un gymnase dans le Gros-de-Vaud (concours,..) ?

-Quels sont les délais et les échéances pour chaque étape de la procédure ?

-Le Conseil d'Etat, souhaite-t-il intégrer une solution bois comme matériaux de construction dès le début de la procédure ?

-Le Conseil d'Etat, envisage-t-il de recourir à une énergie de proximité pour chauffer ce gymnase ?

Je remercie d'ores et déjà le Conseil d'Etat de ses réponses.

Commentaire(s)

Conclusions

Souhaite développer ☑ Ne souhaite pas développer ☐

Nom et prénom de l'auteur :

Jean-François Thuillard

Signature :

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :	Signature(s)
Ivan Pahud [illegible] David Pahud	

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Postulat

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 17_POS_015

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 118 et 119 LGC Le postulat charge le CE d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier (attention : le postulat n'impose pas au CE de légiférer, contrairement à la motion et à l'initiative) et de dresser un rapport. Il porte sur une compétence propre ou déléguée du CE. Motivé, le postulat doit exposer clairement la mesure souhaitée ou l'objet du rapport demandé.
Il peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**
- Soit le postulant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct du postulat à une commission du GC moyennant les signatures d'au moins 20 députés ; dans ce cas, il n'y a pas de débat.
- Soit, lors du développement en plénum et de la discussion, un député ou le CE demande le renvoi à une commission et le GC vote dans ce sens.
(b) la prise en considération immédiate. Un député ou le CE demande la prise en considération immédiate du postulat ; suite au vote du GC, le postulat est soit renvoyé au CE, soit classé.
Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année

Titre du postulat

Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires :
un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !

Texte déposé

Actuellement, les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées de manière différente (système dual). Dans le domaine stationnaire, les cantons (55%) et les assureurs-maladie (45%) prennent en charge conjointement les frais d'hospitalisation en division commune, alors que dans le domaine ambulatoire, les prestations sont financées dans leur intégralité par les assureurs-maladie, respectivement par les payeurs de primes. Ce système de financement «inégal» est critiqué depuis des années et contribue de manière non négligeable à l'augmentation des primes maladies … il devient obsolète et il est temps de le changer.

Le Parlement fédéral élabore une solution depuis le dépôt d'une initiative parlementaire, déposée en 2009 par madame la conseillère nationale Ruth Humbel (PDC/AG). Cette initiative avait pour but d'introduire un système de financement moniste qui permettrait de garantir la quote-part des deniers publics au financement des prestations de base assurées et d'adapter celle-ci à la croissance des coûts dans le système de santé.

Compte tenu de la hausse croissante des coûts de la santé, ce système uniforme devient toujours plus urgent. Le financement différent de l'ambulatoire et du stationnaire aboutit à des incitatifs erronés et à des transferts de coûts. Si l'on considère en plus les systèmes tarifaires également différents (décompte à la prestation individuelle selon TARMED pour l'ambulatoire et décompte par forfaits selon SwissDRG pour le stationnaire) ainsi que le remboursement sensiblement plus élevé des traitements stationnaires par rapport aux traitement ambulatoires, les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie n'ont aucun intérêt à transférer davantage de prestations vers l'ambulatoire, bien que celui-ci soit synonyme de réduction considérable des coûts d'un point de vue macroéconomique.

La CDS est un organe de coordination politique au sein duquel sont réunis les membres des gouvernements cantonaux chargés des questions de santé publique. La CDS a pour but de faciliter la collaboration des 26 cantons ainsi qu'entre ceux-ci, la Confédération et les principaux acteurs du système de santé. La CDS n'est pas favorable au financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Il argue pour cela des risques inconnus qu'impliquerait un changement de paradigme. Les conseillers d'État dans leur majorité redoutent également une perte de contrôle et d'influence des cantons.

Les assureurs-maladie, la Chambre médicale de la FMH et bon nombre de politiciens et de partis politiques soutiennent le financement moniste. Il est capital que les cantons restent disposés à collaborer à ce débat en restant ouverts quant à son issue et ne rejettent pas d'emblée un changement de paradigme.

Raison pour laquelle il me paraît indispensable que ce sujet soit débattu au sien de notre commission de santé public.

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

(a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures X

(b) renvoi à une commission sans 20 signatures ☐

(c) prise en considération immédiate ☐

Nom et prénom de l'auteur : Signature :

Dubois Thierry

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) : Signature(s) :

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne-Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Crottaz Brigitte
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Donzé Manuel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Freymond Cantone Fabienne
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Jobin Philippe
Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François
Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis
Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Tafelmacher Pauline
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Postulat

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : A_POS_016

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 118 et 119 LGC Le postulat charge le CE d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier (attention : le postulat n'impose pas au CE de légiférer, contrairement à la motion et à l'initiative) et de dresser un rapport. Il porte sur une compétence propre ou déléguée du CE. Motivé, le postulat doit exposer clairement la mesure souhaitée ou l'objet du rapport demandé.
Il peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**
- Soit le postulant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct du postulat à une commission du GC moyennant les signatures d'au moins 20 députés ; dans ce cas, il n'y a pas de débat.
- Soit, lors du développement en plénum et de la discussion, un député ou le CE demande le renvoi à une commission et le GC vote dans ce sens.
(b) la prise en considération immédiate. Un député ou le CE demande la prise en considération immédiate du postulat ; suite au vote du GC, le postulat est soit renvoyé au CE, soit classé.
Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année

Titre du postulat
L'illettrisme, un fléau : comment y remédier dans l'école obligatoire ?

Texte déposé
En Suisse, une personne sur 6 maîtrise mal les compétences de base en écriture et en lecture, près de la moitié a suivi sa scolarité en terre helvétique. Aujourd'hui encore plus qu'hier avec l'avènement de la culture numérique, la complexité de la diffusion de l'information et de la communication, être en situation d'illettrisme est un véritable facteur d'exclusion sociale, culturelle et économique.

Selon l'OFS, les coûts annuels en Suisse de l'illettrisme sont estimés à près de 1,3 milliard. La difficulté d'insertion de ces personnes reporte des charges sur l'assurance chômage ou sur les prestations sociales.

Nous avons la chance de pouvoir compter sur diverses associations et organisations qui aident les personnes dans cette situation à rattraper les retards. Toutefois, il semble qu'il n'y ait pas de mesures concrètes et généralisées qui interviennent dès le début de la scolarité. Certains pays frontaliers, mais également la Turquie, des pays scandinaves et le Québec ont pris des mesures dans le cadre de l'école afin de favoriser l'apprentissage et le plaisir de la lecture, comme par exemple celles préconisées et pratiquées dans le cadre de l'Association *« Silence on lit ! »*

« Silence on lit ! » est une association qui depuis plus de 15 ans, a pour but, la promotion du plaisir de lire et de ses bienfaits en mettant en place des initiatives de lecture quotidienne de 10 à 15 minutes. Il ne s'agit pas de commander à un enfant un temps de lecture mais de s'arrêter collectivement et de lire en silence.

Le concept est : dans les établissements qui ont fait le choix de cette activité, de choisir un moment

fixe dans la journée pour que tout le monde participe à cette pratique tant les élèves, que les professeurs, le personnel administratif, logistiques et autres. Ainsi, les adultes ne sont pas seulement des « donneurs de leçons » ou des prescripteurs mais donnent aussi l'exemple. Ces quelques minutes prises quotidiennement à la même heure sur le temps scolaire offrent non seulement une gymnastique mentale mais également un temps de ressourcement.
La durée idéale est, selon diverses études et bilans réalisés depuis 15 ans, de ¼ d'heure permettant ainsi au lecteur de se concentrer sur son histoire, de s'évader sans pour autant casser le rythme de travail.
Chacun et chacune est libre de lire le livre qui lui plait, que ce soit de la bande dessinée, de la science fiction, un roman policier, historique, ou autre. La seule contrainte est que cela ne soient pas des manuels scolaires, de la propagande, que cela ne soient pas non plus des journaux, des magazines, des mails, des sms et autres lectures furtives.

Les bienfaits de ces actions sont multiples et dans les établissements qui ont fait le choix de mettre en place une telle méthode il a été constaté que les élèves :

- Sont plus calmes et moins stressés,
- Font de nets progrès en grammaire, orthographe et rédaction,
- Ont une meilleure concentration et faculté de mémorisation,
- Ont développé une meilleure capacité d'analyse et également une ouverture sur le monde qui les entourent.

Pour toutes ces raisons, le présent postulat demande au Conseil d'Etat :

- De définir les coûts de l'illettrisme dans le Canton
- Une statistique du nombre de personnes entre 15 et 30 ans en situation d'illettrisme.
- De renforcer les mesures dans le cadre scolaire afin de prévenir et lutter contre l'illettrisme
- D'étudier les possibilités de mettre en place un concept quotidien de lecture dans le cadre scolaire à l'image de ce qui se pratique dans le cadre de l'Association : *« Silence on lit ! »*

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

(a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures ☒

(b) renvoi à une commission sans 20 signatures ☐

(c) prise en considération immédiate ☐

Nom et prénom de l'auteur :

Nathalie Jaccard

Signature :

N. Jaccard

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Crottaz Brigitte
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Donzé Manuel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Freymond Cantone Fabienne
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Jobin Philippe
Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François

Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis

Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Tafelmacher Pauline
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Postulat

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 17_POS_017

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 118 et 119 LGC Le postulat charge le CE d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier (attention : le postulat n'impose pas au CE de légiférer, contrairement à la motion et à l'initiative) et de dresser un rapport. Il porte sur une compétence propre ou déléguée du CE. Motivé, le postulat doit exposer clairement la mesure souhaitée ou l'objet du rapport demandé.
Il peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**
- Soit le postulant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct du postulat à une commission du GC moyennant les signatures d'au moins 20 députés ; dans ce cas, il n'y a pas de débat.
- Soit, lors du développement en plénum et de la discussion, un député ou le CE demande le renvoi à une commission et le GC vote dans ce sens.
(b) la prise en considération immédiate. Un député ou le CE demande la prise en considération immédiate du postulat ; suite au vote du GC, le postulat est soit renvoyé au CE, soit classé.
Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année

Titre du postulat

Blockchain : le web 3.0 peut changer les rapports entre l'administration et les administrés

Texte déposé

Issue de la technologie qui a permis l'essor des *bitcoins*, la *blockchain* représente probablement les prémisses de la prochaine étape du développement du web. Construite sur une chaîne de blocs, la base de données est ainsi décentralisée, transparente et ultra-sécurisée. Avec une telle approche, les données concernées sont impossibles à falsifier.

La *blockchain* trouve de plus en plus de débouchés. Non seulement au niveau du secteur privé, en premier lieu la finance, pour la traçabilité des produits et pour les échanges de bien et de services, mais également au niveau des administrations publiques.

En Europe, l'Estonie se distingue particulièrement par son engagement à offrir une véritable numérisation des actes entre son administration et sa population. Ses habitants ont ainsi une identité numérique qui leur permet de signer des contrats, payer des impôts, voter, accéder à leur dossier médical, créer une entreprise, intervenir en justice, échanger avec l'administration, ...
Toute cette architecture est basée pour l'essentiel sur la technologie *blockchain* qui est aussi utilisée par d'autres institutions, telles que l'OTAN, le Département de la défense ou celui de l'énergie aux Etats-Unis, et bien d'autres.

En Suisse, le canton de Schaffhouse vient de débuter un partenariat avec la start «up *Procivis* » pour mettre en place une identité numérique qui permet à ses citoyens, de payer ses impôts, de s'inscrire au contrôle des habitants et à terme de voter de façon électronique.

Par ailleurs *Procivis* vient d'annoncer fin septembre un partenariat avec l'Université de Zürich pour la mise en place d'une solution de *e-voting* basée sur la technologie *Blockchain*.

Cette technologie représente de nombreux intérêts :

- **Economique** – en fluidifiant les relations entre l'administration et les administrés, y.c. les entreprises, ce qui permet un gain en compétitivité et une réduction des coûts[1]
- **Social** – cela démocratise l'accès au service et promeut aussi un rapport plus décentralisé et horizontal
- **Sécuritaire** – cette technologie représente une réponse sérieuse et efficace aux risques de cybercriminalité et à la protection de la sphère privée
- **Ecologique** – elle permet une très bonne traçabilité des produits

L'application d'une telle technologie dans le canton de Vaud nous permettrait d'être véritablement à la pointe de l'innovation.

Ainsi, par ce postulat, nous demandons au Conseil d'Etat d'étudier les possibilités d'utiliser la technologie *blockchain* dans les services que le canton pourrait offrir en matière de cyberadministration et de *e-voting*.

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

(a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures ☒

(b) renvoi à une commission sans 20 signatures ☐

(c) prise en considération immédiate ☐

Nom et prénom de l'auteur : Signature :

VENIZELOS Vassilis

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) : Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

[1] L'Estonie a estimé que l'économie réalisée serait de l'ordre de 2 % de son PIB.

105 Blanchard (Venizelos)

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne-Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Crottaz Brigitte
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Donzé Manuel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Freymond Cantone Fabienne
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Jobin Philippe
Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François

Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis

Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Tafelmacher Pauline
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Postulat

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 17_POS_018

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 118 et 119 LGC Le postulat charge le CE d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier (attention : le postulat n'impose pas au CE de légiférer, contrairement à la motion et à l'initiative) et de dresser un rapport. Il porte sur une compétence propre ou déléguée du CE. Motivé, le postulat doit exposer clairement la mesure souhaitée ou l'objet du rapport demandé.
Il peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**
- Soit le postulant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct du postulat à une commission du GC moyennant les signatures d'au moins 20 députés ; dans ce cas, il n'y a pas de débat.
- Soit, lors du développement en plénum et de la discussion, un député ou le CE demande le renvoi à une commission et le GC vote dans ce sens.
(b) la prise en considération immédiate. Un député ou le CE demande la prise en considération immédiate du postulat ; suite au vote du GC, le postulat est soit renvoyé au CE, soit classé.
Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année

Titre du postulat
Soutenir l'Agenda 21 en favorisant l'utilisation et la production de gravier indigène, ceci en maintenant des postes de travail dans le canton

Texte déposé
Source, selon le compte-rendu 2016 de la DGE (et avec des informations fournies par l'AVGD, association vaudoise des gravières et déchets).

En 2016 près de 40% de l'approvisionnement en granulats naturels vaudois provient de l'importation.

Sur le volume total d'approvisionnement de 1.75 mio de m^3, l'importation représente environ 680'000 m^3.

Depuis 2006 l'importation de ces produits de gravière a passé de 24% à 40% et ce phénomène pourrait bien perdurer.

Si les volumes importés sont en constante augmentation, les volumes issus des sites vaudois (gravières et carrières) sont en diminution de près de 15% sur la même période.

Cette augmentation de l'importation est principalement due pour l'instant à un facteur économique, s'agissant des tarifs pratiqués par la France voisine. Hors, cette concurrence a des conséquences directes sur l'exploitation des gravières vaudoises et leurs places de travail, mais également sur le trafic routier et l'environnement.

En effet, ces volumes importés sont transportés par camion. Ceci représente en moyenne plusieurs centaines de passage de camions par jours aux différents postes frontaliers, avec par exemple des pointes quotidiennes pouvant dépasser 200 camions rien qu'à la douane de Vallorbe.
Bien entendu, cette augmentation de trafic, ne contribue pas à décharger un réseau routier déjà saturé.
Les émissions de Co2 émises par ce trafic pourraient être facilement évitées en recourant à l'utilisation de nos ressources naturelles de proximité.

Outre la fourniture en granulats naturels utile à la construction, les sites d'exploitations des gravières contribuent à la reprise de terre d'excavation de type A ou B selon les sites.

En effet, après la période d'extraction, les volumes ainsi disponibles sont utilisés pour la remise en état des sites de production, permettant ainsi soit de recréer des surfaces d'assolement pour l'agriculture, soit de préserver la flore et la faune par le biais de programme spécifique, tel que celui évoqué par Mme la Conseillère d'état Jacqueline de Quattro en conférence de presse le lundi 26 juin dernier.

L'extraction de gravier génère plusieurs centaines d'emplois directs sur notre canton, et près de 4'000 pour toute la Suisse.

A rappeler également que l'extraction lacustre est sujette à une concession de l'Etat qui encaisse une redevance de 6.-/m3 exploité. Ce qui représente près de 1.4 mio pour la caisse cantonale.

Les divers critères de pondération écologique, ainsi que le choix du maître de l'ouvrage d'imposer sa propre marchandise devrait permettre de favoriser le recours au gravier vaudois lors des constructions soumises au marché public. Cette mesure a pour objectif de maintenir des emplois et des rentrées fiscales dans le canton, tout en soutenant les critères définis par l'agenda 21 figurant dans le programme de législature du gouvernement vaudois.

Pour ces diverses raisons économiques, sociétales et environnementales, je demande au Conseil d'Etat

- D'étudier l'opportunité d'utiliser en priorité des granulats naturels d'origine vaudois dans les chantiers de l'Etat ou subventionnés par celui-ci

- Par le biais d'une campagne d'information, de sensibiliser les communes et les acteurs de la construction à recourir en priorité au gravier vaudois

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

(a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures ☑

(b) renvoi à une commission sans 20 signatures ☐

(c) prise en considération immédiate ☐

Nom et prénom de l'auteur : Signature :

Yvan Pahud

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) : Signature(s) :

Nicolas Rochat Fernandez

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

BERTHOUD ALEXANDRE

VENIZELOS VASSILIS

Richard Claire

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Crottaz Brigitte
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Donzé Manuel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Freymond Cantone Fabienne
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Jobin Philippe
Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François

Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis

Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Tafelmacher Pauline
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : A_MOT_010

Déposé le : 31.10.2017

Scanné le : _____

Art. 120 à 126a LGC La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.
La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**
- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion a une commission du GC moyennant les signatures d'au moins 20 députés ; dans ce cas, il n'y a pas de débat.
- Soit, lors du développement en plénum et de la discussion, un député ou le CE demande le renvoi à une commission et le GC vote dans ce sens.
(b) la prise en considération immédiate.
- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.
- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.
Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.
Important : sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.
Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année

Titre de la motion

Des subsides à l'assurance maladie versé au prorata du taux d'activité.

Texte déposé

Le motionnaire demande qu'un bénéficiaire de subsides à l'assurance maladie qui fait librement le choix de travailler à temps partiel voie ses subsides diminués dans la même proportion que son taux d'activité. Le motionnaire demande la modification de l'article 9 alinéa 3 de la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance maladie. L'article 3 stipule : « N'est notamment pas considérée comme étant de condition économique modeste, toute personne disposant de ressources financières insuffisantes en raison d'un choix délibéré de sa part. »

Il souhaite y ajouter la phrase suivante : « ***Le taux de subsides est lié au taux d'activité*** »

Ce qui modifierait notamment la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance maladie de la manière suivante : « N'est notamment pas considérée comme étant de condition économique modeste, toute personne disposant de ressources financières insuffisantes en raison d'un choix délibéré de sa part. ***Le taux de subsides est lié au taux d'activité*** »

Commentaire(s)

En vue de diminuer les coûts dans le domaine social le motionnaire demande que les assurés touchants des subsides soient encouragés à travailler d'avantage. La présente motion demande que le taux de subside soit lié au taux d'activité. Un assuré qui a librement fait le choix de travailler à temps partiel ne devrait pas toucher l'entier des subsides.

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

(a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures ☒

(b) renvoi à une commission sans 20 signatures ☐

(c) prise en considération immédiate et renvoi au CE ☐

(d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire ☐

Nom et prénom de l'auteur : Ruch Daniel PLR

Signature :

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Crottaz Brigitte
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Donzé Manuel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Freymond Cantone Fabienne
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy

Liste des députés signataires – état au 1er juillet 2017

Jobin Philippe
Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François

Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis

Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Tafelmacher Pauline
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

AVRIL 2017

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJETS DE DECRETS

- accordant un crédit d'investissement de CHF 21.5 millions destiné à financer l'achat des équipements médico-techniques pour le nouvel hôpital des enfants

- accordant un crédit additionnel d'investissement de CHF 1.9 millions destiné à financer l'adaptation au nouveau cadre normatif (directives de protection incendie et normes sur les installations électriques à basse tension NIBT)

- accordant un crédit d'investissement de CHF 10.65 millions destiné à financer la construction d'un parking en sous-sol du nouvel l'hôpital des enfants

1 INTRODUCTION

1.1 L'origine des besoins et de la demande

Des nombreuses études menées sur l'optimisation de la pédiatrie universitaire depuis les années 1990, c'est l'option d'un regroupement des différentes missions dans un bâtiment ad hoc au sein de la Cité hospitalière lausannoise qui a été retenu par le Conseil d'Etat et le Grand Conseil. Ainsi, un nouvel hôpital des enfants (HE) va intégrer dès 2021 les activités de la médecine et de la chirurgie pédiatrique (hors néonatologie et soins intensifs). Cette réalisation est rendue possible grâce à l'octroi d'un crédit d'investissement de CHF 170 millions accepté par le Grand Conseil en 2013 (EMPD n°11, 23 avril 2013) pour financer la construction du bâtiment dédié à cette activité, sur le site du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Cette décision va permettre de valoriser les synergies avec la médecine adulte et les plateaux techniques. Le nouvel hôpital des enfants intégrera le programme strictement nécessaire à la pédiatrie en lien avec l'augmentation d'activité (de l'hôpital de l'enfance aujourd'hui situé sur le site de Montétan, ainsi que des étages 7, 10 et 11 du Bâtiment hospitalier [BH]), sans réaliser les infrastructures les plus lourdes (dont notamment les soins intensifs pédiatriques), puisque les plateaux techniques du BH seront immédiatement accessibles par des liaisons dédiées. Outre l'amélioration des aspects sécuritaires, organisationnels et fonctionnels, il en résultera un désengorgement pour les besoins de la médecine adulte, par la mise à disposition des étages ainsi libérés.

L'EMPD n° 11 prévoit à son article 3 qu'un EMPD complémentaire serait présenté à l'issue des études pour financer les équipements médico-techniques et le mobilier du futur hôpital des enfants. Par le présent exposé des motifs et projets de décrets, le Conseil d'Etat sollicite le crédit d'investissement nécessaire pour équiper l'hôpital des enfants. Par ailleurs, le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil un second décret pour un investissement additionnel portant sur le financement d'un parking de 139 places en sous-sol du nouvel édifice et l'adaptation aux nouvelles directives en matière de protection incendie et aux normes des installations électriques à basse tension.

1.2 L’avancement et le développement du projet

Le concours d’architecture de l’hôpital des enfants, sous la forme de mandats d’études parallèles, a été remporté par le groupement GMP à Hamburg et JB Ferrari de Lausanne en février 2014, après une phase sélective de 37 candidats, puis 14 pour le premier degré du concours et enfin 4 pour le second. Le projet devait impérativement offrir une qualité architecturale et une insertion de cette nouvelle structure dans la Cité hospitalière, avec une synergie entre le nouveau bâtiment et les bâtiments existants, une qualité organisationnelle et l'optimisation des flux entre les bâtiments et sur l’esplanade (piétons, véhicules, ambulances, logistique hospitalière) ; ainsi que le maintien de l'exploitation des bâtiments avoisinants et de la station du m2 durant les travaux.

L’intégration dans le tissu urbain lausannois et le contexte de la Cité hospitalière a trouvé un écho particulier dans le projet lauréat. Celui-ci va aussi permettre d’exploiter pleinement les potentiels du plan d’affectation cantonal (PAC), dans le cadre d’une vision à long terme. En termes de fonctionnalité, il se concentre non seulement sur une prise en charge adaptée aux enfants, mais également de leurs proches.

Le projet définitif de l’hôpital des enfants a été validé par le comité de pilotage en juin 2016. Une demande d’autorisation pour les travaux préparatoires a été déposée en juillet 2016 et le chantier débutera au printemps 2017. La fin des travaux est prévue pour l’automne 2021.

1.3 Evolution de certains paramètres à risque depuis l’adoption de l’EMPD en 2012

Le m2 et sa station " CHUV "

Dans les coûts connexes mentionnés dans l’EMPD, un montant avait été prévu pour l’adaptation de la station du métro. Des investigations avaient montré qu’il était nécessaire de créer des exutoires de fumée pour la gare du m2 et que cette dernière devait être sécurisée ; la pose de ces exutoires a pu être résolue grâce à une simulation tridimensionnelle d'un incendie réalisée par une entreprise spécialisée. En revanche, la nécessité de conserver la capacité des chemins de fuite pendant les travaux nécessitera la mise en place d'une passerelle provisoire entre les quais, donc par-dessus les voies. Ainsi, une construction de poutres préfabriquées enjambera la station. Celles-ci pourront être montées pendant la pause nocturne du m2. Des précautions particulières devront encore être prises pour éviter que les très forts courants électriques des trains ne perturbent pas les équipements (sensibles) médico-techniques. Et ce d'autant plus que la gare CHUV du m2 abrite une sous-station de traction de 6 millions de watt.

Si les fondations de la gare du m2 ont été prévues pour reprendre le poids d'un bâtiment, ce n'est pas le cas pour la tranchée couverte (c’est-à-dire le tunnel) située directement au sud de la station. Des travaux importants pour créer des fondations indépendantes pour l'hôpital des enfants sont donc indispensables. Ils nécessiteront la destruction, puis la reconstruction avec un léger déplacement, des deux escaliers sud de la gare. Une convention de partage des coûts relative à ces travaux a été signée entre le CHUV et les TL (Transports publics de la région lausannoise SA).

Complication au niveau des fondations du bâtiment

Le projet retenu se construit à proximité des bâtiments de la Maternité et de la Clinique infantile (CI). Les géologues et les ingénieurs civils, après analyse, préconisent des pieux et une paroi clouée, voire ancrée, pour garantir l'intégrité des deux bâtiments (anticiper tout risque de glissement ou de tassement de terrain, ainsi que des fissures dans les édifices). Le risque est encore accentué par la pente naturelle du terrain et la profondeur du pied de fouille. L’optimisation du projet et en particulier sa réduction de surface ont permis de planifier ces surcoûts. Le contrôle cantonal des finances recommande par ailleurs de mieux soupeser la nécessité d’approfondir la nature du sol.

1.4 La création d'un nouveau département

La Direction générale du CHUV a décidé la fusion entre le Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) et le Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (DGOG). Compte tenu de la construction du nouvel Hôpital des enfants à proximité de la Maternité et des synergies déjà existantes entre les deux départements (DMCP-DGOG), la Direction générale a jugé que le moment était opportun pour concrétiser ce projet évoqué depuis longtemps d'une réunification de ces deux départements en un nouveau département intégré : le Département Femme-mère-enfant (DFME) qui sera opérationnel dès le 1er janvier 2017.

La construction du nouvel hôpital des enfants offrira au CHUV la possibilité de mettre en œuvre un véritable pôle femme-mère-enfant-adolescent au cœur de la Cité hospitalière. Ce projet organisationnel n'a pas d'impact sur le nouvel hôpital des enfants.

2 LES ÉQUIPEMENTS MÉDICO-TECHNIQUES : ASPECTS GÉNÉRAUX

Le crédit d'inventaire du CHUV supporte la charge de renouvellement des équipements, mais pas leur acquisition dans le cadre de la construction d'un nouveau bâtiment. Ces équipements doivent donc faire l'objet d'un EMPD et de décrets spécifiques. Cette démarche procède de la même approche que l'EMPD n° 292 de mars 2016 accordant un crédit d'investissement de CHF 18.204 mios pour financer l'équipement (dispositifs médico-techniques) du bloc opératoire principal du CHUV. Les décisions architecturales étant connues (nombre de locaux, ainsi que leur affectation), la liste des équipements nécessaires a pu être établie en conséquence.

Dans l'EMPD n° 11 d'octobre 2012 accordant un crédit de CHF 170 mios pour le financement de la construction du nouveau bâtiment de l'hôpital des enfants, le coût d'investissement pour les équipements et le mobilier du futur hôpital était évalué à titre indicatif et pour un périmètre restreint ciblé sur les besoins en lien avec la seule activité médico-chirurgicale à environ CHF 16 mios (estimation basée sur des premiers chiffrages réalisés en 2011 par le SIB).

Cette estimation datant de l'année 2010 était basée sur la connaissance du projet à l'époque et n'incluait pas le chiffrage des nouveaux équipements informatiques, ni l'ensemble des équipements logistiques nécessaires à l'exploitation de ce nouveau bâtiment. Depuis 2010, de nouvelles technologies ou équipements sont arrivés à maturité et font aujourd'hui partie des références en matière d'équipement à atteindre pour satisfaire aux besoins médicaux ou assurer le bon fonctionnement des plateaux techniques.

2.1 Les besoins à satisfaire

D'un point de vue " équipements ", la création d'un nouvel hôpital doit tenir compte des évolutions technologiques afin de disposer de plateaux techniques conformes aux références actuelles en matière d'équipement pour assurer la prise en charge la plus adéquate des jeunes patients.

Cet équipement qu'il soit technique, logistique, informatique ou médical reste un outil et doit répondre à l'organisation qui sera mise en place et aux besoins des utilisateurs pour assurer et maîtriser l'offre de soins.

L'hôpital des enfants est un lieu de soins qui va regrouper sur une surface réduite, tous les services et spécialités que l'on retrouve classiquement pour la prise en charge des adultes (hors soins intensifs et infrastructures techniques les plus lourdes : scanner, radiologie interventionnelle, etc.) mais avec des particularités organisationnelles. En effet, les plateaux médico-techniques listés ci-après et autres surfaces à équiper sont dimensionnés et organisés pour assurer la prise en charge complète d'un patient dont l'âge va de 0 à 18 ans ; on y retrouve des activités ambulatoires (consultations spécialisées et hôpitaux de jour), radiologiques (hors imagerie de coupe), d'urgences, de soins continus, de bloc

opératoire et salle de réveil, d'hospitalisation (soins de long séjour, médecine et chirurgie pédiatrique, orthopédie, oncologie, cardiologie, etc.).

2.2 Le périmètre de l'EMPD équipement

Le chiffrage (TTC) de cette demande d'EMPD prend en compte :

- Les équipements logistiques ;
- Les équipements informatiques ;
- Les équipements médicaux et le mobilier médical ;
- Un montant forfaitaire correspondant aux honoraires des mandataires pour la coordination techniques et spatiales des équipements.

2.3 Les différentes sources de financement

En complément du financement demandé dans le cadre de cet EMPD, le CHUV va provisionner et solliciter d'autres sources de financement pour l'acquisition des équipements nécessaires pour l'HE comme :

- Le crédit d'inventaire pour les équipements d'un prix unitaire de plus de CHF 3'000.- (AGV, adaptation du système d'information, détails sous les paragraphes 3.1 et 3.2).
- Les budgets d'exploitation pour les équipements de moins de CHF 3'000.- et qui ne sont pas rattachés à l'infrastructure architecturale.

2.4 La méthode de travail

La méthode de travail retenue par la Direction générale du CHUV pour la planification et le chiffrage des équipements à acquérir s'est articulée autour du programme détaillé des locaux de l'Hôpital des enfants réalisé par les architectes en charge du projet, en collaboration avec les utilisateurs.

L'analyse du SIB s'est faite sur la projection du parc actuel d'équipements et mobiliers médicaux réparti sur les deux sites HEL et BH ainsi que la prise en compte de la définition des besoins selon les principes suivants :

- faciliter le plus possible le transfert des équipements des anciennes structures vers la nouvelle en tenant compte de leur obsolescence et des contraintes organisationnelles liées à leur transfert. Pour information, la valeur de renouvellement des équipements de plus de CHF 3'000.- qui compose le parc actuel de l'HEL et du BH pour la pédiatrie correspond à un montant de renouvellement selon les prix actuel du marché de CHF 11.1 mios. L'hypothèse de la part transférable de ces équipements à l'HE correspond à un parc dont la valeur de renouvellement s'élève à CHF 2.5 mios pour une valeur nette résiduelle comptable de CHF 357'000.- ;
- planifier les équipements pour installer les nouveaux plateaux techniques et équiper les surfaces supplémentaires ;
- intégrer les équipements logistiques permettant de faciliter l'exploitation du nouveau bâtiment en optimisant les coûts d'exploitation futurs.

Par ailleurs, le chiffrage des équipements est basé sur la valeur actuelle du marché.

2.5 Décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds (DREMTL)

Pour la programmation des équipements le CHUV a pris en compte dans son analyse l'application du décret sur la régulation des équipements médico-technique lourds (DREMTL) adopté par le Grand Conseil le 29 septembre 2015. Ainsi, les équipements lourds d'imagerie dont l'acquisition est planifiée dans le cadre de cet EMPD correspondent à des appareils de radiologie conventionnelle fixes ou mobiles qui ne rentrent pas dans la liste des équipements soumis à régulation.

Il n'y aura donc pas de demande d'autorisation à transmettre auprès de la commission cantonale

d'évaluation *via*le Département de la Santé et de l'Action Sociale pour les équipements planifiés dans cet EMPD.

3 LES ÉQUIPEMENTS MÉDICO-TECHNIQUES : DESCRIPTION

3.1 Les équipements logistiques

Plusieurs aspects logistiques ont été pris en compte dans le chiffrage de cette demande. Le point important touche à la gestion des différents flux utiles à l'approvisionnement/désapprovisionnement du nouveau bâtiment. Les besoins d'équipements ont été évalués sur la base de la simulation de ces flux.

Le CHUV fait face à une densification de l'activité de soins et de recherche et l'extension des surfaces sur la Cité hospitalière en raison notamment de la construction de l'hôpital des enfants qui engendre une augmentation importante des besoins en termes de service et de support logistique. La logistique hospitalière se doit dès lors de moderniser ses outils de travail pour augmenter significativement sa capacité de production de prestations en garantissant leur qualité ainsi que leur traçabilité. Le nouvel Hôpital des enfants s'inscrit dans cette perspective de développement des modalités de fonctionnement d'une logistique hospitalière moderne.

Le CHUV prévoit de déployer des moyens de transport interne dénommés AGV (véhicule à guidage automatique). Ils sont innovants, efficaces et économiques. Cette technologie a fait ses preuves dans des établissements tels que le Centre hospitalier de Baden pour la Suisse ainsi que dans de nombreux hôpitaux en Europe et à travers le monde (CHU Dijon, CHU d'Amiens, Cleveland clinic ohio, hôpital St Olavs Norvège, hôpital universitaire Leipzig, etc.).

Le déploiement de cette nouvelle technologie va commencer en 2017 avec le lancement d'une phase pilote qui sera suivie en 2018 par le déploiement complet de robots AGV sur le bâtiment hospitalier principal (BH). Pour la phase pilote et le déploiement sur le BH, le financement sera assumé intégralement sur le crédit d'inventaire du CHUV.

Les impacts principaux engendrés par les AGV sont :

- désengorger les zones à haut trafic (ascenseurs, couloirs, etc.) en exploitant davantage les 24 heures de la journée ;
- optimiser les flux logistiques par l'automatisation de 70 % des flux ;
- diminuer la pénibilité pour les transporteurs avec un effet favorable sur leur santé ;
- augmenter la capacité logistique ;
- réduire les coûts globaux d'exploitation en permettant de libérer du personnel des transports pour des tâches à plus haute valeur ajoutée ;
- améliorer la sécurité, la traçabilité et la qualité des transports.

L'activité des AGV et leurs parcours n'interféreront cependant pas avec les zones de circulation des patients.

Le coût pour le déploiement des AGV à l'HE est estimé à CHF 1 mio et sera pris en charge par le crédit d'inventaire du CHUV.

Les coûts par poste des équipements logistiques, soit la mise en place de l'infrastructure nécessaire pour le fonctionnement des équipements AGV, sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Cafeteria		
Cafétéria	494'402.00	
Centrale des lits		
Centrale des lits	80'000.00	
locaux techniques		
Local nettoyage	164'320.00	
Local AGV	-	
Quai de livraison	162'000.00	
Multi-services / unités		
Lingerie armoire	391'905.00	
Total général CHF TTC		**1'292'627.00**

3.2 Les équipements informatiques

La description des équipements informatiques à acquérir dont le montant est supérieur à CHF 3'000.- TTC est indiquée dans le tableau ci-après :

Type d'équipements informatiques	Description	
Switch d'étage pour assurer la commutation des équipements et appareils raccordés au réseau informatique.	Le nombre de switch dépend directement du nombre d'équipements qui y seront raccordés comme : - Les PCs; les antennes WIFI; les téléphones (bureautiques, patients, muraux), les imprimantes, ... - Le serveur IP TV, - Les équipements techniques GTB, Appel Malade, Contrôle d'accès Salto, DI, ... - Equipements médicaux, - Etc.	605'000.00
Routeurs « Nœud optique »	Eléments actifs de commutation centraux gérant les switch d'étage et le raccordement au réseau informatique inter-bâtiment.	190'000.00
Réseau de téléphonie mobile	Réseau d'antennes de téléphonie mobile pour assurer une couverture des surfaces du bâtiment.	275'000.00
Projecteur (hors auditoires)	Solution d'affichage pour les salles de conférences/colloque	50'000.00
Auditoire < 100 places (Visioconférence + Sonorisation + Gestion)	Estimation du matériel audiovisuel pour l'auditoire.	100'000.00
4 auditoires < 20 places (Visioconférence + Sonorisation)	Estimation du matériel audiovisuel pour les salles de conférence.	140'000.00
35 afficheurs dynamiques	Ecran dynamique muraux permettant de diffuser des informations aux usagers	140'000.00
Adaptation des Systèmes d'Information	Les applications informatiques de la DSI devront être étendues et adaptées aux nouveaux besoins	-
Total général CHF TTC		***1'500'000.00***

Pour information, le coût pour l'adaptation des systèmes d'information est devisé à 0.5 mio et sera financé par le crédit d'inventaire.

3.3 Les équipements et mobiliers médicaux

La description des équipements dont l'acquisition des nécessaire est basée sur l'organisation des locaux et la description succincte par type de locaux.

3.3.1 Pôles de consultations spécialisées (niveau 0 et 1)

Ce plateau de consultations ambulatoires est organisé en 3 pôles, plus une unité de cardiologie qui sont situés au niveau 0 et 1.

- Au niveau 0, ce plateau regroupera 27 box de consultation, 1 pharmacie et 4 locaux de soins.
- Au niveau 1, il sera composé de 19 box de consultation multidisciplinaires, d'une unité de cardiologie, d'une salle de soins ainsi que d'une salle de plâtres et une pharmacie.

L'organisation des pôles prévoit le regroupement de plusieurs disciplines médicales selon le programme suivant :

Pôle 1– étage 0 : infectiologie, pneumologie, mucoviscidose, ORL, gastrologie, chirurgie digestive et thoracique ;

Pôle 2– étage 0 : diabétologie, endocrinologie, obésiologie, diététicienne, immuno-allergologie, rhumatologie, urologie, dermatologie, néphrologie ;

Pôle 3– étage 1 : chirurgie générale, chirurgie plastique, pré-anesthésie, chirurgie orthopédique, neurologie, logopédiste, médecine du sport, Child Abuse and Neglect Team (CAN Team) ;

Hormis pour les box destinés aux spécialités et qui nécessitent des équipements spécifiques comme l'ORL, la cardiologie ou la pneumologie, l'ensemble des box sera équipé de façon polyvalente afin de permettre une utilisation commune à plusieurs spécialités médicales.

Ainsi, l'équipement standard des box sera composé des équipements suivants :

- un divan d'examen électrique,
- un chariot de soins,
- du petit matériel standard de consultation (otoscope / ophtalmoscope, pèse-personnes enfants et nouveau-nés, toise...).

Les autres équipements dédiés aux spécialités médicales ainsi qu'aux locaux de soins ou pharmacie sont décrits dans les lignes ci-dessous.

- *Unité de cardiologie :*

5 box au niveau 1 seront équipés d'un échocardiographe. Il s'agit d'appareils d'imagerie à ultrasons dédiés aux examens cardiaques qui permettent de poser ou préciser des diagnostics sans recourir à des techniques invasives. De plus, dans l'un des box de cardiologie, l'équipement sera complété par un système d'évaluation cardiaque pour épreuve d'effort. Cet examen " standard " consiste à enregistrer un électrocardiogramme et la pression artérielle au cours d'un effort croissant qui sera réalisé sur un appareil ergométrique avec tapis roulant.

Une salle de lecture disposant de stations de travail munis d'une application dédiée est également planifiée afin de permettre aux cliniciens d'accéder aux images cardiaques ultrasoniques ainsi qu'à des outils de consultation, d'analyse d'examens et de création de rapports.

- *Consultations de pneumologie :*

2 box seront dédiés aux consultations de pneumologie.

Les principaux équipements qui équiperont ces box correspondent aux appareils de spirométrie plus tapis roulant ergométrique qui sont utilisés pour réaliser des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

L'EFR permet par différentes techniques d'évaluer la fonction respiratoire à but diagnostic ou de suivre l'évolution des pathologies respiratoires. L'un des box sera équipé d'une cabine pour la réalisation de plethysmographie corporelle. La particularité de cet examen respiratoire est qu'il se pratique à l'intérieur d'une cabine dont on connaît le volume exact. Il est ainsi possible de déterminer de façon fiable le volume pulmonaire résiduel, qui représente la quantité d'air restant dans les poumons à la fin de l'expiration.

- *Consultation d'ORL :*

2 box de consultation ORL sont planifiés au niveau des consultations spécialisées. Un box sera équipé d'une unité complète de consultation et d'un fauteuil ORL.

Classiquement ces unités sont composées des éléments suivants :

- une source de lumière pour y connecter les endoscopes ou une lampe frontale
- un microscope
- une station disposant de plusieurs instruments (aspiration, irrigation-lavage, chauffe miroir, etc.)
- un ensemble mobilier composé de tiroirs, rangements et plateaux pour la gestion des instruments

Le second box disposera d'une cabine d'audiométrie équipée d'un audiomètre pour le dépistage et le diagnostic des surdités. La cabine d'audiométrie correspond à un espace insonorisé intégré dans le local. Elle est spécialement conçue pour ces examens et garantie une atténuation acoustique de haut

niveau.

– *Locaux de soins*

5 locaux de soins seront à équiper pour les pôles de consultations spécialisées (voir paragraphe 3.3.11 locaux communs et transversaux).

– *Pharmacies*

Deux pharmacies desserviront les pôles de consultations spécialisées (voir paragraphe 3.3.11 locaux communs et transversaux).

Les coûts par poste d'équipements des différents locaux susmentionnés sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Cardiologie		
Box	774'000.00	
Pôles de consultations	-	
Box	315'000.00	
Box pneumologie	48'600.00	
Plâtre	3'600.00	
Total général CHF TTC		**1'141'200.00**

3.3.2 Hôpital de jour de médecine (niveau 0)

Cette unité située au niveau 0 est destinée à assurer des soins à visée thérapeutique ou diagnostique pour soulager les services d'hospitalisation des actes dépassant le cadre de la consultation et nécessitant une hospitalisation de moins de 24 heures. Avec les consultations spécialisées, l'hôpital de jour [HDJ] de médecine fournit également un soutien aux soins ambulatoires.

Pour les locaux médicaux, l'organisation de cette unité est composée essentiellement de 10 lits répartis sur 7 chambres (4 chambres simples [Lit UDJ 1 lit] et 3 chambres doubles [Lit HDJ 2 lits]) ainsi que d'une pharmacie d'étage.

Au niveau des équipements spécifiques, cette unité devra permettre la prise en charge dans les chambres à un lit des patients pédiatriques nécessitant d'être dialysés. A cet effet, l'acquisition de 2 générateurs d'hémodialyse et d'un double osmoseur mobile est planifiée (compte tenu de l'activité de dialyse relativement faible en pédiatrie, la solution d'une boucle d'eau fixe pour la production d'eau osmosée n'a pas été retenue dans la programmation des équipements techniques du bâtiment).

Les coûts par poste d'équipements de l'hôpital de jour de médecine sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
HDJ medecine		
Desk med-inf	45'000.00	
Labo centrifugeuse	18'000.00	
Lit UDJ 1 lit	100'800.00	
Lit HDJ 2 lits	35'100.00	
Total général CHF TTC		**198'900.00**

3.3.3 Plateau de radiologie (niveau 1)

La radiologie représente un pôle important dans l'organisation d'un nouvel hôpital. Son organisation est également en lien avec d'autres plateaux techniques comme celui des urgences qui intègre également des équipements d'imagerie fixes et mobiles (voir le paragraphe 3.3.5 plateau des urgences).

La question posée lors de la création d'un nouveau secteur est de définir le type d'imagerie adapté à mettre à disposition des patients et des équipes médicales. La réponse découle des prestations d'imagerie qui seront prises en charge sur ce plateau technique. Celles-ci resteront inscrites dans le périmètre des examens d'imagerie actuellement pris en charge sur le site de Montétan, alors que les

équipements seront dimensionnés en fonction du volume d'examens prévisionnel. Ainsi, les appareils d'imagerie planifiés dans ce nouvel hôpital correspondent à une imagerie à rayons X bidimensionnelle (2D) ou ultrasonographique, sans imagerie de coupe (scanner RX ou IRM), ni imagerie moléculaire ou interventionnelle. Pour ces derniers équipements plus avancés, la proximité du plateau technique du BH et les compétences techniques et médicales à disposition permettront d'assurer une prise en charge optimale des patients lors de ces examens plus spécifiques.

S'agissant de la radiologie " standard " à rayons X qui est planifiée, elle vise à étudier les structures osseuses et articulaires ainsi que les poumons. Lors de l'utilisation d'une table de radioscopie télécommandée avec produits de contraste, des examens urinaires, digestifs ou d'arthrographie peuvent être réalisés. De plus, l'ultrasonographie ou échographie sera largement diffusée à l'HE notamment car cette imagerie présente l'avantage d'être non irradiante. Cette technique se base sur des ultrasons émis par une sonde et transmis dans les tissus qui les réfléchissent pour former une image de la région examinée. Elle peut être couplée à une sorte de radar pour l'étude des vaisseaux (doppler). Dans le cas d'un examen diagnostic, l'objectif est de rechercher une lésion en rapport avec les symptômes présentés par le patient. Trois appareils d'échographie radiologiques sont planifiés sur ce plateau, ils seront complétés dans d'autres unités par des systèmes à ultrasons plus simple pour faciliter le guidage de gestes interventionnels comme la pose d'une voie veineuse centrale ou la réalisation de blocs nerveux périphériques en anesthésiologie. En effet, l'utilisation du repérage échographique a démontré son efficacité en termes de taux de réussite et de diminution du nombre de tentative de ponction. Cette technique participe donc à l'amélioration de la qualité du soin et s'impose désormais comme un standard dans la pratique quotidienne pour la réalisation de ces actes.

Le service de radiologie sera composé des principales installations suivantes :

- Une salle de radiographie digitale [Graphie]
- Une salle de radiologie télécommandée à capteurs plans [Scopie]
- Deux salles d'ultrasons, équipées d'échographes de radiologie
- Une salle " attente lit " équipée pour la surveillance des patients avant et après les examens

Les coûts par poste des équipements de la radiologie sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Radiologie		
Attente lit	32'400.00	
Graphie	720'000.00	
Scopie	720'000.00	
Ultrasons	415'800.00	
Total général CHF TTC		**1'888'200.00**

3.3.4 Le bloc opératoire et l'hôpital de jour de chirurgie (niveau 1)

<u>Le bloc opératoire</u>

Le bloc opératoire de l'hôpital des enfants sera composé principalement de 6 salles d'opérations polyvalentes d'environ 45m^2, avec sas d'induction (~ 22 m^2), organisées face à face et regroupées 3 par 3, ainsi que d'une salle de réveil de 12 lits.

Les éléments de base d'une salle d'opération moderne sont nombreux, on retrouve :

- un éclairage opératoire composé de 2 coupoles qui doit notamment apporter une qualité d'éclairage permettant la suppression des ombres dans la cavité opératoire pour les chirurgies ouvertes ;
- des bras de distribution pour le chirurgien et l'anesthésiste permettant de poser des équipements utiles à la spécialité, ou standards à toutes les chirurgies (bistouris électriques, source de lumière, etc.) mais surtout de distribuer différentes énergies (électricité courant fort/faible) et les fluides médicaux au plus proche des utilisateurs sans avoir à multiplier les câbles (problème d'hygiène

et d'ergonomie) ;

- plusieurs écrans de visualisation intégrés au mur ou sur fixation plafonnière ;
- des tables d'opération permettant un positionnement optimal du patient lors des gestes chirurgicaux.

La salle d'opération est un nœud de concentration de plusieurs sources d'information indispensable à son activité comme :

- le logiciel de planification des interventions chirurgicales et de gestion des blocs opératoires Digistat ;
- la visualisation des images radiologiques avec le logiciel PACS-Web ;
- l'accès aux résultats de laboratoire avec MOLIS.

Les images par rayons X, de la vidéo et des données physiologiques (comme le monitoring) sont produites directement dans toutes les salles d'opération indépendamment des spécialités chirurgicales. Les nouvelles salles intègreront la possibilité de présenter sur différents écrans l'ensemble de ces sources d'information pour faciliter le travail du chirurgien mais aussi les partager avec les autres acteurs de la salle pour faciliter le suivi de l'intervention en cours. L'autre point essentiel de ce type de solution est de faciliter l'enseignement médical et paramédical par la vidéo transmission et l'enregistrement des interventions. Le bloc opératoire de l'HE sera ainsi équipé par une solution d'intégration des sources de données images et données du système d'information (système de routage vidéo).

L'accès aux salles d'opération se fera par l'intermédiaire d'une salle pré-opératoire (d'induction) et les patients circuleront au sein du bloc opératoire sur des tables d'opération mobiles afin de diminuer les transferts. La préparation des tables d'instrumentation aura lieu dans une zone de préparation stérile attenante aux salles d'opération (entre les 2 blocs de 3 salles) et en position centrale du bloc opératoire.

Ce bloc opératoire sera également composé :

- d'une salle de réveil de 12 lits dont une place sera réservée et équipée pour les isolements (parois fixes et point d'eau). L'équipement de la salle de réveil comprendra essentiellement une poutre de distribution des fluides médicaux et électricité courant fort et faible, un moniteur de surveillance des signes vitaux par lit ainsi que du matériel de perfusion ;
- d'un magasin équipé pour le stockage des plateaux chirurgicaux et dispositifs médicaux stériles, il sera équipé avec des compactus et des aménagements mobiliers.

L'hôpital de jour chirurgical

Proche du bloc opératoire, l'hôpital de jour chirurgical sera composé d'un desk médico-infirmier, d'une chambre à 4 lits et de 9 chambres à 2 lits. Cette zone permettra d'accueillir les patients avec un séjour ambulatoire.

Les coûts par poste des équipements du bloc opératoire et HDJ de chirurgie sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Bloc opératoire		
Induction	453'600.00	
Lit réveil	568'800.00	
Nettoyage endoscopes	126'000.00	
Préparation stérile	270'000.00	
Stock / matériel	270'000.00	
Opération	3'423'600.00	
HDJ chirurgie		
Desk med-inf	27'000.00	
Lit HDJ 2 lits	81'000.00	
Lit HDJ 4 lits	18'000.00	
Total général CHF TTC		**5'238'000.00**

3.3.5 Plateau des urgences (niveau 2)

Le service des urgences, localisé au niveau2, est un point d'entrée important dans toute structure hospitalière et plus particulièrement en pédiatrie. Ce plateau doit donc être organisé et équipé pour prendre en charge la diversité de patients (et des problématiques) et permettre l'accueil des parents pour les patients les plus jeunes. Les locaux sont nombreux et doivent être équipés avec les équipements indispensables pour une prise en charge d'urgence, on y retrouve notamment :

- 2 box de tri
- 1 salle allaitement
- 12 box d'urgences, dont un en isolement
- 1 box de pédopsychiatrie
- 4 box de consultations " générales "
- 2 box de médecine dentaire
- 1 salle de déchoquage composée de 2 places
- 1 salle de radiographie d'urgence
- 1 salle de plâtres
- 2 salles de soins avec une sédation vigile à l'aide de MEOPA
- 1 unité d'hospitalisation courte (moins de 24 heures) de 8 lits.

Au niveau des équipements médicaux, les box d'urgences, de consultations générales et celui d'isolement seront équipés de moniteurs pour la surveillance des signes vitaux (moniteurs 3 traces : pression non invasive, ECG, saturation). La salle de déchoquage disposera d'un chariot de réanimation avec défibrillateur ainsi que de monitoring permettant la surveillance de paramètres étendus comme la capnographie (mesure du CO2 dans l'air expiré) et des pressions invasives.

Salle de plâtres

Cette salle permet de réaliser les plâtres et les strappings. Elle sera équipée d'une table pour la réalisation de plâtres ou autres immobilisations de type résine ainsi que d'un appareil de radioscopie mobile.

Box de médecine dentaire

Les patients pédiatriques qui doivent bénéficier de soins dentaires peuvent être traités selon l'âge, la collaboration ou l'état de santé de l'enfant, à l'état conscient ou sous sédation vigile à l'aide de MEOPA. Outre le fauteuil, les unités dentaires sont classiquement équipées d'une unité d'instruments composée de plusieurs moteurs ou accessoires (contre angles, moteurs à haute et basse vitesse, détartreur ultrasonique, lampe à polymériser, etc.), de dispositifs d'aspiration, d'un crachoir avec groupe d'eau et d'un scialytique.

Chacun des 2 box sera équipé d'un fauteuil de consultation et d'une unité dentaire avec un système de radiologie dentaire munis de capteurs intraoraux numérique pour la prise de clichés dentaires. Un poste informatique associé à un logiciel de traitement de l'image et un écran de visualisation sont également planifiés pour la gestion des clichés intraoraux.

Les coûts par poste des équipements des urgences sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Dentiste		
Box	169'200.00	
Urgences		
Allaitement	4'500.00	
Box	144'000.00	
Box ORL	75'600.00	
Déchocage	491'400.00	
Desk med-inf	45'000.00	
Lit UHC 8 lits	266'400.00	
Plâtre	138'600.00	
Radiologie	315'000.00	
Total général CHF TTC		**1'649'700.00**

3.3.6 Soins continus (niveau 2)

Les soins continus pédiatriques recevront des patients provenant notamment des soins intensifs, des urgences, des unités d'hospitalisation ou du bloc opératoire pour assurer leur suite de traitements. Ce service est composé de 18 lits au total avec 4 chambres disposant d'un SAS (avec flux positif ou négatif) pour les patients en isolement [Chambre SC 1 lit] et 2 chambres à 2 lits [Chambre SC 2 lits].

Chaque chambre est équipée d'un bras de distribution de fluides médicaux et d'énergie (électricité courant fort et courant faible), sous forme d'une colonne ou d'une poutre. Ces bras (colonnes ou poutres) permettent de fixer l'ensemble du matériel médical nécessaire à la surveillance des paramètres hémodynamiques des patients et autres équipements (i.e : perfusion, débitmètre à O2, débitmètre d'air, système d'aspiration…) tout en étant au plus proche du patient sans avoir à multiplier les câbles (hygiène et ergonomie). Cette organisation du lit de soins continu permet un accès rapide à la tête du patient à la fois pour les soins mais surtout lorsque l'état de santé du patient se dégrade et qu'il est nécessaire de réaliser des gestes d'urgence.

Les " desk " seront équipés de postes centraux de surveillance utiles pour assurer la centralisation des paramètres des moniteurs de chaque chambre et permettront d'assurer la sécurité des patients.

Les coûts par poste des équipements des soins continus sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Soins continus		
Chambre de repos	12'600.00	
Chambre SC 1 lit	693'000.00	
Chambre SC 2 lits	252'000.00	
Desk med-inf	45'000.00	
Total général CHF TTC		**1'002'600.00**

3.3.7 Oncologie (niveau 2)

Le service d'oncologie pédiatrique sera composé des principaux locaux suivants :

- une unité d'hospitalisation disposant de 6 chambres à 1 lit avec SAS (pression positive) et deux chambres à 2 lits sans SAS ;
- une unité d'hospitalisation de jour de 10 places (deux chambres à 1 lit, deux chambres à 2 lits et une chambre à 4 lits) ;
- 5 box de consultations ;
- 2 locaux de soins ;
- 1 pharmacie ;
- 1 espace de détente et jeux pour les patients hospitalisés au sein de l'unité.

Au niveau des équipements médicaux, outre le matériel de consultation standard indispensable pour les box (pèse-personne, toise, etc.) et les locaux de soins (scialytique, chariots, etc.) ; les chambres d'hospitalisation et de l'hôpital de jour disposeront pour chaque lit d'un moniteur de surveillance des

signes vitaux (moniteurs 3 traces : pression non invasive, ECG, saturation).

A l'instar des autres locaux de même type, le local à pharmacie sera équipé d'un ensemble d'armoires sécurisées qui sera complété d'un aménagement mobilier de pharmacie plus classique afin d'y stocker les médicaments les moins sensibles. Ce local sera également équipé d'une hotte à flux laminaire (poste de sécurité microbiologique de type II) pour la manipulation des médicaments à manipuler avec précaution par le personnel (i.e. : préparation des tubulures/perfusion avant administration en IV des médicaments hautement actifs de type antinéoplasiques ou antiviraux à usage systémique, immunosuppresseurs, etc.). Ces médicaments qui correspondent le plus souvent aux substances qui sont administrées dans le cadre d'une chimiothérapie appartiennent à la catégorie des cytostatiques.

Conformément aux recommandations de la SUVA, l'utilisation d'un poste de sécurité biologique est vivement recommandée si la fréquence de préparation des cytostatiques est supérieure à une par jour en moyenne raison pour laquelle le service d'oncologie doit en être équipé.

Les coûts détaillés par poste des équipements du service d'oncologie sont indiqués dans le tableau ci-dessous, sauf pour les locaux de soins et l'espace détente qui seront chiffrés au paragraphe 3.3.11 :

Type locaux / unité		
Oncologie		
Box	23'400.00	
Chambre 1 lit	48'600.00	
Chambre 2 lits	32'400.00	
Pharmacie	62'100.00	
Lit UDJ 1 lit	52'200.00	
Lit HDJ 2 lits	32'400.00	
Lit HDJ 4 lits	32'400.00	
Total général CHF TTC		**283'500.00**

3.3.8 Physiothérapie et ergothérapie (niveau 3)

Cette unité prendra en charge des patients hospitalisés et en ambulatoire. Ces activités diverses seront réparties dans 6 salles de soins mutualisées (avec locaux de rangement du matériel) dont une sera équipée d'un mur de grimpe (crédit construction), de barres parallèles pour l'aide à la marche, de tapis roulants.

Dans le cadre de l'ergothérapie, la réalisation de prothèses nécessite la présence d'une zone regroupant un atelier propre avec bac à eau chaude et d'un atelier sale équipé d'une aspiration pour évacuer les solvants contenu dans les colles et les résines. Ces locaux demandent une attention particulière dans l'organisation et leur aménagement avec des équipements spécifiques à programmer pour assurer la sécurité des personnels à l'utilisation de colle ou de matériaux générant des vapeurs ou des poussières. Cette unité possédera un local sale (vidoir) et un lieu de stockage du matériel.

Les coûts détaillés par poste des équipements de ce secteur sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Physio / Ergo hospitalisation		
Physio / Ergo	34'200.00	
Soins	17'100.00	
Technique / Atelier sale	72'000.00	
Technique / Atelier propre	13'500.00	
Physio / Ergo ambulatoire		
Box	10'800.00	
Physio / Ergo	43'200.00	
Total général CHF TTC		**190'800.00**

3.3.9 Unité de soins aigus de long séjour " USALS " (niveau 3)

Cette petite unité qui est actuellement localisée niveau 11 du BH, sera transférée au niveau 3 du nouvel hôpital des enfants. Son rôle est d'accueillir des patients âgés de quelques semaines à 18 ans, présentant une pathologie de base stabilisée, relevant de la chirurgie, de la pédiatrie ou de la neuroréhabilitation et nécessitant de soins aigus durant un long séjour. La prise en charge des patients est basée sur un projet thérapeutique où l'ensemble des soins et des traitements sont pensés en fonction d'objectifs communs. Dans cette unité, la journée de l'enfant est rythmée par des thérapies nécessaires à sa rééducation et à son développement. L'objectif final est le départ à domicile, dans un hôpital régional ou une institution extrahospitalière.

L'unité sera constituée des principaux locaux suivants :

- 6 chambres dont 4 chambres à 1 lit et 2 chambres à 2 lits
- 1 espace famille
- 1 pharmacie
- 1 desk infirmier
- 1 local sale

Les coûts détaillés par poste des équipements de cette unité sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
USALS		
Chambre 1 lit	32'400.00	
Chambre 2 lits	32'400.00	
Total général CHF TTC		**64'800.00**

La description et le chiffrage des équipements des locaux communs et transversaux sont indiqués plus loin.

3.3.10 Hospitalisation (niveau 4 et 5)

Les 4 unités d'hospitalisation de l'hôpital des enfants seront réparties sur les niveaux 4 et 5.

Les 72 lits d'hospitalisation seront répartis sur deux étages jumeaux (niveau 4 et 5) et organisés en 4 unités de soins de 18 lits (2 unités par étage). Chaque étage sera composé de :

- 15 chambres à 2 lits
- 6 chambres à un lit avec un sas.
- 1 local destiné aux familles
- 1 espace éducatif
- 1 tisanerie

Chaque unité de soins est composée des locaux suivants :

- 1 desk médico-infirmier
- 1 pharmacie
- 1 salle de soins avec une sédation vigile à l'aide de MEOPA
- 2 locaux de stockage matériel
- 1 local sale (vidoir)
- 1 office pour la préparation des repas.

Deux chambres à un lit au niveau 5 seront équipées d'un sas à pression négative. Chaque chambre proposera une salle de bains avec douche et une banquette pour qu'un parent accompagnant son enfant puisse dormir avec lui.

En lien avec les patients hospitalisés, un espace dédié à l'école à l'hôpital ainsi qu'un local dédié spécifiquement aux adolescents sont prévus au niveau 3.

Les coûts détaillés par poste des équipements de ces 4 unités sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Type locaux / unité		
Hospitalisation 1 et 2		
Chambre 1 lit	27'000.00	
Chambre 2 lits	135'000.00	
Desk med-inf	68'400.00	
Hospitalisation 3 et 4		
Chambre 1 lit	27'000.00	
Chambre 2 lits	135'000.00	
Desk med-inf	68'400.00	
Total général CHF TTC		**460'800.00**

3.3.11 Les équipements communs et transversaux

<u>Pharmacie</u> :

Hormis la pharmacie de l'oncologie pédiatrique qui intègrera des équipements spécifiques à l'activité (chiffrée séparément sous chapitre " oncologie "), 12 locaux de pharmacie standards sont planifiés pour l'hôpital des enfants. La taille du local ou quelques aménagements seront spécifiques en fonction de la localisation de cette pharmacie mais globalement la plupart des pharmacies de l'hôpital disposera d'un équipement similaire.

En effet, depuis 2016, un nouveau concept d'armoires à pharmacie sécurisées est en cours de déploiement au CHUV. Ces armoires à médicaments électroniques et sécurisées permettent, *via*une distribution automatisée, d'assurer une meilleure gestion, sécurisation et traçabilité des médicaments dans les zones de stockage ou directement dans les services de soins. Cette informatisation permet un meilleur contrôle de toute la chaîne depuis la prescription jusqu'à la dispensation du médicament.

<u>Local de soins</u> :

Au total, 14 locaux de soins sont planifiés dans la programmation du nouvel hôpital. Quelque soit leur localisation, ils seront tous équipés à l'identique avec des tables d'examen, des chariots de consultation ainsi que d'un éclairage médical plafonnier. En fonction de la nature des soins qui seront effectués, une sédation vigile à l'aide de MEOPA (gaz composé d'un mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote) devra pouvoir être prodiguée dans ces locaux afin de détendre l'enfant durant le soin. Ce médicament est administré au moyen d'un masque dans lequel l'enfant respire. L'élimination du gaz excédentaire dans le local nécessite d'équiper chacun de ces locaux avec des prises de type " SEGA " (Système d'Evacuation des Gaz d'Anesthésie).

<u>Local sale</u> :

Le nombre de locaux sales prévus dans la programmation s'élève à 17. Ces locaux sont classiquement équipés d'un aménagement mobilier en inox ainsi que d'un laveur-désinfecteur pour récipients à excréments dénommés lave-bassins dont le dimensionnement sera variable en fonction de la taille de l'unité ou du service d'hospitalisation. L'organisation du local est effectuée selon le concept de " la marche en avant " (flux du plus sale vers le plus propre).

Le lave-bassins est utilisé pour remplir la fonction de vidage automatique du récipient (ex. bassins et couvercles, urinaux et seaux de chaise percée, bocaux à sécrétion, etc.) et permet le nettoyage et la désinfection des récipients à déchets humains.

<u>Local de nettoyage</u> :

15 locaux de nettoyage sont planifiés dans le nouveau bâtiment. Ce local est indispensable à chaque unité de soins ou plateaux techniques, il peut être dédié ou mutualisé entre plusieurs secteurs selon la taille des unités desservies.

L'objectif principal de ce local est :

– d’assurer le nettoyage, l’égouttage et le séchage de l’ensemble du matériel utilisé pour l’entretien des surfaces du bâtiment ;
– de stocker le matériel d’entretien (auto laveuse par exemple) ;
– d’assurer la vidange des eaux sales et l’approvisionnement en détergent.

Au niveau des équipements programmés dans ces locaux, on retrouve essentiellement un vidoir pour permettre l’évacuation des eaux usées et un ensemble de mobiliers en inox composé notamment d’un bac de trempage.

Les coûts estimés pour l’ensemble des équipements dédiés à ces locaux récurrents du programme hospitalier sont indiqués ci-dessous :

Type locaux / unité		
Multi-services / unités		
Local nettoyage	162'000.00	
Local sale	183'600.00	
Pharmacie	583'200.00	
Soins	201'600.00	
Total général CHF TTC		**1'130'400.00**

Les autres locaux communs :

Ces locaux sont classiquement équipés :

Type locaux / unité		
Espaces communs		
Ecole	18'000.00	
Admission et accueil		
Accueil	297'000.00	
Multi-services / unités		
Desk med-inf	81'000.00	
Total général CHF TTC		**396'000.00**

3.4 Les équipements d’aménagement des locaux

Plusieurs ensembles d’équipements et mobiliers devront être acquis pour l’aménagement de divers locaux tels que la cafétéria, les offices/tisaneries dans les étages, les locaux d’accueil des familles ou encore les espaces éducatifs. Ce poste budgétaire regroupe également les canaux muraux permettent d’assurer la distribution des fluides médicaux ainsi que les composantes de courant faible et fort. Au besoin et notamment dans les chambres des patients, ces gaines techniques (canaux GTUM) seront intégrées dans un ensemble mobilier mural. D’autres aménagements sont indispensables pour assurer la fonctionnalité des locaux et préserver l’intimité des patients, ils correspondent aux systèmes de séparations ou rideaux.

Le coût par poste pour l’ensemble de ces équipements qui sont liés à l’aménagement des locaux est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Objet	Nombre	Prix Unitaire CHF HT	Total CHF HT
Cuisine cafétéria - Appareils électriques			165'000
Offices - Appareils électriques	12	4'000	48'000
Tisaneries - Appareils électriques	7	4'000	28'000
Locaux familles - Appareils électriques	4	4'000	16'000
Espaces éducatifs - Appareils électriques	2	3'000	6'000
Allaitement - Appareils électriques	1	1'000	1'000
Physio - Appareils électriques	1	4'000	4'000
Desks d'accueil + desk infirmier USM	26		600'000
Rideau de soins et séparations	203		507'500
Luminaires sur pieds (bureaux)	228	800	182'400
Canaux GTUM	331		1'500'000
Lave-vases	15	15'000	225'000
			3'282'900
	TVA 8 %		**262'632**
	Total général CHF (ttc)		**3'545'532**

3.5 Les prestations CHUV

Le volume de travail pour l'acquisition et la mise en place du matériel de l'hôpital des enfants du présent EMPD représente un plan d'équipements supplémentaire et une charge de travail conséquente.

Ainsi, malgré la charge de travail supplémentaire engendrée en lien avec l'acquisition et la mise en place de ces nouveaux équipements, le CHUV ne sollicite pas dans le montant du crédit d'ouvrage d'une dotation en personnel (3 EPT sur 3 ans) pour faire face à cette activité. Il assurera cette dépense sur l'exploitation courante.

3.6 Les honoraires des mandataires propres aux équipements raccordés

L'intégration des équipements, dans le contexte hospitalier est complexe. Il ne s'agit pas uniquement de positionner du mobilier, mais d'analyser les spécificités techniques de l'équipement pour coordonner, entre les différents corps techniques, son raccordement. A titre d'exemple, l'installation d'un bras opératoire nécessite la vérification de la résistance de la dalle, la mise en place d'un cadre de fixation spécifique et surtout le raccordement des différents fluides et un positionnement qui assure la bonne ergonomie des actes de soins. Ainsi, des honoraires sont perçus du fait des prestations à réaliser.

Dans le cadre de mobilier, la SIA préconise que le 50% de la valeur soient activée dans le montant déterminant pour le calcul des honoraires de l'architecte. Il n'y a pas de démarches similaires pour les mandataires techniques mais, à titre d'exemple, le 100% du poste des luminaires donne droit à des honoraires pour l'électricien.

Afin de ne pas calculer le montant des honoraires sur la valeur de l'équipement, car son coût n'est pas proportionnel à sa complexité d'installation, il a été privilégié de travailler sur la complexité de l'ouvrage. En effet, la norme SIA fixe des valeurs en fonction de la nature du bâtiment. Ce coefficient est le facteur du volume d'heure pour effectuer la prestation. Il augmente en fonction de la complexité de l'ouvrage et s'échelonne entre 0.7 et 1.3 ; 0.7 état par exemple un entrepôt et 1.3 un musée ou une salle de concert. Pour ce qui est du domaine hospitalier les valeurs sont les suivantes :

	Genres de bâtiments	n	I 0.7	II 0.8	III 0.9	IV 1.0	V 1.1	VI 1.2	VII 1.3
sécurité sociale et santé publique	foyer de jour, atelier protégés					■			
	cabinets médicaux, immeubles collectifs médicaux						■		
	hôpitaux							■	
	bâtiments de lits						■		
	bâtiment de traitements								■
	cliniques universitaires								■
	hôpitaux pour matelas chroniques, centres de rééducation, sanatoriums						■		
	établissements thermaux, instituts spécialisés						■		

Le contrat de base entre le CHUV et les mandataires dans le cadre de la construction de l'hôpital des enfants prévoit un facteur 1.2 et une majoration de 0.1 pour les prestations liées à l'équipement. Ainsi, le montant des honoraires de l'architecte se base sur un facteur 1.2 soit " hôpitaux " majoré de 0.1 pour les équipements soit à 1.3 ce qui correspond à la catégorie des cliniques universitaires pour les phases durant lesquelles les études sur les équipements sont nécessaires.

Les honoraires sont les suivants :

	AO	Réalisation	Total
Pilote	13'762.00	37'844.00	51'606.00
Architecte	229'359.00	630'737.00	860'096.00
Ingénieur électricien	51'959.00	136'082.00	188'041.00
Ingénieur CBCR	47'562.00	97'191.00	144'753.00
Ingénieur sanitaire	30'360.00	67'319.00	97'679.00
Total ht			1'342'175.00
Total ttc			**1'449'549.00**
arrondi			**1'450'000.00**

3.7 Synthèse des coûts

Bilan		
Logistique		1'292'627.00
Informatique		1'500'000.00
Equipements et mobiliers médicaux		
Pôles de consultations spécialisées	1'141'200.00	13'644'900.00
HDJ Médecine	198'900.00	
Plateau de radiologie	1'888'200.00	
Bloc opératoire et HDJ Chirurgie	5'238'000.00	
Plateau des urgences	1'649'700.00	
Soins continus	1'002'600.00	
Oncologie	283'500.00	
Physiothérapie et ergothérapie	190'800.00	
USALS	64'800.00	
Hospitalisation (niveau 4 et 5)	460'800.00	
Equipements communs et transversaux	1'130'400.00	
Autres locaux communs	396'000.00	
Equipements liés à l'infrastructure		3'545'532.00
Sous Total budget équipements (CHF TTC)		**19'983'059.00**
Honoraires sur équipements		1'450'000.00
Sous-total (CHF TTC)		**21'433'059.00**

Arrondi crédit EMPD équipement (CHF TTC)	**21'500'000.00**

Financement CHUV

Prestations CHUV (3 EPT)	1'024'000.00
Investissement CHUV -3000 CHF	5'384'090.00
Investissement CHUV Crédit Inventaire CHF	1'500'000.00
Total financement CHUV(CHF TTC)	**7'908'090.00**

3.8 L'avenir du parc existant

3.8.1 Introduction

La mise en place de ce nouvel hôpital aura un impact sur le parc actuel des équipements médicaux mobiles ou le mobilier médical. Deux situations sont possibles avec un transfert ou non de ces objets.

Cette analyse est basée sur l'inventaire issu de la GMAO (Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur) qui répertorie principalement les équipements médicaux et qui sera utilisée comme base pour la suite. Au plan comptable, les équipements de plus de 8 ans sont amortis avec une valeur résiduelle à 0 CHF (amortissement linéaire de 12,5% par an). Pour faciliter la planification, le SIB travaille sur des valeurs d'achat (théoriques et actualisées régulièrement selon l'évolution du marché).

Le tableau ci-après montre les valeurs de renouvellement du parc au 1er janvier 2016 :

- la valeur de renouvellement des équipements de plus de 3'000.- CHF s'élève à 11,113 mios. Il s'agit d'une valeur de renouvellement théorique basée sur le prix actuel du marché des équipements et qui correspond au montant de l'investissement qu'il faudrait réaliser pour renouveler à neuf le parc actuel. Toutefois au niveau comptable, la valeur nette résiduelle au bilan pour le parc pédiatrique de l'HEL et du BH n'est que de 1.78 mios.

Parc pédiatrique

	2016	
	nb	Valeur de renouvellement 2016
Complet	**1548**	**12'148'941.00**
moins de 3'000 CHF	732	1'035'260.00
plus de 3'000 CHF	816	11'113'681.00

- Afin d'estimer la base possible d'équipements transférables dont l'âge sera inférieur ou égal à 8 ans en 2020, une évaluation a été conduite par le SIB. Elle nous permet d'indiquer que la projection à 4 ans de cette valeur de renouvellement pour le parc qui serait transférable à l'HE s'élève à 2,480 mios. Cela correspond à une valeur nette comptable de 357'000 CHF pour le parc qui sera transféré.

3.8.2 Quels équipements transférés ?

La liste des équipements transférables du site de l'hôpital de l'enfance à Montétan et du BH11 vers le nouveau site est complexe à établir plus de trois ans avant sa mise en service.

Postulat d'un équipement transférable ou non transférable

Durant la période des travaux jusqu'à la mise en service du nouveau bâtiment, il faut prendre en compte le risque de survenance de pannes sur le parc installé qui dans certains cas pourraient conduire à des renouvellements indispensables pour assurer la continuité de l'activité. Ainsi, le parc va continuer d'évoluer au gré du cycle de vie des équipements et en fonction des éventuels besoins impérieux à satisfaire pour assurer une prise en charge optimale des patients (impératifs normatifs, légaux, d'hygiènes ou de santé sécurité pour les collaborateurs).

Hormis ces acquisitions ou renouvellements qui par essence sont non planifiables, l'investissement pour le renouvellement régulier des équipements des sites de Montétan et BH11 sera limité et analysé avec rigueur par la direction du CHUV. Ainsi, pour définir une liste d'équipements potentiellement transférables seule une projection théorique basée sur une analyse globale du parc est envisageable.

Les postulats amenant à transférer ou non un équipement sont :

- Pour les équipements fixes (imagerie, scialytiques, bras plafonniers, etc.) ou nécessitant un raccordement (lave-bassins, fauteuils dentaires, etc.) compte tenu des durées parfois importantes à envisager pour le démontage et la réinstallation des équipements, leur transfert ne pourra pas être assuré sans mettre en péril la continuité de l'activité clinique. D'autre part, il faut également considérer que pour une part de ces équipements, les limites de propriété entre le CHUV, exploitant des locaux et la Fondation de l'HEL, propriétaire du bâtiment ne sont pas toujours aidées à déterminer avec précision. Pour ces raisons, auxquelles s'ajoute la nécessaire coordination de l'installation des équipements fixes et de leur raccordement durant l'avancement du chantier, il a été décidé que l'ensemble des équipements fixes du nouveau bâtiment seront de nouvelles acquisitions.
- Pour les équipements mobiles, en considérant une durée moyenne d'exploitation de 9 ans, il apparait raisonnable de considérer que seuls les équipements dont l'âge est inférieur ou égale à 5 ans en 2016 pourront être transférés dans le nouveau bâtiment.
- S'agissant du mobilier médical et particulièrement des lits et brancards, l'âge moyen en 2016 du parc équipant les sites HEL et BH11 s'élève à respectivement 7 ans et 10 ans, par conséquent une majorité devra être renouvelée et ne sera pas transférée dans le nouveau bâtiment. Il en va de même pour les tables d'examens dont l'âge moyen en 2016 est de 10 ans.
- Le mobilier administratif sera récupéré et transféré au cas par cas, en fonction des contraintes organisationnelles et de dimensionnements des nouveaux locaux. Toutefois, au regard de la nécessité d'optimiser l'organisation des surfaces disponibles, il apparaît difficile d'envisager un transfert en grand nombre de ce mobilier. Pour la plupart, dont le prix unitaire est généralement inférieur à CHF 3'000 TTC, le CHUV prévoit d'en faire l'acquisition sur l'exploitation principale ou l'éventuel reliquat qui pourrait être obtenu grâce à l'optimisation budgétaire du crédit EMPD équipement.

Conclusion

En 2016, la valeur brut du parc installé à l'HEL et au BH11, s'élève à CHF 12,148 mios avec une vétusté en moyenne de 10,4 ans. Pour information, cela correspond à une valeur nette de CHF 1'782'945 (au 3ème trimestre 2016) et montre que le parc est vieillissant.

Tout type d'équipement confondu, l'analyse théorique reflète que la part des équipements transférables représenterait une valeur d'achat d'environ CHF 2.5 mios et une valeur nette de l'ordre de

CHF 357’000.

Cette analyse sera bien sûr à réévaluer en fonction de l’évolution du parc d’équipements pour HEL / BH11 (qu’il s’agira de limiter aux seuls investissements indispensables) et au regard de l’organisation qui reste à définir pour la mise en œuvre du déménagement des activités vers le nouveau bâtiment.

3.8.3 Avenir des équipements non transférables

Trois stratégies sont envisagées pour les équipements qui ne seront pas transférés du site de Montétan. L’orientation finale sera retenue à l’issue d’une analyse conduite au cas par cas selon des critères d’amortissement technique et comptable, de facilité de mise en œuvre ou encore de fiabilité des équipements non transférés.

Reprise par le fournisseur

Pour les équipements disposant d’une valeur de reprise ou nécessitant des travaux de démontage, ils devront faire l’objet d’une proposition de reprise et d’évacuation à prévoir lors de la conclusion du marché pour l’acquisition de nouveaux équipements ou *via* des sociétés spécialisées dans la reprise d’équipements médicaux. Pour exemple, cette stratégie de reprise pourra concerner les équipements de radiologie de type salle de radiographie/radioscopie ou encore des appareils à ultrasons qui présentent souvent un intérêt de reprise commerciale même lorsque qu’ils n’ont plus de valeur résiduelle comptable.

Réaffectation interne ou externe (dons humanitaires)

Les équipements ou mobiliers en bon état de fonctionnement et satisfaisant encore aux exigences de maintenabilité (hors mobilier) ou de sécurité d’utilisation pourront être réaffectés au CHUV pour satisfaire aux besoins d’autres départements voirerépondre à des demandes de dons humanitaires sous réserve de l’autorisation de la commission des dons humanitaires conformément aux procédures en vigueur.

Elimination par un tiers

Pour tous les autres équipements sans valeur résiduelle technique ou comptable et pour lesquels aucune réaffectation interne ou externe n’est envisageable. L’élimination sera préconisée et confiée à une société externe garantissant que l'élimination sera effectuée de manière respectueuse de l'environnement conformément à l'état de la technique et selon les dispositions prévues par l’Ordonnance sur la restitution, la reprise et l'élimination des appareils électriques et électroniques (OREA).

3.9 Maintenance et exploitation des équipements

Il est important de rappeler que l’absence de maintenance sur un parc d’équipements a un impact direct sur sa durée de vie, la sécurité d’utilisation des équipements et le coût du réinvestissement qu’il faudra planifier pour sa mise à niveau. L’activité de ce nouvel hôpital demande donc une attention particulière au niveau de la maintenance des équipements car elle peut rapidement impacter l’organisation et la qualité de prise en charge des patients.

Malgré des équipements technologiquement plus évolués, la maintenance est souvent plus contraignante et coûteuse par rapport à des technologies moins avancées. Les contraintes ou bases légales sont dictées par l’Ordonnance sur les dispositifs médicaux (Odim) et imposent à l’utilisateur de suivre les préconisations des fournisseurs. La maintenance est un marché potentiel pour les fournisseurs et parfois captif pour les utilisateurs.

3.9.1 Les types de maintenance

Il y a deux aspects à prendre en compte :

– la maintenance corrective suite à une panne (phénomène imprévisible)
– et la maintenance préventive, planifiable dont la fréquence et la nature des travaux à réaliser sont dictées par les préconisations du fabricant.

Il est donc difficile de définir des budgets avec précision et seuls des budgets prévisionnels maximum peuvent être indiqués. La panne est un phénomène aléatoire. Deux stratégies de maintenance sont envisageables :

1. " Faire en interne " avec les ressources et structures existantes au CHUV :

– Au niveau du département des constructions ingénierie technique et sécurité (CIT-S) avec l'atelier de maintenance biomédicale et des laboratoires ou les autres ateliers techniques.

2. " Faire faire " par un fournisseur externe souvent le fournisseur de l'équipement avec schématiquement deux modèles de prestations applicables, à savoir :

– La maintenance au coup par coup : le fournisseur est appelé pour réaliser une maintenance ponctuelle, le plus souvent corrective. Le coût varie en fonction de la nature de l'intervention et des éventuelles pièces détachées qui auront été remplacées.
– Le contrat de maintenance : son coût varie en fonction du prix de l'équipement, de la technologie, du contexte d'utilisation (environnement réglementaire par exemple, volume d'activité réalisé, etc.) et des conditions du contrat (préventif ou correctif seul, complet).

3.9.2 La définition du parc pris en compte

Toute l'analyse des coûts de la maintenance est réalisée sur les données issues de la GMAO qui prend en compte uniquement les équipements médico-techniques et la valorisation des équipements acquis avec le financement de cet EMPD.

Le tableau suivant donne la répartition de la valeur des équipements sous contrat ou non, acquis avec le financement de cet EMPD :

répartition	Equipements		
Contrat de maintenance	Médicaux	Mobilier médical	Total général CHF (ttc)
non	7'131'600.00	1'536'300.00	8'667'900.00
oui	4'977'000.00		4'977'000.00
Total général CHF (ttc)	**12'108'600.00**	**1'536'300.00**	**13'644'900.00**

Le tableau ci-dessous donne la répartition finale des différentes valeurs du parc mis sous contrat de maintenance ou non en intégrant la part des équipements transférés :

		répartition	
		contrat	hors contrat
Parc transféré	357'000.00	71'400.00	285'600.00
Parc acquis	13'644'900.00	4'977'000.00	8'667'900.00
Total	**14'001'900.00**	**5'048'400.00**	**8'953'500.00**

3.9.3 Estimation des coûts de maintenance.

La politique de maintenance définie par le service de maintenance biomédicale du CHUV déterminera les objets devant être entretenus avec un contrat et le type de contrat, de ceux qui feront l'objet d'une maintenance internalisée. Ainsi, tous les équipements ne feront pas l'objet d'un contrat de maintenance. Avec la stratégie actuelle de maintenance, la valeur estimée du nouveau parc dont l'entretien serait externalisé s'élève à CHF 5'048'400.- (fourchette haute). Ce montant correspond principalement aux équipements lourds (imagerie, routing vidéo, etc.).

Classiquement, pour les contrats de maintenance un taux théorique de 8 % par rapport à la valeur dont l'entretien sera externalisé serait à provisionner au niveau des budgets d'exploitation pour assurer l'entretien et la qualité des équipements acquis. En pratique, la négociation des contrats de maintenance permettra de réduire les coûts standards des contrats de maintenance annoncés par les fournisseurs. Par ailleurs, si durant l'année de garantie, le correctif est pris en charge par le fournisseur,

il reste généralement à l'exploitant d'assumer le coût des maintenances préventives qui doivent donc être planifiées au budget dès l'année de mise en service des équipements.

Le coût actuel de la maintenance :

Actuellement et à titre d'information, le coût annuel de la maintenance du parc des équipements présents à l'HEL et au BH s'élève en moyenne par année à environ CHF 291'207 pour le correctif, préventif et les contrats de maintenance (données issues du Datawarehouse sur période allant de 2009 à mi 2016). Cela représente 2,4 % de la valeur de renouvellement du parc.

La répartition actuelle de coûts de maintenance est la suivante entre :

- montant des interventions au coup par coup : 147'518
- montant des contrats de maintenance : 143'689

La projection du coût de la maintenance pour le parc acquis et transféré :

Pour ce qui est de la maintenance interne, l'expérience basée sur les données du CHUV ainsi que la mutualisation des risques, nous permettent une estimation du coût annuel de la maintenance de l'ordre de 3% de la valeur du parc acquis qui s'élève (hors équipements lourds : imagerie, etc.) à CHF 8.953 mios pour le nouvel hôpital (cf. tableau ci-dessous). Ces différents éléments sont pris en compte dans les budgets d'exploitation des différents services. Il faut mettre ce pourcentage en perspective avec la valeur théorique que l'on utilise pour estimer les coûts de la maintenance qui est de 10%. Avec cette donnée, le montant théorique de la maintenance serait de l'ordre de CHF 895'000.- pour le parc installé.

Pour les nouveaux équipements acquis dans le cadre de cet EMPD, les coûts augmenteront en fonction des dates de mise en service et des durées de garantie. Le parc considéré pour les nouveaux équipements ne comprend pas les équipements dont le coût est inférieur à CHF 3'000.- dans la mesure où ils représentent une part marginale des coûts de la maintenance.

Le tableau ci-après indique les montants estimatifs et maximum à prévoir sur les budgets d'exploitation pour la maintenance, par réallocations internes :

	Somme des acquisitions et équipements transférés	% du coût de maintenance	Année						
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Maintenance préventive ou corrective hors équipements sous contrat	8'953'500.00	3%	147'518.78	147'518.78	147'518.78	50'000.00	134'302.50	268'605.00	268'605.00
Contrats de maintenance (uniquement équipements sous contrat de maintenance et 10 % du parc)	5'048'400.00	8%	143'688.92	143'688.92	143'688.92	-	201'936.00	403'872.00	403'872.00
Total		**EMPD nouveaux équipements**	-	-	-	-	**336'238.50**	**672'477.00**	**672'477.00**
		Equipement actuels	**291'207.70**	**291'207.70**	**291'207.70**	**50'000.00**	**10'000.00**	**10'000.00**	-
		Budget exploitation (max)	**291'207.70**	**291'207.70**	**291'207.70**	**50'000.00**	**346'238.50**	**682'477.00**	**672'477.00**

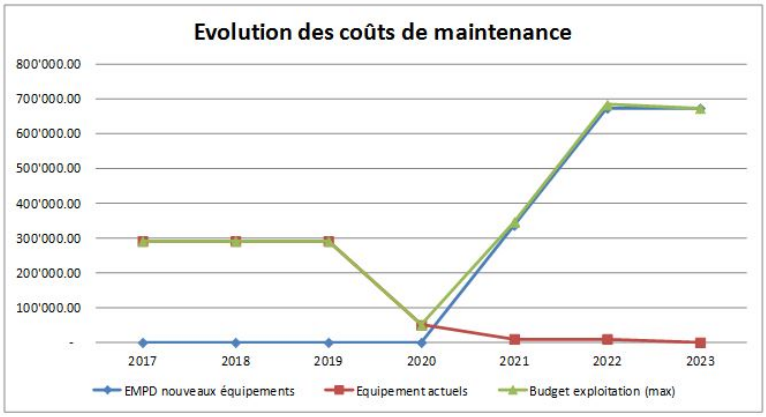
Il faut préciser que :

- Les données de 2017 à 2019 sont une projection basée sur la moyenne des données issues du Datawarehouse sur période allant de 2009 à mi 2016.
- L'année d'ouverture du nouvel Hôpital des enfants, les montants annuels devront être révisés pour intégrer la date de mise en service effective des équipements (prorata temporis). De plus, les coûts de maintenance indiqués ont été ajustés pour prendre en compte l'année de garantie qui couvre les maintenances correctives mais pas les maintenances préventives qui sont obligatoires pour satisfaire à l'ordonnance sur les dispositifs médicaux (Odim).

Le graphique ci-dessus présente l'évolution du budget de maintenance du CHUV à planifier pour assurer la maintenance des équipements acquis dans le cadre de cet EMPD.

Dans cette analyse, l'hypothèse appliquée pour les équipements transférés est que le montant actuel

d'exploitation des équipements diminuera régulièrement au fur et à mesure des renouvellements pour atteindre CHF 50'000 en 2020, CHF 10'000 en 2021 et 2022 puis CHF 0 en 2023. Les diminutions de charges relatives au désengagement de ces équipements sont indiquées dans le tableau 7.14 (Récapitulation des conséquences du projet sur le budget de fonctionnement).



3.9.4 Conclusion

Le transfert de HEL et de la pédiatrie du BH vers le nouvel Hôpital des enfants engendrera un surcoût pour le budget maintenance. Outre l'évolution technologique qui participe à l'augmentation des coûts de la maintenance, la plus-value pour la maintenance s'explique aussi par :

- L'augmentation du nombre de certains locaux comme par exemple le bloc opératoire qui actuellement se compose de trois salles à l'HEL auxquelles il faut ajouter une salle au BH07 et dont le nombre sera porté à 6 salles dans le nouvel hôpital.
- Les équipements supplémentaires nécessaires pour exploiter ces nouveaux locaux impacteront directement le budget de maintenance.

3.10 Evolution du crédit d'inventaire

Dans le cadre du compte spécial intitulé " Crédit d'inventaire " (décret du 3 mai 2011) qui finance les investissements ordinaires nécessaires au fonctionnement du CHUV, l'article 3 du décret prévoit que le montant total net des acquisitions au bilan de l'Etat ne peut excéder CHF 118 mios.

Les acquisitions d'équipements qui seront établies pour l'hôpital des enfants, en cas d'adoption du projet de décret, tout comme ceux acquis dans le cadre de l'EMPD No 292 de mars 2016 pour financer l'équipement du bloc opératoire principal du CHUV ne viendront initialement pas impacter le montant total net des CHF 118 mios porté au bilan de l'Etat. Il conviendra toutefois de réévaluer ce point lors du renouvellement de ces équipements à l'horizon 2029 et même plus tôt, en considérant les autres acquisitions effectuées sur un crédit similaire :

- EMPD No 170 de juillet 2014 pour la création d'un laboratoire de production cellulaire pour l'immunothérapie ;
- EMPD No 292 de mars 2016 pour financer l'équipement du bloc opératoire principal du CHUV.

A cela s'ajoute, les nombreux projets de création ou d'aménagement de bâtiments du CHUV, dont les équipements sont financés entièrement à charge du crédit d'inventaire du CHUV et qui viendront impacter fortement le montant total des acquisitions portées au bilan de l'état, citons notamment :

- " Plexus " : plateforme logistique inter-cantonale Vaud-Genève ;
- " UCP " : Unité Centrale de Production (2018) ;
- L'équipement des salles hybrides du bloc opératoire principal du CHUV ;
- L'extension du service de médecine intensive adulte (SMIA) ;

– etc.

Cas échéant, le Conseil d'Etat soumettra au Grand Conseil, durant la prochaine législature, une modification du décret pour la création d'un compte spécial intitulé " crédit d'inventaire " pour le CHUV (DCSHC) pour augmenter la limite de la valeur nette au bilan et permettre ces renouvellements d'équipements et/ou nouvelles acquisitions.

L'évolution prévisible des charges d'amortissement et de la valeur nette des immobilisations financées par l'exploitation courante devra être simulée afin d'estimer la date souhaitable d'évolution du DCSHC. Son évolution, dans les années à venir, sera également conditionnée à la probable augmentation d'activité du CHUV, ainsi qu'à la hausse du prix des équipements (selon l'indice des prix à la consommation).

3.11 La stratégie d'achat

3.11.1 Les principes généraux

Les équipements qui seront installés dans le nouvel Hôpital des enfants feront l'objet d'une attention particulière afin de faciliter la mise en place d'un parc cohérent et homogène mais tout en veillant à déployer les équipements strictement nécessaires à l'activité. Sachant que les équipements ne peuvent être mutualisés les choix qui seront réalisés devront permettre avant tout de :

– garantir le transfert sécuritaire des structures actuelles HEL et BH vers le nouvel hôpital ;
– former les utilisateurs à la sécurité d'utilisation ;
– réduire les coûts de la maintenance avec la mutualisation des contrats de maintenance en cas de maintenance externalisée ;
– former les techniciens de maintenance (interne au CHUV) en cas de choix d'une maintenance internalisée ;
– regrouper les acquisitions pour bénéficier d'un effet "volume" afin de diminuer les coûts d'acquisition ;
– satisfaire à la politique d'achat responsable de la CAIB qui vise à respecter le principe du meilleur rapport qualité/prix pour les mandats d'approvisionnement du CHUV en prenant en compte les dimensions écologiques, sociales et économiques dans les acquisitions.

3.11.2 Les marchés publics et la procédure d'acquisition

L'ensemble des acquisitions se fera selon les procédures du CHUV basées sur les règles de gestion des immobilisations. Pour les montants supérieurs à CHF 250'000 (HT) des procédures d'appel d'offres dites " ouvertes " selon l'AIMP (accord inter cantonal sur les marchés publics du 15 mars 2001) seront mises en place.

Comme déjà indiqué, en raison du décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds (DREMTL) adopté par le Grand Conseil le 29 septembre 2015, le Conseil d'Etat, dans le cadre du présent EMPD, renonce à demander le financement de l'équipement médico-technique lourd envisagé pour le nouvel hôpital des enfants et qui se compose d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique. Cet équipement devra en effet faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la commission cantonale d'évaluation *via* le Département de la Santé et de l'Action Sociale, avant toute décision de financement.

4 LA CONSTRUCTION D'UN PARKING EN OUVRAGE

<u>Préambule</u>

De nouvelles places de parc adaptées aux dimensions du projet sont indispensables pour les familles des enfants accueillis au sein du nouvel hôpital des enfants (urgences, ambulatoire et hospitalisation),

ainsi que pour une partie des collaborateurs qui exercent dans des créneaux horaires particuliers, non desservis par les transports publics. Aujourd'hui le site de Montétan compte 165 places dont une petite soixantaine pour les patients.

Le plan d'affectation cantonal (PAC) permet une croissance nette de 230 places de parking dans le cadre de la réalisation des parkings souterrains du bâtiment Agora et du parking de l'hôpital des enfants. Dans le cadre de l'EMPD no. 11 du mois d'octobre 2012, le Conseil d'Etat évoquait la possibilité de construire environ 250 places de parking pour un coût de CHF 11 millions. Cependant, compte tenu des contraintes constructives et financières en présence, il est proposé de réduire ce potentiel constructif à 139 places. Ainsi, ensemble avec la construction du parking dans le bâtiment Agora, le nombre de places augmentera de 194 places nettes d'ici 2020 en comparaison avec la situation en 2016.

Les contraintes constructives

L'avancement du projet architectural permet aujourd'hui de déterminer le volume des travaux en génie civil nécessaires à la construction d'un parking en sous-sol. Plusieurs difficultés, en sus des contraintes géotechniques déjà identifiées (nature de la roche molassique) lors de la demande de l'octroi du crédit pour la construction de l'hôpital des enfants, sont venues s'ajouter. Elles engendrent dorénavant une limitation du nombre de places à 139 pour un coût de réalisation , de CHF 10.65millions. En effet, des terrassements supplémentaires, des reprises en sous-œuvre et des murs de soutènement, ainsi que des aménagements sécuritaires, sont autant d'éléments nécessaires à sa réalisation qui n'avaient pas pu être anticipés.

Par ailleurs, les flux de circulation sont tels sur la rue du Bugnon qu'il est nécessaire de créer des rampes d'accès en deux points de l'édifice. Le parking sera donc conçu avec une entrée à l'ouest et une sortie à l'est, de façon à ne pas faire se réengager les usagers sur la rue du Bugnon, mais les obliger à sortir à l'autre extrémité du bâtiment. Dans une configuration idéale, une seule rampe d'accès pour l'entrée et la sortie aurait pu suffire, mais des simulations réalisées par une société spécialisée ont montré que faire entrer et sortir les véhicules sur la rue du Bugnon achèverait de congestionner cette artère déjà saturée. Dès lors, une rampe supplémentaire doit être conçue pour la sortie à l'ouest ; elle prendra une forme assez complexe, hélicoïdale, pour être positionnée à la pointe est du bâtiment. De plus, de créer un seul étage n'est pas optimal non plus en termes de rationalisation économique.

Les alternatives

L'option de renoncer à la construction de ce parking a été examinée, mais elle n'est pas envisageable. D'une part, le projet ne s'épargnera pas une excavation puisque qu'il a été développé dans cette hypothèse, à savoir que les nappes techniques du bâtiment transitent en partie dans les sous-sols de l'édifice, soit dans le plafond du futur parking. D'autre part, l'espace est rare sur la Cité hospitalière et l'opportunité de créer des places de parc dans un parking souterrain ne va pas se représenter. Enfin, le CHUV se doit d'offrir des places de déposes pour les familles ainsi que pour ses collaborateurs et cette offre est déjà inférieure à celle sur le site actuel de Montétan.

La construction d'un parking en sous-sol de l'hôpital des enfants, estimée à hauteur de CHF 11 millions en 2012, avait été annoncée comme pouvant être financée sur les ressources propres du CHUV. Or un tel financement n'est pas compatible avec les dispositions légales qui prévoient que seules des investissements pour un montant inférieur à CHF 8 millions peuvent être assumés par la trésorerie du CHUV.

Conformément à l'EMPD No. 11 de 2012, le CHUV a également analysé la piste d'un partenariat public-privé (PPP). Dans ce cadre, il faut tenir compte que pour les différents motifs exposés ci-dessus, le coût de la construction et le coût par place de parc atteint désormais près de CHF 80'000.- l'unité. Amortir et rentabiliser un tel investissement nécessiterait dès lors de pratiquer des tarifs bien trop

onéreux avec un modèle de rendement du secteur privé. Pour rentabiliser une telle réalisation en partenariat public-privé (PPP), il n'aurait pas été possible d'offrir des tarifs avantageux aux familles et aux collaborateurs sans que le CHUV ne doive largement les subventionner. Par ailleurs, un PPP aurait nécessité de créer une propriété par étages, ce qui est peu, voir pas intéressant pour l'Etat au vue de la nature très diverse des réalisations, soit un parking versus un hôpital.

Le Conseil d'Etat a dès lors renoncé à la perspective d'un PPP.

Synthèse

Il convient de rappeler que la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé ratifiée par la Suisse en 1997 est reconnue comme un standard de facto pour la prise en charge de l'enfant hospitalisé qui doit être suivie par les hôpitaux européens et suisses dans des projets de rénovation comme dans l'élaboration de nouveaux hôpitaux pédiatriques (ce qui a été le cas pour l'élaboration des projets de construction des nouveaux hôpitaux pédiatriques de Zürich et de Bâle).

Elle impose notamment de prévoir la possibilité pour les enfants hospitalisés d'avoir un de ses parents à ses côtés pendant la durée de son séjour. Or les coûts du parcage du véhicule d'un parent accompagnant ne sont pas pris en charge par la LAMal. Ce coût est à l'heure actuelle partiellement pris en charge par le CHUV, sous la forme de bons de réduction remis aux parents des jeunes patients. Il n'est pas dans les missions d'une institution publique de poursuivre ce subventionnement indirect d'un parking privé.

Le financement d'un parking par l'Etat paraît donc raisonnable et indispensable, dès lors qu'il contribue à permettre au CHUV de respecter ses engagements de mission publique à savoir la volonté de maintenir un tarif en phase avec sa vocation (mettre à disposition des places de parc pour les familles des patients et les collaborateurs, dont les horaires ne correspondent pas à l'offre des transports publics). En fonction des cas et selon les critères établis par une directive institutionnelle, les familles d'enfants pris en charge par le CHUV bénéficient de bons permettant d'acquérir des cartes de parking à prix réduit, donnant droit à 8 heures d'utilisation pour un montant de CHF 5 au lieu de CHF 20 ou pour 16 heures d'utilisation de CHF 12 au lieu de CHF 50. Des réductions supplémentaires existent pour les familles de condition économique modeste. Le budget annuel consacré à ces mesures de soutien atteint CHF 130'000.- en 2017.Du fait de la mise à disposition de 39 places à tarif préférentiel, le CHUV n'aura plus à assurer ces charges.

Fort de ce qui précède, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de financer le parking de l'Hôpital des enfants par voie de décret tout en garantissant la neutralité financière de l'investissement à consentir (budget d'exploitation et budget d'investissement cumulés).

Le bilan financier ci-dessous présente de manière détaillée cet équilibre général.

– Les charges d'exploitation et d'investissement se présentent comme suit :

Charges			
Coût de l'ouvrage	10'650'000.00		
Amortissement nb d'année		33	322'800.00
Intérêt	0.55	4%	234'300.00
Charges entretien			75'000.00
Suppression de la subvention des places pour les familles			-130'000.00
Total charges			**502'100.00**

– Les revenus d'exploitation se présentent comme suit :

Le CHUV n'a pas adapté ses tarifs sur les places de parking octroyés aux collaborateurs du CHUV en vertu de la politique de mobilité institutionnelle depuis le 1er janvier 2012. En vue de l'ouverture de l'Hôpital des enfants et de son parking, le CHUV prévoit d'adapter les revenus de location à partir du 1er janvier 2022 à l'évolution du coût de la vie. Les places visiteurs seront pour leur part mis à

disposition à un tarif horaire de 1 franc. La politique de soutien ciblée des familles aux revenus modestes et par ailleurs maintenue en ayant recours à ces places de visiteurs au sein du parking de l'Hôpital des enfants.

Revenus des places de parc de l'hôpital des enfants					
selon tarification 1er janvier 2012	nb de places	facteur pool	tarif/mois	nb mois	
Places personnel	60	1.34	105.00	12	101'304.00
Places personnel	40	1.00	160.00	12	76'800.00
Places visiteurs	39		240.00	12	112'320.00
Total	**139**				**290'424.00**
Adaptation des revenus de location au coût de la vie au 1er janvier 2022					
Total					**224'220.00**
Total revenus					**514'644.00**
Couverture					**12'544.00**

La tarification pour les places visiteurs, qui seraient celles consacrées au soutien des familles, a été valorisée à 8.- la journée.

Ainsi, le bilan général présente un léger excédent (revenus : CHF 514'644.-/charges : CHF 502'100.-).

5 L'ADAPTATION DU CADRE NORMATIF

Comme il est fréquemment le cas dans des projets d'envergure, le cadre législatif, dans lequel un crédit d'investissement a été octroyé, a pu subir des modifications, entre le décret et la mise à l'enquête. C'est le cas pour l'hôpital des enfants. Conformément à la Loi sur les finances (LFin 610.11), un crédit additionnel destiné à compléter un crédit d'investissement peut être sollicité s'il s'avère, avant ou en cours d'exécution de projet, que son montant est insuffisant (art.35 al. 1).

5.1 Nouvelles directives de protection incendie

La norme de protection incendie, entrée en vigueur au 1er janvier 2015 (AEAI 2015), a introduit de profondes mutations qui touchent à la fois l'organisation, les responsabilités, les concepts et les prescriptions en la matière. L'ECA n'est plus en charge de valider les plans de protection incendie, mais doit désormais s'assurer que les documents aient été approuvés par un spécialiste, respectivement un expert fédéral en protection incendie breveté.

Les bâtiments sont maintenant classifiés en 4 degrés (AQ1 à AQ4). La plupart des immeubles du CHUV sont répertoriés AQ3, en fonction de leur mission de soins et leur hauteur, ce qui est le cas de l'hôpital des enfants. Le CHUV a formé, à ses frais un collaborateur spécialiste en protection incendie habilité à signer les documents ad hoc jusqu'au niveau AQ2. Mais les exigences nécessaires à l'obtention du brevet d'expert fédéral, encore plus élevées techniquement, ont contraint le CHUV à déléguer cette tâche à un expert externe, seul habilité à signer les documents des niveaux AQ 3 et 4. Ces experts sont actuellement peu nombreux en Suisse et leurs prestations, en conséquence, coûteuses.

Pour le degré AQ3, la conformité de l'exécution avec les exigences de protection incendie doit être assurée par l'expert en réalisant un suivi détaillé de la mise en œuvre, une méthodologie par sondage ponctuel demeurant interdite. Ce qui implique une présence quasi permanente sur le chantier pour contrôler les livraisons, ainsi que la réalisation des éléments de protection incendie, tels que portes et murs coupe-feu. L'organisation et l'exécution de tous les tests intégraux (test des réactions des équipements du bâtiment à tous les scénarios incendie prévus) entrent dans le même processus. Dans le cadre de ce projet, cette prestation est chiffrée à 2800 heures. Ce travail était assuré jusqu'à présent, avec succès, par l'équipe sécurité de la Direction du CIT-S du CHUV (CIT-S), mais comme précisé

n’est plus possible pour ce degré suite à l’introduction de cette nouvelle norme.

Les modifications des prescriptions ont également conduit le groupement GMP-Ferrari à reprendre les plans pour les adapter aux nouvelles exigences (compartimentage coupe-feu, voies d'évacuation, nombre de cages d'escalier, matériaux, etc.).

5.2 Nouvelles normes pour les installations électriques à basse tension (NIBT)

Une nouvelle version de la norme sur les installations basse tension (NIBT) est entrée en vigueur au 1er janvier 2015. Deux modifications touchent en particulier le monde hospitalier :

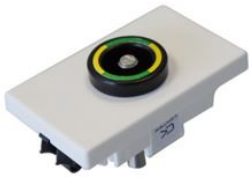
1. L'évolution des principes de mise à terre.
2. La compatibilité électromagnétique.

Ces deux évolutions impliquent un certain nombre de nouvelles obligations pour le CHUV, en particulier, la mise à terre par l'intermédiaire d'un câble (dit d’équipotentialité) de toutes les parties métalliques. Cette disposition concerne par exemple les canaux des gaz médicaux (canaux GTUM), les éviers de vidange en acier inoxydable des locaux sales, les protections murales, les butées de lit, etc.

La pose de protections contre les surtensions, ainsi que des parafoudres en amont des appareils sensibles, est également imposée.

Les quatre catégories de locaux hospitaliers, définis depuis plusieurs décennies dans les NIBT précédentes, ont été remplacées par trois nouveaux groupes, avec des recommandations associées, en particulier celle de mettre en place des bornes de mise à terre (ZPA) pour tous les équipements médico-techniques.

Image ZPA :



Ces recommandations ont été analysées en détail par l’ingénierie du CHUV, en particulier les points qui concernent les chambres des patients. Basés sur leur longue expérience, les ingénieurs du CHUV ont conclu que les équipements médico-techniques, conformes aux normes européennes les plus sévères (certification CE), offrent une protection des patients largement suffisante et ont décidé de ne pas mettre de protections contre les surtensions dans les chambres.

Ainsi, l'application de l'ensemble de ces mesures a pu être réduite à CHF 110'000.- TTC (hors honoraires).

5.3 Nouvelle loi sur l’énergie

Le Grand Conseil a accepté l’option d’accorder un seul crédit d’investissement incluant les études et la réalisation, dans le cadre de la sollicitation des crédits pour la réalisation de l’Hôpital des enfants. L’EMPD n°11 d’octobre 2012 précisait que cette démarche visait une économicité de moyens et comportait de nombreux avantages, en particulier une simplification de la procédure et un incitatif financier clair.

Il ne pouvait toutefois pas être anticipé ni planifié que la Loi sur l’énergie et son règlement d’application (RLVLEne) évolueraient et que les modifications normatives qui en découlent auraient un impact sur les coûts et la délivrance de l’autorisation de construire, en raison de sa directive sur l’exemplarité de l’Etat entrée en vigueur au 1er trimestre 2016. Or cette modification législative a un impact très important. Les mandataires du CHUV ont analysé l’impact financier et technique de la nouvelle loi, soit en particulier le passage de Minergie à Minergie P ECO en application du nouvel article 24 RLVLEne. L’augmentation des coûts qui en résulte est de l’ordre de CHF 5 millions,

montant dont le CHUV n'a pas la disponibilité.

Pour mémoire, l'EMPD n°11 d'octobre 2012 précisait : *Le bâtiment sera conçu sur la base des normes Minergie et atteindra les valeurs cibles de la norme SIA 380/1. Concernant le volet Minergie-ECO, les organes de contrôle et d'analyse prenant en compte la catégorie d'affectation hospitalière ne sont pas encore disponibles (tant ''smeo'' que Minergie-ECO). En l'état, la vérification de conformité ne peut être effectuée que sur la base d'une affectation administrative, qui ne tient nullement compte des spécificités et contraintes du milieu médical. Dans ces conditions, l'exercice ECO sera effectué en s'appuyant sur les éco-devis, avec comme objectif de tendre vers ces nouvelles exigences, mais sans garantie du fait des contraintes hospitalières.*

Le dépôt de la demande de permis de construire pour l'hôpital des enfants intervient au mois d'octobre 2016. Le CHUV a sollicité une autorisation de dérogation auprès du Département du territoire et de l'environnement (DTE), fondée sur l'article 6 LVLEne relatif à la proportionnalité qui précise : *" Des mesures ne peuvent être imposées que si elles sont techniquement réalisables et exploitables, dans des limites économiquement supportables. "*. De plus il convient de préciser que le standard Minergie P est peu applicable à un hôpital qui ne peut pour des raisons de soins en particulier d'hygiène renoncer à des infrastructures techniques lourdes et complexes.

Dans le cas du projet de l'Hôpital des enfants, et s'agissant d'exigences liées à l'hygiène, à la sécurité ou à la modularité requise, des exceptions aux critères ECO peuvent être octroyées, pour autant que l'on vise à atteindre pour le reste le meilleur résultat.

En ce qui concerne les exigences énergétiques, le projet ayant été conçu et choisi selon les anciennes exigences d'exemplarité de l'Etat, à savoir avant les exigences Minergie P, et en l'absence temporaire d'une directive du Conseil d'Etat précisant quelles sont les performances équivalentes, une dérogation exceptionnelle est octroyée par le Département du territoire et de l'environnement (DTE) sous condition de viser là aussi le meilleur résultat possible, avec au minimum le standard Minergie ou équivalent.

Par conséquent, les surcoûts liés à l'évolution du cadre légale se monte uniquement à environ CHF 900'000.- .

6 CRÉDIT D'INVESTISSEMENT

6.1 Les coûts

6.1.1 Les équipements médico-techniques

Le tableau ci-après résume les coûts pour les équipements médico-techniques en incluant la part à la charge du CHUV pour les équipements dont le prix unitaire est inférieur à CHF 3'000.- :

Bilan	avec les moins de 3'000 CHF	sans les moins de 3'000 CHF
Logistique	3'280'337.00	1'292'627.00
Informatique	2'435'000.00	1'500'000.00
Equipements et mobiliers médicaux	17'606'280.00	13'644'900.00
Equipements liés à l'infrastructure	3'545'532.00	3'545'532.00
Sous Total budget équipements (CHF TTC)	**26'867'149.00**	**19'983'059.00**
Honoraires sur équipements	1'450'000.00	1'450'000.00
Sous-total (CHF TTC)	**28'317'149.00**	**21'433'059.00**

Arrondi crédit EMPD équipement (CHF TTC)	**21'500'000.00**

Financement par le CHUV	
Prestations CHUV (3 EPT)	1'024'000.00
Investissement CHUV -3000 CHF	5'384'090.00
Investissement CHUV Crédit Inventaire CHF	1'500'000.00
Total financement CHUV(CHF TTC)	**7'908'090.00**

6.1.2 Le parking

Au vu des coûts annoncés pour la construction du parking, soit de CHF 10.65millions pour 139 places, le coût de construction d'une place correspond à CHF 76'600.-la place, soit un montant supérieur aux valeurs moyennes actuelles. Comme évoqué plus haut, plusieurs facteurs péjorent le coût de la place en particulier les travaux spéciaux relatifs au lien avec le bâtiment, un parking sur un étage avec deux rampes conséquentes, le nombre de places, et également la nécessité que le parking puisse supporter les charges d'un hôpital.

A titre de comparatif, ce parking se situe dans les standards de celui de la gare à Vevey soit CHF 88'000.- la place pour 111 places. Afin de permettre une bonne rentabilité du parking le coût de la place ne devrait pas excéder CHF 50'000.- ce qui explique notamment pourquoi il n'a pas été possible de déboucher sur un partenariat.

L'écart de CHF 26'600.-la place est dû à :

Reprise en sous-œuvre et travaux spéciaux (pieux sécants, paroi berlinoise, étayages, etc.)	**6'600.-**
Ancrages	4'000.-
Renforcement structure pour supporter l'hôpital	5'000.-
Rampe d'accès	2'900.-
Protection incendie et désenfumage	2'100.-
Honoraires sur plus-value	6'000.-
Total	**26'600.-**

Les coûts ont été estimés par les mandataires à l'issue de l'avant-projet avec un degré de précision estimée à +/- 15%, en date du 11 novembre 2015, indice octobre 2015.

Le détail par CFC se présente comme suit :

CFC	Libellé	Construction		%
1	Travaux préparatoires	CHF	1'405'000	14.3%
2	Bâtiment	CHF	7'629'100	77.6%
3	Equipements d'exploitation	CHF	-	0.0%
4	Aménagements extérieurs	CHF	278'500	2.8%
5	Frais secondaires, taxes	CHF	460'191	4.7%
7	Equipement d'exploitation médicale	CHF	-	0.0%
9	Ameublement et décoration	CHF	53'000	0.5%
	TOTAL GENERAL HT	**CHF**	**9'825'791**	100.0%
	(Dont honoraires HT)	*CHF*	*1'647'000*	*16.8%*
	TVA	CHF	786'063	8.00%
	TOTAL GENERAL TTC Sans animation artistique	**CHF**	**10'611'854**	
	Animation artistique (0.5 % du CFC 2 se basant sur le coût total de l'ouvrage yc EMPD 2012), TTC	CHF	38'146	
	TOTAL GENERAL TTC **AVEC ANIMATION ARTISTIQUE**	**CHF**	**10'650'000**	
	Prestation CHUV	CHF	-	
	TOTAL GENERAL TTC	**CHF**	**10'650'000**	

6.1.3 Le cadre normatif

Les coûts relatifs au cadre normatif se montent à CHF 1'900'000.- TTC et se résument comme suit :

	Cadre normatif	Nécessaire car hors art 24 LVLEne	TOTAL DEMANDE EMPD
Façades	1'730'000.--		0.--
Isolation de l'enveloppe	980'000.--		0.--
Test d'étanchéité	60'000.--		0.--
Panneaux photovoltaïque	600'000.--	600'000.--	600'000.--
Chauffage ventilation climatisation	490'000.--		0.--
Honoraires physicien	310'000.--	114'566.--	114'566.--
Honoraires Team	770'000.--	132'581.--	132'581.--
Frais secondaires	200'000.--	50'000.--	50'000.--
Sous-total LVLEne	**5'140'000.--**	**897'147.--**	**897'147.--**
Normes SIA 180			
Confort thermique estival	50'000.--		50'000.--
Normes SIA 38571 et 385/2			
Isolation des conduites de chauffage	220'000.--		220'000.--
Isolation des conduites sanitaires	110'000.--		110'000.--
Honoraires	70'000.--		19'624.--
Frais secondaires	20'000.--		10'000.--
Sous-total SIA	**470'000.--**		**409'624.--**
AEAI Prestation d'expertise	443'490.--		443'490.--
Sous-total AEAI	**443'490.--**		**443'490.--**
NIBT	110'000.--		110'000.--
Honoraires	30'000.--		5'681.--
Frais secondaires	5'000.--		5'000.--
Sous-total NIBT	**145'000.--**		**120'681.--**
TOTAL TTC	**6'198'490.--**		**1'870'942.--**
Arrondi	**6'190'000.--**		**1'900'000.--**

6.1.4 Synthèse des coûts

Equipements total arrondi TTC	21'500'000.-
Parking	10'650'000.-
Cadre normatif	1'900'000.-
Total TTC	**34'050'000.-**

6.2 Calendrier d'intention

➢ Dépôt permis de démolir	➢ Juillet 2016
➢ Dépôt permis de construire	➢ Octobre 2016
➢ Travaux préparatoires	➢ Mars 2017
➢ Adjudication entreprise générale (EG)	➢ Octobre 2017
➢ Chantier en EG	➢ Novembre 2017
➢ Fin du chantier	➢ Mai 2021
➢ Déménagements	

7 MODE DE CONDUITE DU PROJET

Conformément aux DRUIDE n° 9.2.3, la réalisation de toute construction est confiée, par le Conseil d'État, à une commission de construction. Au vu de l'ampleur du projet un comité de pilotage (COPIL) supervise la commission de construction. Ce dernier sera composé de :

- Directeur général du CHUV, en tant que président,
- Directeur administratif et financier du CHUV,
- Directeur médical du CHUV,
- Directrice des soins du CHUV,
- Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV,
- Chef du Département Femme-Mère-Enfant du CHUV,
- Directeur de la logistique hospitalière du CHUV,

- Directeur de la centrale d'achat et des ingénieurs biomédicaux Vaud Genève,
- Directeur des systèmes d'information du CHUV,
- Directeur des ressources humaines du CHUV,

La commission de construction est composée de :

- Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité (CIT-S) du CHUV, en tant que présidente,
- Directeur adjoint du CIT-S du CHUV,
- Adjoint aux constructions CIT-S du CHUV,
- Chef de projet CIT-S du CHUV,
- Chefs de service du DFME du CHUV,
- Directeur des soins du DFME du CHUV,
- Directrice administrative du DFME du CHUV,
- Directeur de la logistique hospitalière du CHUV,
- Chef de la sécurité CIT-S du CHUV,
- Chef de service ingénierie biomédicale du CHUV,
- Chef de service médecine préventive hospitalière du CHUV,
- Représentant de la centrale d'achats des HUG-CHUV,
- Chef de groupe infrastructure informatiques du CHUV,

8 CONSÉQUENCES DU PROJET DE DÉCRET

8.1 Conséquences sur le budget d'investissement

La présente demande se monte à CHF 34'050'000.- portant l'investissement total à CHF 204'050'000.- mios(EOTP I.000099). La répartition temporelle est la suivante :

Intitulé	Année avant 2017	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année future	Total
a) Transformations immobilières : dépenses brutes	11'970	13'246	49'570	51'370	77'894	204'050
a) Transformations immobilières: recettes de tiers	-		-	-	-	-
a) Transformations immobilières : dépenses nettes à charge de l'Etat	**11'970**	**13'246**	**49'570**	**51'370**	**77'894**	**204'050**
b) Informatique : dépenses brutes	-	-	-	-	-	-
b) Informatique : recettes de tiers	-	-	-	-	-	-
b) Informatique : dépenses nettes à charge de l'Etat	-	-	-	-	-	-
c) Investissement total : dépenses brutes	11'970	13'246	49'570	51'370	77'894	204'050
c) Investissement total : recettes de tiers	-	-	-	-	-	-
c) Investissement total : dépenses nettes à la charge de l'Etat	**11'970**	**13'246**	**49'570**	**51'370**	**77'894**	**204'050**

8.2 Amortissement annuel

Pour le décret relatif aux équipements, l'amortissement annuel des investissements, prévu sur 5 ans selon la directive 23 base de la LFIN se monte àCHF 4'300'000.- à inscrire au service publié 053.3300. Comme le décret sera adopté durant le 1er semestre 2017, le début de l'amortissement commencera en 2018.

Pour le décret relatif au parking, l'amortissement est prévu sur 33 ans et il sera de CHF 322'800.- dès l'année 2018.

Les charges des amortissements seront imputées, selon la méthode REKOLE, par le Département des finances et des relations extérieures au compte du CHUV.

Pour le décret relatif au cadre normatif, l'amortissement est prévu sur 25 ans mais sera amorti en 21 ans pour coïncider avec l'amortissement du décret qui devrait échoir en 2039. L'amortissement

annuel sera de CHF 90'500.-dès l'année 2018.

8.3 Charges d'intérêt

Pour le décret relatif aux équipements,la charge annuelle d'intérêt pour l'investissement demandé, calculée au taux de 4% [(CHF21'500'000.-)*4%*0.55] se monte à CHF 473'000. –. Les charges d'intérêts seront imputées par le Département des finances et des relations extérieures au compte du CHUV.

Pour le décret relatif au parking , la charge annuelle d'intérêt se monte à CHF 234'300.-.Les charges d'intérêts seront imputées par le Département des finances et des relations extérieures au compte du CHUV.

Pour le décret relatif au cadre normatif, la charge annuelle d'intérêt se monte à CHF 41'800.-. Les charges d'intérêts seront imputées par le Département des finances et des relations extérieures au compte du CHUV.

8.4 Conséquences sur l'effectif du personnel

Dans le cadre de ce projet, il est important d'avoir des personnes dédiées à son accompagnement comme expliqué au chapitre 3.5 " les prestations CHUV ". Ils seront nécessaires pour l'étude des dossiers avant leur acquisition, pour le démontage des installations et la mise en exploitation des nombreux équipements concernés par cet EMPD. La période durant laquelle le support de ces personnes est nécessaire avant que l'activité soit reprise dans le cadre de l'exploitation est la période de milieu 2018 à milieu 2020. La charge de ces prestations CHUV représente, sur 3 ans,CHF 1'024'000.-.

Comme énoncé dans le chapitre 3.5, ce personnel sera engagé soit sous forme de contrats à durée déterminée (CDD) soit de contrats à durée indéterminée (CDI) sur un fonds spécifique de l'exploitation courante comme le permet la Loi sur les Hospices-CHUV (LHC, article 3k).

8.5 Autres conséquences sur le budget de fonctionnement

Pour les frais d'exploitation du parking, sur la base d'une étude préliminaires de Parking Management Services SA (P.M.S.) pour le parking du Biopôle, le CITS a estimé provisoirement des charges d'exploitation annuelle d'environ CHF 75'000.-, qui tiennent notamment compte d'une mutualisation des ressources humaines avec le personnel du CHUV pour la gestion du parking et son entretien.

Ces frais d'exploitation seront couverts par les futures recettes du parking. Ces dernières devront être précisées ultérieurement avec une politique tarifaire adaptée aux visiteurs du futur Hôpital des enfants.

Les diminutions de charges du budget de fonctionnement sont liées au désengagement des équipements de HEL soit :

Intitulé	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Total
Diminution de charges	-	-	- 241'207.70	- 522'415.40	- 1'044'830.80	-1'808'453.90

8.6 Conséquences sur les communes

Néant.

8.7 Programme de législature (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

8.8 Conséquences sur l'environnement, le développement durable et la consommation d'énergie

Dans le cadre de ces acquisitions, une attention particulière sera portée à la problématique de la consommation d'énergie et à l'impact environnemental des équipements.

Pour toutes les acquisitions, la politique d'achat responsable de la CAIB sera appliquée dans l'optique de respecter le principe du meilleur rapport qualité/prix tout en prenant en compte les dimensions écologiques, sociales et économiques dans les acquisitions.

8.9 Loi sur les subventions (application, conformité)

Néant.

8.10 Conformité de l'application de l'article 163 Cst-VD

8.10.1 Examen du projet en regard de l'article 163, 2ème alinéa Cst-VD

La Constitution vaudoise exige du Conseil d'État que ce dernier, avant de présenter tout projet de loi ou de décret entraînant des charges nouvelles, s'assure de leur financement et propose, le cas échéant, les mesures fiscales ou compensatoires nécessaires. La notion de charge nouvelle se définit par opposition à la notion de dépense dite "liée".

A ce jour, une dépense est considérée comme liée si elle est absolument nécessaire à l'exécution d'une tâche publique ordonnée par la loi ou si son principe et son ampleur sont prévus par un texte légal antérieur, ou encore si sa nécessité était prévisible lors de l'adoption d'un tel texte.

L'on est, à contrario, en présence d'une dépense nouvelle lorsque l'autorité de décision a une liberté d'action relativement grande quant à l'étendue de la dépense, quant au moment où elle sera engagée ou quant à d'autres modalités.

Il découle de ce qui précède que, pour prouver le caractère "lié" d'une dépense, l'on doit examiner un projet particulier en trois étapes. La première porte sur le principe de la dépense envisagée (s'agit-il d'une dépense résultant de l'exercice d'une tâche publique ?). La deuxième porte sur la quotité de la dépense (la solution choisie se limite-t-elle au strict nécessaire ?). La troisième étape porte sur le moment de la dépense envisagée (l'exercice de la tâche publique touchée ou la base légale invoquée imposent-elles l'engagement d'une dépense au moment où elle est proposée ou le législateur dispose-t-il, là encore, d'une marge de manœuvre lui permettant de reporter la dépense à un exercice budgétaire subséquent ?).

C'est l'examen auquel il est procédé ci-dessous, non sans avoir préalablement rappelé les faits démontrant la nécessité de ces investissements.

8.10.2 Rappel des faits

Des différentes études menées sur l'optimisation de la pédiatrie universitaire depuis les années 1990, c'est l'option d'un regroupement des différentes activités sur un site unique, mais sans les unités lourdes, qui s'est avérée la plus probante. Ainsi, un nouvel hôpital des enfants va concentrer dès 2021 la majorité des activités pédiatriques au cœur de la Cité hospitalière. Cette réalisation est rendue possible grâce à l'octroi d'un crédit d'investissement de CHF 170 millions accepté à l'unanimité en 2013 pour financer la construction du bâtiment dédié à cette activité, sur le site du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Cette décision va permettre de valoriser les synergies avec la médecine adulte et les plateaux techniques. Ce bâtiment intégrera le programme strictement nécessaire à la pédiatrie (Hôpital de l'enfance aujourd'hui situé sur le site de Montétan, ainsi que les étages 7, 10 et 11 du BH), sans réaliser les infrastructures dites lourdes, puisque les plateaux techniques du BH seront immédiatement accessibles par une liaison dédiée. Outre l'amélioration des aspects sécuritaires, organisationnels et fonctionnels, il en résultera un désengorgement pour les besoins de la médecine adulte, par la mise à disposition des étages ainsi libérés pour la création d'un hôpital de médecine générale de l'adulte d'une centaine de lits.

Le but du présent exposé des motifs et projet de décrets est de solliciter ce crédit d'investissement complémentaire pour financer l'acquisition des équipements médico-techniques nécessaires à l'Hôpital des enfants. Un second décret porte sur le financement d'un parking de 139 places en sous-sol du nouvel édifice et l'adaptation aux nouvelles directives en matière de protection incendie et aux normes des installations électriques à basse tension.

8.10.3 Principe de la dépense

L'article 65 de la Constitution vaudoise mentionne que *"L'État coordonne et organise le système de santé"*. Il ressort en outre de l'article 1, alinéa 2, de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public du 5 décembre 1978 (LPFES) que l'État doit, entre autres, assurer la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable par la collectivité. En particulier, son article 6, alinéa 1, chiffre 1, précise que l'État finance les investissements des établissements sanitaires d'intérêt public pour atteindre ce but.

L'article 1er de la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux (LHC) prévoit par ailleurs que ceux-ci dispensent les prestations de soins qui incombent aux institutions sanitaires cantonales.

Enfin, et de jurisprudence constante, l'activité hospitalière en division commune des hôpitaux relève d'une tâche publique.

La mission première d'assurer la fourniture de prestations pédiatriques de qualité et dans des conditions acceptables sur le long terme, doit se faire dans des conditions d'accueil et de sécurité selon les réglementations en vigueur. Dès lors, l'application des nouvelles normes est nécessaire pour être conforme à une prise en charge sécuritaire.

La construction d'un parking en sous-sol de l'hôpital des enfants, estimée à hauteur de CHF 11 millions, avait été annoncée comme pouvant être financée sur les ressources propres du CHUV. Or cette démarche n'est pas conforme aux dispositions légales. S'agissant d'une construction nouvelle, elle ne peut pas être financée sur les fonds propres du CHUV, dont seuls les investissements de rénovation et de transformation d'immeubles pour un montant inférieur à CHF 8 millions sont de sa compétence (810.11 art.14 de la Loi sur les hospices cantonaux). Dès lors, il est nécessaire de recourir au budget d'investissement de l'Etat. Aujourd'hui le site de Montétan compte 165 places dont une petite soixantaine pour les patients. Le projet de l'hôpital des enfants ne prévoit que 139 places soit une offre inférieure alors même qu'une croissance d'activité est planifiée.

L'EMPD n° 11 d'octobre 2012 pour un crédit d'investissement de CHF 170 mios destiné à financer la

construction d'un hôpital des enfants au cœur de la Cité hospitalière et accepté par décret (810.00) du Grand Conseil le 23 avril 2013. Ce décret prévoyait (art. 4) qu'un EMPD complémentaire serait présenté le premier trimestre 2017, une fois le programme architectural acquis.

Il ressort donc de tout ce qui précède que les investissements envisagés permettront de maintenir et développer la tâche publique assignée au CHUV dans le domaine des soins pédiatriques.

8.10.4 Quotité

Tous les efforts ont été conjugués pour réduire au maximum les coûts.

En ce qui concerne les exigences énergétiques, le projet ayant été conçu et choisi selon les anciennes exigences d'exemplarité de l'Etat, à savoir avant les exigences Minergie P, et en l'absence temporaire d'une directive du Conseil d'Etat précisant quelles sont les performances équivalentes, une dérogation exceptionnelle est octroyée par le Département du territoire et de l'environnement (DTE) sous condition de viser là aussi le meilleur résultat possible, avec au minimum le standard Minergie ou équivalent. Cette dérogation conduit à une non-dépense de l'ordre de CHF 4.32 mios.

Pour les aspects du cadre normatif, le CIT-S s'est positionné quant aux risques et a décidé de renoncer à effectuer des mises à terre dans les chambres d'hospitalisation. Quant aux normes AEAI, le CHUV est en discussion avec les mandataires pour éviter tous doublons. Pour l'heure, un cahier des charges est établi par le CIT-S pour éviter une surenchère liée à un marché très fermé.

8.10.5 Moment

Il est indispensable d'obtenir le financement du parking avant le début du chantier sachant que c'est la 1ère partie de l'ouvrage qui sera réalisée. Quant aux cadres normatifs, il en va de même, il n'y a pas d'alternative de réaliser le bâtiment de manière conforme et dans ce cas les investissements doivent être consentis de suite.

Quant aux équipements en particulier sur le moment choisi d'engager la dépense, les acquisitions d'équipements doivent être impérativement synchronisées avec le planning d'avancement des études et des travaux.

En résumé, l'exercice de la tâche publique concernée impose l'engagement de la dépense selon le calendrier prévisionnel indiqué dans le présent EMPD.

8.10.6 Conclusion

A la lumière de ce qui précède, il convient d'admettre que la dépense envisagée pour les deux décrets complémentaires à la construction d'un nouvel hôpital des enfants est strictement nécessaire à l'exécution des missions d'intérêt public du CHUV en matière de soins pédiatriques. Il n'existe en effet pas de solution alternative. Par ailleurs, la dépense envisagée doit être engagée le plus rapidement possible compte tenu des éléments rappelés plus haut.

Au vu de ce qui précède, il découle du caractère nécessaire, et donc lié, de la dépense propre à cette mission d'intérêt public que cette dernière n'a pas à être compensée. Toutefois, le projet sera soumis au référendum facultatif conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale, en raison de son ampleur et de sa complexité qui ne permettent pas d'établir avec une absolue certitude que, sous l'angle de la quotité, chaque franc dépensé peut être considéré comme lié.

8.11 Plan directeur cantonal (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

8.12 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

8.13 Simplifications administratives

Néant.

8.14 Récapitulation des conséquences du projet sur le budget de fonctionnement

En milliers de francs

Intitulé	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Total
Personnel supplémentaire (ETP)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Frais d'exploitation	-	-	-	292.2	628.5	920.7
Charge d'intérêt	749.1	749.1	749.1	749.1	749.1	3'745.5
Amortissement	4'713.3	4'713.3	4'713.3	4'713.3	4'713.3	23'566.5
Prise en charge du service de la dette *	-	-	-	-	-	-
Autres charges supplémentaires: *Coût énergétique du nouveau bâtiment*	291.0	291.0	50.0	10.0	10.0	652.0
Total augmentation des charges	**5'753.4**	**5'753.4**	**5'512.4**	**5'764.6**	**6'100.9**	**28'884.7**
Diminution de charges *(économies d'exploitation et gains d'échelle)*	0.0	0.0	-241.2	-652.4	-1'174.8	-2'068.4
Revenus supplémentaires	0.0	0.0	0.0	290.4	514.6	805.1
Total net	**5'753.4**	**5'753.4**	**5'271.2**	**5'402.6**	**5'440.7**	**27'621.4**

* Non applicable car le financement est cantonal.

9 CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat à l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter les projets de décrets ci-après :

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIMP : accord intercantonal sur les marchés publics

AGV : automated guided vehicle

BH : bâtiment hospitalier

CAIB : centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale

CIT-S : service des constructions, ingénierie, technique et sécurité

CHUV : centre hospitalier universitaire vaudois

DCSHC : décret pour la création d'un compte spécial intitulé "Crédit d'inventaire" pour les investissements des Hospices cantonaux

DFME : département femme-mère enfant

DGOG : département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale

DMCP : département médico-chirurgical de pédiatrie

DREMTL : décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds

DSAS : département de la santé et de l'action sociale

DSI : direction des systèmes d'information

EFR : explorations fonctionnelles respiratoires

ERP :

GMAO : Gestion de maintenance assistée par ordinateur

GTUM : Gaines techniques à usage médicale

HDJ : hospitalisation de jour

HE : hôpital des enfants

IRM : imagerie par résonance magnétique

LOH : logistique hospitalière

MEOPA : mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote

ODim : ordonnance sur les dispositifs médicaux

OREA : ordonnance sur la restitution, la reprise et l'élimination des appareils électriques et électroniques

ORL : oto-rhino-laryngologie

PAC : plan d'affectation cantonal

PACS : picture archiving and communication system

SC : soins continus

SEGA : système d'évacuation des gaz d'anesthésie

USALS : unité de soins aigus de long séjour

PROJET DE DÉCRET
accordant au Conseil d'État un crédit d'investissement de CHF 21.5 millions destiné à financer l'achat des équipements médico-techniques pour le nouvel hôpital des enfants

du 5 avril 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de décret présenté par le Conseil d'État

décrète

Art. 1

[1] Un crédit d'investissement de CHF 21.5 mios destiné à l'achat des équipements médico-techniques pour le nouvel hôpital des enfants est accordé au Conseil d'Etat.

Art. 2

[1] Ce montant sera prélevé sur le compte Dépenses d'investissement, réparti et amorti sur 5 ans.

Art. 3

[1] Le Conseil d'État est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 5 avril 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

PROJET DE DÉCRET
accordant au Conseil d'Etat un crédit additionnel d'investissement de CHF 1.9 millions destiné à financer l'adaptation au nouveau cadre normatif (directives de protection incendie et normes sur les installations électriques à basse tension NIBT)

du 5 avril 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de décret présenté par le Conseil d'État

décrète

Art. 1

[1] Un crédit additionnel d'investissement de CHF 1.9 mios destiné à financerl'adaptation au nouveau cadre normatif (directives de protection incendie et normes sur les installations à basse tension NIBT) est accordé au Conseil d'Etat.

Art. 2

[1] Ce montant sera prélevé sur le compte Dépenses d'investissement, réparti et amorti sur 21 ans.

Art. 3

[1] Le Conseil d'État est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 5 avril 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

PROJET DE DÉCRET
accordant au Conseil d'Etat un crédit d'investissement de CHF 10.65 millions destiné à financer la construction d'un parking en sous-sol du nouvel Hôpital des enfants

du 5 avril 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Art. 1

[1] Un crédit additionnel d'investissement de CHF 10.65 mios destiné à financer la construction d'un parking en sous-sol du nouvel Hôpital des enfants est accordé au Conseil d'Etat.

Art. 2

[1] Ce montant sera prélevé sur le compte *Dépenses d'investissement*, réparti et amorti sur 33 ans.

Art. 3

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 5 avril 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

OCTOBRE 2017 **RC-367**

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projets de décrets
- accordant un crédit d'investissement de CHF 21.5 millions destiné à financer l'achat des équipements médico-techniques pour le nouvel hôpital des enfants
- accordant un crédit additionnel d'investissement de CHF 1.9 millions destiné à financer l'adaptation au nouveau cadre normatif (directives de protection incendie et normes sur les installations électriques à basse tension NIBT)
- accordant un crédit d'investissement de CHF 10.65 millions destiné à financer la construction d'un parking en sous-sol du nouvel l'hôpital des enfants

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 9 juin 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan, Isabelle Freymond (en remplacement de Roxanne Meyer Keller), Véronique Hurni, Catherine Labouchère (en remplacement de Philippe Vuillemin), Graziella Schaller. MM. Alain Bovay, Fabien Deillon, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Axel Marion, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (présidence).

Excusé-e-s : Mme Roxanne Meyer Keller. M. Philippe Vuillemin.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Catherine Borghini Polier, Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Philipp Müller, Directeur administratif et financier du CHUV, Tidiane Petit, Chef du Service d'ingénierie biomédicale du CHUV.

2. PRESENTATION DE L'EMPD – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le regroupement des différentes missions dans un bâtiment ad hoc au sein de la Cité hospitalière lausannoise va se concrétiser avec la construction d'un nouvel hôpital des enfants (HE) qui intégrera dès 2021 les activités de la médecine et de la chirurgie pédiatrique. Cette réalisation a été rendue possible grâce à l'octroi d'un crédit d'investissement de CHF 170 millions accepté par le Grand Conseil en 2013 (EMPD n°11, 23 avril 2013). Cette décision va permettre de valoriser les synergies avec la médecine adulte et les plateaux techniques. L'EMPD n° 11 prévoit à son article 3 qu'un EMPD complémentaire serait présenté à l'issue des études pour financer les équipements médico-techniques et le mobilier du futur hôpital des enfants. Par le présent exposé des motifs et projets de décrets, le Conseil d'Etat sollicite le crédit d'investissement nécessaire pour équiper l'hôpital des enfants.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil un second décret pour un investissement additionnel portant sur le financement d'un parking de 139 places en sous-sol du nouvel édifice et l'adaptation aux nouvelles directives en matière de protection incendie et aux normes des installations électriques à basse tension.

Le chef du DSAS relate qu'il s'agit de l'équipement de l'hôpital des enfants dont le budget s'est quelque peu accru par rapport à ce qu'initialement annoncé dans le crédit d'ouvrage. Comme le crédit pour le parking dépasse les 8 millions, il ne peut être assumé par les seuls fonds propres du CHUV et

doit être présenté au Grand Conseil. Les produits générés par ce parking permettront d'amortir l'investissement consenti pour sa construction, ceci malgré les tarifs modérés prévus. Une clause de non-concurrence empêche en effet d'en faire un parking commercial. Il sera dès lors destiné aux familles des patients et aux collaborateurs de l'hôpital.

3. DISCUSSION GENERALE (EQUIPEMENTS MEDICO-TECHNIQUES : 21,5 MIOS)

Un commissaire demande si des synergies sont envisagées avec Genève qui construit son hôpital des enfants simultanément. Une centrale d'achat commune à Vaud et Genève est envisagée. D'autres établissements sont également partenaires afin de massifier les achats. Le chef du DSAS ajoute que si la FHV rejoignait la centrale d'achat Vaud-Genève, l'effet serait encore plus probant.

Des aménagements spécifiques sont prévus pour rendre les espaces accueillants. Les mandataires sont en train de développer cet aspect en collaboration avec un designer allemand ; CHF 600'000.- sont d'ailleurs prévus pour l'intégration de l'art dans l'hôpital « Kunst am bau ». Le concept est donc en cours d'élaboration. Cela dépend davantage du crédit de construction que de l'équipement.

Il n'y aura pas de scanner à rayons X ; l'intégration d'une IRM est discutée, toutefois elle n'a pas encore été validée par la Commission cantonale d'évaluation en matière d'équipements médico-techniques lourds. Une demande claire émane des pédiatres afin de diminuer les rayons X, et ces mêmes pédiatres font donc pression pour l'acquisition d'une IRM. Quelle que soit la décision prise, il est prévu de réserver un espace pour l'implantation d'un potentiel IRM. Il serait en effet regrettable de ne pas la prévoir, puisqu'au moment d'en installer une, il faudrait revoir complètement la salle qui l'accueillerait (travaux d'isolation lourds et onéreux).

4. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS (EQUIPEMENTS MEDICO-TECHNIQUES : 21,5 MIOS)

L'analyse de l'exposé des motifs suscite les questions suivantes.

3.1 – Les équipements logistiques

En quoi consistent plus précisément les AGV (Automatic Guided Vehicles), véhicules autoguidés ?

Ce sont des véhicules automatiques destinés au transport d'objets et qui se promènent de façon autonome uniquement dans les espaces logistiques (pas de contact avec les patients et familles). Ce sont des systèmes très robustes qui ne connaissent que peu de pannes ; souvent, il ne s'agit que de changer la batterie. L'acquisition, l'installation et la maintenance des AGV sont à la charge du CHUV. L'idée consiste à améliorer les flux et à réorganiser les équipes. On imagine qu'une douzaine d'ETP pourraient être libérés (et non supprimés) pour accomplir des tâches plus pertinentes. L'acquisition et la maintenance incombent certes au CHUV, mais les frais sont couverts par les gains d'efficience escomptés.

3.3.3 – Plateau de radiologie (niveau 1)

Comment s'organisera le stockage des fichiers, des DVD ?

Le stockage se fera sur le système institutionnel *Picture archiving and communication system* (PACS), qui de même sera déployé pour le nouvel hôpital des enfants. Il s'agit d'un système robuste, à l'abri des problèmes.

3.3.5 – Plateau des urgences (niveau 2)

Comment se déroulera l'accès aux urgences depuis le parking (pour des parents qui amènent les enfants, dans des cas graves, par exemple)?

L'entrée des urgences initialement prévue à la Rue du Bugnon a été finalement déplacée à l'Avenue Montagibert. Une double voie de circulation a été aménagée entre l'entrée des urgences et la maternité où des endroits ont été prévus pour la dépose aux urgences. Dans le cas des enfants, l'aspect voiturier doit encore être étudié. Si l'urgence est relative, les parents peuvent garer leur véhicule dans le parking usuel, si l'urgence est grande, alors ils utiliseront les places décrites plus haut.

3.3.7 – Oncologie (niveau 2)

Comment se coordonnent la pharmacie pédiatrique et celle spécifique à l'oncologie pédiatrique avec la pharmacie générale du CHUV ?

La pharmacie d'oncologie a été décrite à part, car elle est un peu particulière compte tenu de ses produits et des outils de précaution existants pour protéger le personnel ; sinon, c'est une pharmacie similaire aux autres. Les armoires sont informatisées et sécurisées ; les prescriptions sont gérées par l'application ERP QUALIAC qui gère le réapprovisionnement, la consommation et les péremptions. Les pharmacies de l'hôpital des enfants, sortes de succursales de la pharmacie centrale, fonctionnent à ce titre en lien avec cette dernière.

3.9 – Maintenance et exploitation des équipements

La maintenance sur le long terme est à la charge du CHUV, généralement à travers des prestations réalisées à l'interne.

3.9.1 – Les types de maintenance

A chaque type d'équipements correspond un programme de maintenance spécifique. La maintenance préventive et planifiable est organisée grâce à un logiciel informatisé de gestion de la maintenance (édition, en temps opportuns et par équipement considéré, de bons de travail, etc.).

5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET (EQUIPEMENTS MEDICO-TECHNIQUES : 21,5 MIOS) ET VOTES

5.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE

L'art. 1 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

L'art. 2 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

L'art. 3 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

6. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET (EQUIPEMENTS MEDICO-TECHNIQUES : 21,5 MIOS)

Le projet de décret tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité.

7. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET (EQUIPEMENTS MEDICO-TECHNIQUES : 21,5 MIOS)

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité.

8. DISCUSSION GENERALE (ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE NORMATIF : 1,9 MIO)

La directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV livre une présentation détaillée du projet. La présentation suscite les interrogations et commentaires qui suivent.

Pourquoi les panneaux photovoltaïques seront-ils placés sur une partie et non sur l'ensemble de la construction ?

De tels panneaux seront posés sur l'ensemble du bâtiment hospitalier, le long de la Rue du Bugnon. Une partie de la surface considérée sera toutefois consacrée à une terrasse en aménagement extérieur, un jardin suspendu.

A-t-on procédé à une évaluation des gains énergétiques potentiels qu'aurait représenté la norme Minergie P par rapport à du Minergie standard?

La norme Minergie standard est déjà extrêmement efficace ; la difficulté réside dans le fait que les activités hospitalières sont de grandes consommatrices en énergie. La part d'économie générée par le renforcement de l'enveloppe est assez anecdotique sur la consommation globale du bâtiment.

Le retour sur investissement est intéressant surtout lorsqu'on a des bâtiments des années 60 qui n'ont pas été isolés et qu'on isole, tandis qu'entre Minergie P et Minergie standard, la différence est faible.

9. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS (ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE NORMATIF : 1,9 MIO)

Pas de discussion.

10. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET (ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE NORMATIF : 1,9 MIO) ET VOTES

10.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE

L'art. 1 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

L'art. 2 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

L'art. 3 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

11. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET (ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE NORMATIF : 1,9 MIO)

Le projet de décret tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité.

12. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET (ADAPTATION AU NOUVEAU CADRE NORMATIF : 1,9 MIO)

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité.

13. DISCUSSION GENERALE (PARKING EN SOUS-SOL : 10,65 MIOS)

La directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV livre une présentation détaillée du projet. La présentation suscite les interrogations et commentaires qui suivent.

Une commissaire se félicite de la réalisation d'un tel parking car, au-delà du coût, il représente un important bénéfice pour les patients et leurs parents

N'y a-t-il pas de risques que d'autres personnes étrangères à l'hôpital veuillent profiter des tarifs relativement bas du parking (voitures ventouses par exemple) ?

La présence d'un Securitas est assurée ; des pointages seront effectués, des outils de contrôle existent déjà. Le chef du DSAS évoque la possibilité de l'octroi de bons.

Par rapport aux tarifs pratiqués, pourquoi existe-t-il une si petite différence entre une place de parc à l'extérieur et à l'intérieur (CHF 105.- versus CHF 115.-) ?

Ce sont toutes des places attribuées aux collaborateurs du CHUV qui ne peuvent pas faire autrement ; une place n'est jamais attribuée pour des motifs de confort. Il est cependant pris note de la remarque.

Par ailleurs, la réduction du nombre de places prévues (de 250 en première intention à 139 aujourd'hui) pour un coût similaire (CHF 11 millions) s'explique par un prix plus élevé par place, compte tenu des solutions constructives à mettre en œuvre. A signaler enfin que ce nouveau parking sera autonome : entrée séparée des autres parkings à proximité ; absence de liaisons avec ces derniers, pour des raisons de coûts.

14. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS (PARKING EN SOUS-SOL : 10,65 MIOS)

L'analyse de l'exposé des motifs suscite les questions suivantes.

1.3 – Evolution de certains paramètres à risque depuis l'adoption de l'EMPD en 2012

Au niveau des fondations, l'EMPD dispose que « le contrôle cantonal des finances recommande par ailleurs de mieux soupeser la nécessité d'approfondir la nature du sol », est-ce en fonction du terrain ou des possibilités de remblai de terres polluées qui pourraient exister comme cela existe sur une partie du Bugnon ?

Au moment de la création du M2, il avait été prévu que le bâtiment puisse s'appuyer sur la station, mais pas sur le tube. Cela a engendré des complications financières ; des sondages ont été effectués et peu ou pas de terre polluée a été décelée. Des coupes géologiques et des sondages confirment que les prévisions sont correctes.

6.1.2 – Le parking

Comment s'explique le surcoût en lien avec la protection incendie et désenfumage ?

Il s'agit de placer des gaines qui remontent et dont le prix est plus conséquent que l'équipement de base ; cela est dû à la configuration du parking.

15. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET (PARKING EN SOUS-SOL : 10,65 MIOS) ET VOTES

15.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE

L'art. 1 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

L'art. 2 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

L'art. 3 du projet de décret est adopté à l'unanimité.

16. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET (PARKING EN SOUS-SOL : 10,65 MIOS)

Le projet de décret tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité.

17. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET (PARKING EN SOUS-SOL : 10,65 MIOS)

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité.

Yverdon-les-Bains, le 17 octobre 2017.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE LOI

modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

et

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

sur le postulat Claudine Wyssa et consorts demandant une modification de la loi sur la santé publique afin d'ancrer le statut des thérapeutes professionnels indépendants en milieu scolaire (15_POS_139)

1 CONTEXTE GÉNÉRAL

Un premier paquet révisionnel de la loi sur la santé publique (LSP) a été adopté par le Grand Conseil le 3 juin 2014 et est entré en vigueur le 1er janvier 2015. Ce premier volet révisionnel visait avant tout certains changements liés aux médecins (médecine humaine), à la garde médicale et à la réorganisation de la Commission d'examen des plaintes.

La présente révision (second paquet révisionnel) vise essentiellement à adapter la loi aux évolutions pratiques ou légales intervenues depuis la dernière révision (EMPL 2008). Cette révision est également l'occasion de procéder à l'actualisation de certaines définitions ou de modifier certains termes dorénavant obsolètes pour les remplacer par les terminologies adéquates.

2 CONTENU DES MESURES LÉGISLATIVES ENVISAGÉES

Indépendamment des toilettages de rigueur imposés par l'évolution de la pratique et du droit depuis la précédente révision, le présent projet propose les modifications suivantes :

La révision inscrit dans la loi et formalise la **répartition actuelle des compétences entre le département de la santé et celui en charge des affaires vétérinaires**. En effet, la LSP réglemente également la profession de vétérinaire, laquelle échappe toutefois entièrement au chef de département de la santé et au service de la santé publique dès lors qu'en pratique, les décisions relatives à cette profession sont rendues par le département en charge des affaires vétérinaires, sans la base légale formelle nécessaire. Par ailleurs, et dans l'attente d'une loi spéciale relative à la profession de vétérinaire et aux professions apparentées, la LSP doit continuer de s'appliquer pour éviter un vide juridique, également aux cas dans lesquels le département en charge des affaires vétérinaires est amené à rendre des décisions.

La **composition du Conseil de santé** est complétée d'un éthicien étant donné l'importance croissante de l'éthique dans le domaine de la santé. La limitation du nombre de ses membres est assouplie afin de mieux répondre aux besoins du Conseil, en particulier lorsqu'il travaille en délégation. Cette révision permet en outre d'inscrire formellement dans la loi la présence des deux membres invités, lesquels y siègent déjà en pratique à titre permanent (article 12 lettres n et o). Le fait d'être désignés par le

Conseil d'Etat, pour les membres invités, permettra à ceux-ci d'être membres à part entière et de participer notamment aux mesures d'instruction. Par ailleurs, et afin d'augmenter la rapidité de décision du Conseil de santé dans certaines affaires urgentes, la révision donne au Conseil de santé la possibilité de donner son préavis par voie de circulation (article 13).

La présente révision complète les dispositions sur la **surveillance et l'inspection des professions de la santé et des établissements sanitaires** ou **apparentés ainsi que des organisations de soins en général**, le cadre légal nécessaire au département pour accéder aux locaux et documents utiles pour effectuer ses contrôles est ainsi clarifié (articles 143b, 152, 155bis).

Concernant les **autorisations de pratiquer**, le projet accorde au Conseil d'Etat la compétence de fixer des conditions particulières de contrôle de l'aptitude à continuer à exercer pour les professionnels de la santé désireux de poursuivre leur activité au-delà de l'âge de 70 ans (art. 75 al. 3ter). Si cette aptitude devait faire défaut, le département retirerait l'autorisation conformément à l'art. 79 LSP.

L'utilisation du numéro AVS à des fins d'aide à l'identification est dorénavant formellement évoquée à l'article 70b. Cette base légale est nécessaire en raison des nombreux projets en cours dans le domaine de la santé publique, tels que le dossier électronique du patient ou le projet InterRai, mais aussi pour habiliter de manière générale les mandataires du DSAS à effectuer les monitorages et travaux statistiques requis par la loi. Ainsi, la base légale requise par la loi fédérale sur l'AVS est donnée.

La problématique récurrente des transports médicalement nécessaires non pris en charge par les assureurs, en particulier pour les patients à mobilité réduite, pourra être résolue grâce à l'adoption du nouvel article 72a, qui habilite le Conseil d'Etat à désigner les entreprises admises à effectuer les transports nécessaires au sens de la législation sur l'assurance maladie, et à pratiquer ainsi aux frais de cette assurance.

La question de la publicité émise par les professionnels de la santé et de ses limites (art. 82) est précoccupante. Cette disposition s'est révélée difficile à appliquer pour le Département, qui n'est pas en mesure de contrôler le respect de ces limites à satisfaction. Il est dès lors proposé ici que le cadre et le contrôle de son respect puissent être délégués aux pairs des associations professionnelles concernées.

Pour les **professions médicales**, la disposition qui règlemente la période pratique **d'assistanat** (art. 93) a été revue afin d'une part, de mieux tenir compte du cursus de formation distinct entre les différentes professions et d'autre part, d'intégrer la notion "d'établissements de formation agréés" afin de mieux cadrer la période pratique de ces assistants en formation. Dorénavant, seuls les professionnels qui suivent une formation reconnue au sens de la loi fédérale sur les professions médicales pourront bénéficier du statut d'assistant au sens de l'article 93 LSP ; les personnes non titulaires d'un diplôme suisse ou reconnu en Suisse en vertu d'un accord international ou intercantonal ne pourront donc plus exercer au titre d'assistant "en formation" à moins que l'autorité fédérale compétente reconnaisse à ces personnes la possibilité d'accéder à l'examen fédéral moyennant une période de formation pratique en Suisse. Ce changement concerne essentiellement les médecins-dentistes et les pharmaciens détenteurs d'un titre étranger hors UE.

Cette disposition prévoit également qu'un médecin-vétérinaire non titulaire d'un titre désireux d'acquérir une expérience pratique peut obtenir une autorisation limitée à deux ans.

S'agissant de la **profession de pharmacien**, les articles 113 et suivants ont été partiellement remaniés. Les notions d'adjoint et d'assistant sont précisées afin, notamment, de distinguer **"l'assistant pharmacien"**, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC), du pharmacien-assistant en formation, titulaire d'un master au sens de l'art. 93 LSP. L'article 117a exige des établissements médico-sociaux et des institutions socio-éducatives dans lesquels des médicaments sont dispensés de

se doter d'une **assistance pharmaceutique**. Enfin, l'article 116 permet dorénavant à un pharmacien responsable d'officier parallèlement pour une **pharmacie d'établissement** au sens de l'article 117 LSP respectivement d'assurer une assistance pharmaceutique au sens du nouvel article 117a.

Concernant des **professions de la santé non médicales**, les dispositions sur la profession d'**infirmière et d'infirmier** (art. 124) ont été revues pour une meilleure conformité avec le droit fédéral et le plan de formation cadre (PEC) ; la révision réglemente en outre l'activité de cette profession à titre indépendant. Pour les **psychologues**, les articles 122a et suivants ont été revisités afin d'être conformes à la nouvelle loi sur les professions de la psychologie (LPsy) entrée en vigueur le 1er avril 2014. De même les dispositions relatives aux **ostéopathes** ont été revues à l'aune du nouvel examen intercantonal et de l'introduction du diplôme y afférent (art. 122e). Le Conseil d'Etat propose d'autoriser les **sages-femmes** à établir des certificats attestant d'une incapacité de travail lorsque celle-ci est liée à une grossesse ou un allaitement (art. 122h). Les **hygiénistes dentaires** sont dorénavant autorisés à pratiquer certains actes d'anesthésie définis par le département (art. 123a). Les **techniciens-dentistes** (art. 123b) et les **techniciens-ambulanciers** (art. 129a) font ainsi partie des professionnels de la santé soumis à la LSP.

D'une façon générale, tout professionnel de la santé qui souhaite **exercer à titre dépendant ou indépendant** doit dorénavant être porteur d'un titre admis en Suisse conformément au droit fédéral, un accord international ou un accord intercantonal (art. 76, ainsi que, notamment, art. 93 al. 2, art. 113 al. 2, art. 120, art. 122b, art. 122d, art. 122e) ; cependant, les personnes titulaires d'une autorisation délivrée préalablement à la présente révision restent au bénéfice de cette autorisation pour autant que celle-ci n'ait pas été soumise à d'autres charges ou conditions (art. 122b al. 3, art. 122e al. 8, art. 113 al. 2).

Enfin, une réglementation spécifique aux **établissements autonomes de droit public** (tels que l'Hôpital Riviera Chablais – HRC) a été introduite à l'article 155bis afin de combler un vide juridique.

3 COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE

CHAPITRE II – ORGANISATION ET COMPETENCE

Article 5a (Département en charge des affaires vétérinaires)

Ce nouvel article définit les compétences en matière vétérinaire du Département du territoire et de l'environnement (DTE) auquel est rattaché le Service de la consommation et des affaires vétérinaires (SCAV). Dans les faits, et ce depuis plusieurs années, le DTE, respectivement le SCAV, sont autorité compétente dans le domaine des affaires vétérinaires, sans qu'aucune base légale ne consacre ce changement. Les dispositions de la LSP continuent toutefois de s'appliquer à la profession de vétérinaire en l'absence de législation cantonale spécifique. Préférence a été donnée au terme plus générique de "département en charge des affaires vétérinaires" en lieu et place de l'intitulé officiel du département concerné afin que la disposition puisse demeurer inchangée en cas de changement de nom des dicastères.

Article 7 (Médecin cantonal)

Ce 3e alinéa n'octroie pas de nouvelles compétences au médecin cantonal. Il a des fins didactiques et rend plus visible une compétence inhérente à la mission de cette autorité, et qui est éparpillée dans le droit fédéral (ex. : loi sur les produits thérapeutiques, loi sur les épidémies) et la législation cantonale (ex. : la présente loi, le règlement sur l'exercice des professions de la santé). Cette disposition rappelle que cette autorité est habilitée de par la loi à effectuer des contrôles annoncés ou non, dont des inspections et des audits.

Le nouvel alinéa 4 n'implique pas non plus de compétences nouvelles pour le médecin cantonal, déjà

en charge de l'ORCA sanitaire, à savoir du volet sanitaire de l'Organisation en cas de catastrophes. Cette disposition est rendue nécessaire par l'abrogation de l'article 13 g alinéa 1 lettre f de la présente loi.

Par médecin cantonal, on entend aussi bien la personne du médecin cantonal que l'Office du médecin cantonal.

Article 10 (Vétérinaire cantonal)

Remarque liminaire

L'article 67 de la loi sur l'organisation du Conseil d'Etat (LOCE) permettrait à lui seul au département en charge des affaires vétérinaires de déléguer certaines tâches à un fonctionnaire supérieur tel que le vétérinaire cantonal.

Le Conseil d'Etat propose tout de même un ancrage dans la présente loi, par souci didactique, mais aussi parce que le vétérinaire peut aussi être amené à effectuer des contrôles, voire faire appel à la force publique. Il est dès lors préférable de prévoir une base légale au sens formel dans la présente loi.

Alinéa 1

Le toilettage de cette disposition a été demandé par le Département de la sécurité et de l'environnement en raison du changement de statut du vétérinaire cantonal (celui-ci est dorénavant intégré dans le service de la consommation et des affaires vétérinaires dirigé par le Chimiste cantonal). En conséquence, il n'était plus opportun de mentionner dans la LSP la position de chef de service du vétérinaire.

Alinéa 2

La disposition est complétée afin d'intégrer tous les pans d'activités relevant de la médecine vétérinaire.

Alinéa 3

La médecine vétérinaire n'est en principe plus rattachée au Département de la santé et de l'action sociale (cf. supra ad art. 5 projet). En vertu de la spécificité de ce domaine et de sa complexité croissante, il est question d'en réglementer les aspects dans une loi spéciale dont le projet devrait pouvoir être présenté au Grand Conseil en 2017. La présente disposition permettra d'assurer une bonne coordination entre la LSP et la loi spéciale à venir.

Article 12 (Conseil de santé)

Au premier alinéa, le présent projet prévoit d'introduire une fourchette plus large quant au nombre possible de membres du Conseil de santé, afin de répondre aux besoins de ce dernier. Dans les faits, le Conseil comprend aujourd'hui déjà 19 membres soit 17 membres ordinaires et 2 membres invités. De plus, vu que cette institution travaille beaucoup en comité restreint, elle a besoin d'un juriste supplémentaire, et d'un plus grand nombre de médecins notamment. Ainsi, ces membres verront leur charge allégée quelque peu. En lettre n, il est prévu que le Conseil de santé compte un deuxième membre choisi en dehors des milieux de la santé publique. Finalement, la complexification des cas traités par ce Conseil requiert la présence permanente d'un éthicien (lettre o).

Alinéa 2

La limite du mandat des membres du Conseil de santé, actuellement fixée à 15 ans, est supprimée.

Article 13 (Rôle du Conseil de santé)

Alinéa 2

La révision offre au Conseil de santé la possibilité de se prononcer par voie de circulation, en particulier pour les cas ne requérant aucune instruction de sa part (exemple : infractions au code de la route).

La compétence du département en charge des affaires vétérinaires est réservée (cf. art. 5 LSP nouveau). Dès lors, si la mesure proposée par le Conseil de santé se rapporte à un médecin vétérinaire, le Conseil de santé adressera sa proposition à ce département et non au département de la santé et de l'action sociale.

En outre, si le préavis du Conseil de santé se justifie lorsqu'il s'agit, pour le département, de prononcer une sanction disciplinaire à l'égard d'un professionnel de la santé (art. 191 LSP), tel n'est plus le cas lorsqu'il s'agit, pour ce même département, de retirer une autorisation, ou de l'assortir de nouvelles conditions ou charges, conformément à l'art. 79 LSP. Dans ces cas en effet, le département ne fait que constater qu'une ou plusieurs des conditions requises pour l'octroi de l'autorisation ne sont pas ou plus réunies. Il ne s'agit dès lors pas de sanctionner de façon disciplinaire le professionnel concerné, mais bien de prononcer une nouvelle décision de nature purement administrative, constatant un changement de situation. Cette logique suit celle prévue par le législateur fédéral pour les professions médicales, notamment (cf. art. 37 ss LPMéd).

Alinéa 2bis

Ce nouvel alinéa ne fait que consacrer une pratique déjà en vigueur au sein du Conseil de santé : l'adoption de propositions par voie de circulation. Dans ce cas de figure, celles-ci doivent être prises à l'unanimité.

Alinéa 5

En pratique, les déliements sont toujours prononcés par le médecin cantonal, en concertation avec le procureur général. La disposition inscrit dans une base légale formelle cette délégation de compétence au Conseil de santé.

Article 13g Rôle (CMSU)

Il est proposé d'abroger la lettre d du 1er alinéa, pour s'aligner sur la pratique en vigueur au sein d'autres domaines techniques de la santé publique dans lesquels des autorisations d'exploiter ou de diriger sont rendues. Dans ces domaines, aucun préavis n'est demandé.

L'abrogation de la lettre f du 1er alinéa est également proposée, vu que le domaine ORCA sanitaire relève de la compétence du médecin cantonal et ne requiert pas de préavis de la CMSU (voir supra, le commentaire relatif au projet d'article 7, 4e alinéa). Cette abrogation a d'ailleurs trouvé l'aval des instances concernées (ARESA et CMSU).

Article 14 (Médecins-délégués)

Alinéa 1

La formulation "Ils assistent les préfets dans les questions sanitaires" est abandonnée, les préfets étant un relais parmi d'autres.

Alinéa 2

La notion de suppléants est abandonnée.

La référence aux districts est maintenue. En effet, le département insiste sur le renforcement des liens entre médecins-délégués et préfets, d'une part, ainsi que juges de paix d'autre part. La limite d'âge est abrogée.

Alinéa 3

La relation entre les médecins délégués et le département se faisant par le biais du médecin cantonal, il est désormais prévu que les compétences et le cahier des charges des médecins délégués sont précisés par celui-ci.

Article 15 (Médecins-vétérinaires délégués)

L'article est modifié dans le sens d'une précision de compétence. Dorénavant, le vétérinaire cantonal

est rattaché au département en charge des affaires vétérinaires (cf. supra ad article 5a nouveau), et non plus au département de la santé et de l'action sociale. En conséquence, la règlementation propre aux vétérinaires-délégués est du ressort du département en charge des affaires vétérinaires, qui les désigne et les rémunère.

La formulation "Ils assistent les préfets dans les questions sanitaires" est abandonnée, les préfets étant un relais parmi d'autres.

Pour le reste, la formulation est harmonisée avec celle de la disposition précédente. Même si cette référence ne figure plus expressément dans la loi, le statut des médecins-vétérinaires délégués est le même que celui des médecins-délégués. Ce ne sont pas des collaborateurs de l'Etat au sens de la loi sur le personnel de l'Etat de Vaud.

CHAPITRE III – RELATION ENTRE PATIENT, MEDECIN ET PERSONNEL SOIGNANT

Article 19 (Régime juridique)

La référence aux institutions est ajoutée par souci de cohérence avec l'article 15d de la loi pour la comission vaudoise d'examen des plaintes (COP) . Cette commission est en effet également appelée à traiter de litiges concernant les droits de patients suivis par des organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD).

Article 20a (Accompagnement des patients en établissements)

Alinéa 3

L'accompagnant a pour mission d'assister la personne, à savoir notamment l'informer, l'accompagner, la conseiller, s'entremettre en cas de conflit, l'aider à rédiger des demandes et lui fournir toute assistance utile dans le cadre des démarches et procédures qu'elle entreprendrait. En ce sens, l'accompagnant se rapproche de la personne de confiance, au sens des articles 432 ss CC, mais il ne peut pas représenter la personne à moins d'avoir obtenu une procuration de celle-ci ou à moins qu'il ne tombe dans le champ d'application de l'article 377 CC. Cette disposition du CC prévoit un régime en cascade sur la représentation d'un patient incapable de discernement par un membre de la famille. La référence à l'article 23a alinéa 2 LSP est en outre supprimée, car cet article a été abrogé lors d'une précédente révision.

CHAPITRE IV - Prévention

Article 28 (Champ d'application)

L'article est modifié dans le sens d'un élargissement du champ d'action en matière de prévention afin de mieux correspondre aux besoins et à la pratique. Il est également proposé d'actualiser la terminologie utilisée.

Lettre b : les termes "l'éducation pour la santé" sont remplacés par "la promotion de la santé", moins réducteurs.

Lettre k : le terme "et infectieux" est supprimé.

La*lettre m* (nouveau) souligne expressément l'importance en termes de prévention du volet "maladies transmissibles". C'est en raison de ce complément que la lettre e, relative aux vaccinations, peut être abrogée, ces dernières faisant partie intégrante de la prévention.

CHAPITRE VI - MESURES DIVERSES

Article 70b nouveau (Aide à l'identification)

L'article 50ealinéa 3 de la loi fédérale sur l'AVS (LAVS) requiert, lors de l'utilisation systématique du numéro AVS au sein des cantons à des fins autres que de sécurité sociale, l'existence d'une base légale cantonale. L'article 70b habilite les divers acteurs de la santé du canton, ainsi que les personnes et entités mandatées pour le développement de projets informatiques ou pour des travaux statistiques en santé publique, à recourir à l'usage du numéro AVS à des fins d'aide à l'identification. Ceci signifie

que le numéro AVS n'est pas utilisé comme numéro d'identification, ni de manière systématique, mais qu'il permet en cas de doute de s'assurer, lors de fusions de dossiers médicaux par exemple, qu'il s'agit bien de la bonne personne. Il n'est en effet pas rare qu'un patient porte les mêmes nom et prénom, voire la même date de naissance, qu'un homonyme.

Or, en matière de santé publique, et bien que le recours systématique au numéro AVS ne soit pas toujours nécessaire, il est indispensable, lors de traitements électroniques de données, de pouvoir effectuer ce type de contrôles, afin d'avoir la certitude qu'il s'agit de la bonne personne, tant dans l'intérêt de cette dernière – par exemple lors de transfert d'un hôpital à l'autre - que dans celui du canton ou de ses mandataires, à disposer de données exactes et fiables.

Article 72a nouveau (Transports médicalement nécessaires)

L'article 25 alinéa 2 lettre g LAMal prévoit qu'une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires est prise en charge par les assureurs-maladie, pour peu que le transporteur soit admis en vertu du droit cantonal et ait conclu un contrat ad hoc avec lesdits assureurs.

Cette disposition constitue la base légale qui habilite le Conseil d'Etat à désigner les transporteurs admis à facturer au sens de la LAMal. Le règlement sur les urgences préhospitalières sera révisé dans ce sens.

CHAPITRE VII – Professions de la santé

SECTION I – Dispositions générales

Article 75 (Autorisation de pratiquer à titre indépendant)

Alinéa 3bis (nouveau)

L'autorisation peut être conditionnée à la maîtrise du français. Cette condition doit tenir compte de la profession exercée et doit être proportionnelle aux intérêts en présence (droit d'exercer une profession, intérêt du patient à pouvoir être renseigné clairement dans la langue officielle du canton). A l'heure actuelle, le niveau d'exigence proposé, déjà pratiqué à différents égards, à l'unanimité au niveau suisse est le niveau B2. Il apparaît plus judicieux, au vu des possibles évolutions de pratique, de laisser au département la compétence de fixer ces exigences.

Alinéa 3ter (nouveau)

A l'heure actuelle, dans le canton de Vaud, les autorisations de pratiquer sont délivrées pour une durée indéterminée et sans limite d'âge, contrairement au régime applicable dans d'autres cantons. Certes, l'autorisation illimitée et sans contrôle a pour avantage de simplifier la tâche des autorités administratives compétentes. Il n'en demeure pas moins que, par analogie avec ce qui se passe pour le maintien du permis de conduire, il est opportun de prévoir un mécanisme de contrôle de l'aptitude des professionnels de la santé concernés à poursuivre leur activité professionnelle au-delà de 70 ans. Ce nouvel alinéa permet au Conseil d'Etat d'édicter des conditions particulières de contrôle.

Alinéa 4

La disposition est complétée par les articles 74 alinéa 2 et 75a, cette dernière disposition étant en vigueur depuis le 1er janvier 2015.

Alinéa 7

La disposition est complétée dans un but de précision.

Alinéa 8

Cet alinéa est abrogé dans la mesure où le droit fédéral s'applique d'office. En outre, la loi sur les professions médicales mise à part, d'autres lois fédérales devraient être réservées (p.ex LPsy, future LSan, etc…).

Article 76 (Pratique à titre dépendant)

Alinéa 3

Etant donné l'évolution des exigences et des niveaux de formation dans le secteur de la santé en particulier, toutes les professions réglementées dans la LSP sont aujourd'hui sanctionnées par un diplôme fédéral (HES, CFC) ou, plus rarement, un diplôme intercantonal (ostéopathes). Le texte actuel de la disposition laisse entendre que le département pourrait reconnaître d'autres diplômes, notamment lorsque le diplôme invoqué est cantonal ou lorsqu'il est étranger et ne peut pas être reconnu par l'autorité fédérale compétente, en vertu d'un accord international. L'article 76 est revu au profit d'une nouvelle formulation plus claire reprise de façon uniforme dans le cadre de la présente révision (" *titre admis en Suisse conformément au droit fédéral, un accord international ou un accord intercantonal " ;* cf. not. art. 93, art. 113, art. 120, art. 122b, art. 122d, art. 122e).

Alinéa 4bis (nouveau)

Les associations de représentants des ostéopathes et des chiropraticiens ont émis le souhait que l'exercice dépendant de leur profession soit soumis systématiquement à autorisation du département. Cette proposition est intéressante et mérite examen. Celui-ci requiert un peu de temps, notamment quant à sa nécessité et à la plus-value qui en découlerait pour les patients concernés. De plus, si une telle autorisation était prévue pour ces deux catégories professionnelles, il faudrait alors étendre cette pratique à toutes les autres professions de la santé exercées à titre dépendant qui ne sont pas sujettes à une telle procédure.

Finalement, si une systématisation de la procédure d'autorisation était envisagée par le législateur, il faudrait préalablement évaluer les besoins en ressources supplémentaires nécessaires à l'accomplissement de cette tâche au sein du médecin cantonal.

Il est dès lors proposé, avec ce nouvel alinéa 4bis, de prendre partiellement en considération la demande des associations professionnelles concernées en donnant la possibilité au département de soumettre à autorisation d'autres professions de la santé, pour peu que le besoin se fasse sentir.

Article 79 (Retrait de l'autorisation de pratiquer)

Alinéa 3

Le département doit être en mesure de réagir rapidement à la disparition ou au changement des conditions ayant donné lieu à l'octroi d'une autorisation de pratiquer sans devoir requérir l'avis préalable du Conseil de santé, qui, par ailleurs, ne se prononce pas sur l'octroi des autorisations de pratiquer. Le passage obligé par le Conseil de santé est supprimé. Il est cependant rappelé que, quelle que soit l'urgence de la situation, le droit d'être entendu de la personne concernée doit toujours être respecté.

Article 80a (Déclaration)

Alinéa 4

La disposition est adaptée au nouveau droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant en vigueur depuis le 1er janvier 2013 (articles 443 ss du code civil suisse), lequel a eu pour conséquence la révision du droit cantonal (article 26 LProMin p.ex.) ou l'adoption de nouvelles dispositions (p.ex. loi vaudoise d'application du droit de l'adulte et de l'enfant (LVPAE). L'article 32 LVPAE prévoit une obligation de signalement pour "Toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineurs, qu'elle soit exercée à titre principal accessoire ou auxiliaire, a connaissance de la situation d'un mineur semblant avoir besoin d'aide, a l'obligation de la signaler simultanément à l'autorité de protection et au service en charge de la protection des mineurs". Cette obligation vise également les professionnels de la santé.

L'opportunité de cette révision est saisie pour faire référence aussi à la législation sur la circulation routière, qui prévoit également des obligations d'informer.

Article 82 (Publicité)

Au fil du temps, cette disposition s'est révélée difficile à appliquer pour le Département, qui n'est pas en mesure de contrôler seul le respect de ces limites mises à la publicité émanant des professionnels de la santé. Le Conseil d'Etat propose dès lors d'associer plus étroitement les associations professionnelles concernées à la démarche.

Le département fixe le cadre dans lequel la publicité peut être pratiquée par les professionnels concernés sur proposition de l'association qui les représente. Le premier alinéa reste inchangé – sous réserve de l'ajout du mot "compétent" - et pose le principe.

Selon le deuxième alinéa, le département compétent, sur proposition des associations professionnelles concernées, définit les notions et principes du premier alinéa et pose le cadre dans lequel les professionnels concernés peuvent faire de la publicité. L'étroite implication des associations est importante, car ce sont elles qui connaissent le mieux les spécificités des professionnels qu'elles représentent, et qui sont le mieux à même d'évaluer et adapter ce cadre lorsque de nouvelles exigences sont posées à leur branche ou lors d'évolution, y compris technologique. Finalement, il semble naturel que ces tâches échoient aux associations. Il est dans leur intérêt, et dans celui de leurs membres, que la réputation de leur profession soit intacte.

Un nouvel alinéa 2bis prévoit que le contrôle du respect de ce cadre peut être confié aux associations professionnelles. Il sied de relever que cette disposition a un caractère potestatif, non seulement à l'égard du département, mais également des associations professionnelles. Ce n'est que si celles-ci le souhaitent, notamment parce que leurs statuts le prévoient et qu'elles disposent des moyens idoines, que l'Etat pourra leur confier ces tâches de contrôle. En cas de désaccord entre l'association et un membre concerné, le département tranche ou prend les mesures qui s'imposent.

Par "département compétent", on entend aussi bien le département en charge de la santé que celui en charge des affaires vétérinaires.

Article 84 (Changement de nom, de domicile, d'activité ou cessation d'activité)

Alinéa 1

La disposition actuelle ne mentionne pas la cessation d'activité, ni les changements de lieu de pratique, ce qui constituait une lacune, que nous proposons de combler ici.

Alinéa 2

Ce nouvel alinéa reprend le principe de facturation de frais engendré par la violation d'une obligation d'information, à l'instar de l'article 12 alinéa 2 du règlement sur les professions de la santé. Ces frais peuvent s'élever à 500 francs au maximum.

Article 85 (Remplacement)

Les exigences en termes de remplacement d'un professionnel autorisé par le département sont précisées. Dorénavant, l'alinéa 1 prévoit qu'un professionnel de la santé ne peut être remplacé que par un professionnel disposant d'une formation équivalente sous réserve de cas d'exception décidés par le département, notamment en cas de pénurie dans la profession concernée. A l'heure actuelle, les domaines de la pharmacie et de la droguerie tombent dans ce régime d'exception (voir Directive du département concernant le remplacement de durée limitée du pharmacien responsable par un assistant pharmacien et Directive du département concernant le remplacement de durée limitée du droguiste responsable par un droguiste CFS).

Le premier alinéa prévoit en outre une réserve de compétence en faveur du Département en charge des affaires vétérinaires conformément à l'article 5a, si le remplacement a trait à cette profession.

L'alinéa 3 est formulé de manière plus générique, de sorte que toutes les professions médicales soient régies par cette disposition, y compris les chiropraticiens en particulier.

Article 86 (Responsabilité de l'employeur)

Alinéa 1

On entend par "employeur" non seulement la personne (physique ou morale) qui emploie un ou plusieurs salariés au sens du code des obligations et la législation sur le travail, mais également les agences de placements ou autres organismes similaires soumis à législation fédérale sur le service de l'emploi ou la location de services (LSE et ordonnances d'application). L'article 86 charge l'employeur de procéder aux contrôles utiles, en particulier s'agissant des compétences professionnelles de ses employés. En pratique, il a été noté que certains employeurs – dont notamment les agences de placement – ne vérifiaient pas l'existence effective des titres requis ou leur authenticité ni leur reconnaissance au niveau fédéral (en particulier pour les titres étrangers). Par ailleurs, l'employeur doit également vérifier que son employé – ou la personne placée – ne présente pas d'antécédents incompatibles avec son activité.

Alinéa 2

La lettre a reprend la formule inscrite à l'article 76 LSP du présent projet concernant les titres reconnus. Elle est en outre complétée d'une réserve relative au nouvel article 75a LSP entré en vigueur le 1er janvier 2015.

La lettre c est nouvelle et précise expressément que les professionnels de la santé ne doivent pas avoir fait l'objet de sanctions incompatibles avec leur fonction. Ces sanctions peuvent être civiles, administratives ou pénales. Il incombera au professionnel qui dépose sa candidature de produire au moins un extrait de son casier judiciaire.

Alinéa 3

Il arrive trop fréquemment que l'employeur ferme les yeux sur l'authenticité des titres produits par les candidats à l'engagement ou ne vérifie tout simplement pas leurs qualifications, notamment lorsque le professionnel en question est engagé par une agence de placement (employeur légal au sens de la LSE). Cet alinéa rappelle expressément les obligations de l'employeur à ce propos, ainsi que celle de vérifier dans la mesure du possible que le professionnel concerné n'a pas fait l'objet d'une condamnation ou d'une sanction. Pour le volet pénal, il incombera à l'employeur de requérir de la part de l'intéressé la production d'un extrait de casier judiciaire, pour peu qu'il n'en dispose pas déjà sur la base de l'alinéa 2.

Alinéa 4

Cet alinéa est complété et prévoit que l'employeur informe également le département lorsqu'il apprend que des poursuites judiciaires sont en cours pour des faits représentant des risques pour les patients.

Alinéa 4bis

Le siège de la matière n'est certes pas optimal, vu que ce nouvel alinéa régit d'autres professionnels que les professionnels de la santé. Il n'en demeure pas moins que dans un domaine aussi sensible, il est important de soumettre au sein d'une même structure tout le personnel, y compris les personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé au sens de la présente loi, aux mêmes règles que les autres. Les intéressés sont pour la plupart en contact avec des personnes fragiles. D'autres peuvent, par des malversations, causer de grands dommages à l'Etat et à la collectivité. Dès lors, nous proposons que l'alinéa 3 s'applique par analogie à ces employés. Ainsi, le département est habilité, et même tenu, de communiquer les informations dont il a connaissance à l'employeur, et ce dernier prend les mesures nécessaires, avec l'aide du département. Il sied de souligner ici que ces mesures doivent être prises dans le respect des principes généraux du droit, dont celui de la proportionnalité, mais aussi que lorsqu'il est fait référence à une application par analogie de l'alinéa 3, cela ne signifie pas application automatique, mais respectueuse des spécificités des professions concernées. Il se peut par exemple qu'une personne soit employée dans une fonction d'aide de cuisine ou au jardin et qu'elle ne dispose

pas de l'exercice des droits civils, tout en accomplissant ses tâches à l'entière satisfaction de son employeur. Il n'y a pas de raison de ne pas engager de telles personnes, ni de les licencier en raison de la lettre a du troisième alinéa.

Alinéa 4ter

Un nouvel alinéa est introduit visant à permettre aux professionnels de la santé soumis à la LSP de se conformer à leur obligation de formation conformément à l'article 10 du règlement sur les professions de la santé (REPS) et de la législation fédérale applicable (notamment la loi sur les professions médicales et la loi sur les professions de la psychologie).

La disposition doit être lue en lien avec l'article 78a LSP, en vigueur depuis le 1er janvier 2015.

Alinéa 5

En pratique, le département n'effectue pas – ou que très ponctuellement – des contrôles, essentiellement par manque d'effectifs et de moyens. La disposition est donc revisitée, en intégrant une formule potestative.

SECTION II - Professions médicales

Article 91a (devoir de participer aux dispositifs de garde et d'urgence)

Cette disposition est entrée en vigueur le 1erjanvier 2015 (elle remplace, en les précisant, les anciens art. 91a et 183a LSP). Lors de la dernière révision, une imprécision s'était glissée dans le texte de l'alinéa 4 ; la présente révision est l'occasion d'y remédier. En effet, l'article 91a LSP concerne toutes les professions médicales (et non uniquement les médecins) et leur impose une obligation de participer au service de garde de leur profession. Le terme "médecins de garde" est donc remplacé par "professionnels assujettis à la garde".

Article 93 (Assistants)

Alinéa 1bis

Cette disposition pose une nouvelle exigence relative aux cabinets ou établissements pouvant former des assistants relevant des professions médicales. A l'heure actuelle, de tels établissements et cabinets de formation agréés n'existent que pour la médecine humaine. La liste de ces établissements et cabinets est établie par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM ; cf. art. 25 al. 1 let. h LPMéd), institut compétent pour accomplir toutes les tâches liées à ces formations. Dorénavant, ces formations ne peuvent être dispensées qu'au sein d'établissements de formation reconnus.

Les alinéas 2 et 3 sont abrogés, vu les refontes rédactionnelles proposées.

Alinéa 2bis

Selon le droit fédéral, la formation postuniversitaire en Suisse requiert en principe un titre suisse ou reconnu équivalent par un accord international. Dans un tel cas, comme à l'heure actuelle, aucune autorisation n'est requise et une déclaration de l'employeur suffit. Conformément à la loi fédérale sur les professions médicales, la Commission suisse des professions médicales (MEBEKO) est compétente pour reconnaître des titres étrangers en vertu d'un accord international. In fine, cet alinéa réserve le cas particulier des dispositions transitoires concernant les pharmaciens.

Alinéa 3bis

La MEBEKO est également compétente pour fixer, en l'absence d'un accord international de reconnaissance réciproque (tel que l'Accord sur la libre circulation des personnes – ALCP), les conditions permettant à un candidat titulaire d'un diplôme étranger non reconnu de se présenter à l'examen fédéral en vue d'obtenir un titre admis en suisse (cf. art. 15 al. 3 et art. 21 al. 3 et 4 LPMéd). Dans un tel cas, le département pourra, sur demande motivée de l'employeur (titre, formation poursuivie,…), délivrer à celui-ci une autorisation de s'adjoindre un assistant et cas échéant, poser des

conditions à cette autorisation en vue de l'obtention d'un titre admis conformément au droit fédéral.

Alinéa 3ter

En sus du cas de figure évoqué à l'alinéa précédent, cette disposition prévoit, pour les médecins-vétérinaires non titulaires d'un titre admis au sens du présent article, la possibilité d'exercer comme assistants aux seules fins d'acquérir une formation pratique.

Alinéa 4

Sous réserve des cas régis par l'alinéa 3ter, l'alinéa 4 souligne que la fonction d'assistant vise uniquement à permettre de poursuivre un but de formation soit dans le but d'effectuer une période pratique imposée par le droit fédéral en vue d'obtenir un titre postgrade spécialisé, soit en vue d'obtenir un diplôme fédéral (on pense par exemple aux exigences posées par la MEBEKO aux médecins titulaires de diplômes étrangers et non reconnaissables en vertu d'un accord international) en vue d'obtenir un diplôme suisse pour pouvoir, à terme, être autorisés à pratiquer en Suisse.

D'autre part, le lien entre assistanat et formation vaut dorénavant également pour les pharmaciens et les chiropraticiens.

Alinéa 5

La disposition est abrogée car il n'existe plus d'examen intercantonal pour les chiropraticiens. Cette profession relève dorénavant de la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd).

Alinéa 6

La disposition est abrogée dans la mesure où son utilité pratique a perdu en pertinence. En outre, la loi prévoit dorénavant la possibilité d'autoriser la pratique de professionnels titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat tiers à certaines conditions (art. 75a LSP, en vigueur depuis le 1er janvier 2015).

Article 107 (médecins vétérinaires – cabinets secondaires)

Cette disposition réserve la compétence du département en charge des affaires vétérinaires conformément à l'article 5a, si le remplacement a trait à cette profession.

Article 110 (Pharmaciens ; compétences)

Alinéa 4

Le département peut confier aux pharmaciens des tâches de promotion de la santé et de prévention, notamment par l'administration de médicaments telle que prévue à l'article 27a de l'ordonnance fédérale sur les médicaments (OMéd ; RS 812.212.21), ainsi que des tâches visant à renforcer la coordination des soins. Il est ici en particulier fait référence au renforcement de la coordination des soins ou à des projets-pilote tels que le dossier partagé du patient.

Article 113 (Pharmacien adjoint et assistant)

Nouveau titre : Pharmacien adjoint

Cette disposition vise avant tout à clarifier la notion de pharmacien adjoint.

Alinéa 2

Cet alinéa clarifie tout d'abord ce que l'on entend par pharmacien adjoint et précise son rôle, qui consiste à seconder le pharmacien responsable d'une officine. Il possède les mêmes titres (diplôme fédéral ou jugé équivalent par le droit fédéral). L'adjoint est engagé par le pharmacien, l'officine ou la chaîne mais pratique sous sa propre responsabilité. En conséquence, il convient de le soumettre à autorisation au sens de l'article 76 alinéa 4 LSP (jusqu'au 31.12.2014, art. 76 al. 3).

Quant au pharmacien assistant (ou plus couramment : assistant pharmacien) au sens de cette disposition, il ne doit pas être confondu avec l'assistant pharmacien " en formation " au sens de l'article 93 LSP ; l'assistant pharmacien au sens de l'article 113 a suivi une formation universitaire de

trois ans donnant lieu à un certificat fédéral de capacité (CFC) lequel lui permettait, jusqu'à la réforme de ce cursus, de pratiquer en officine à titre salarié sous la responsabilité d'un pharmacien autorisé. La formation n'existe plus mais les titulaires du certificat peuvent continuer de pratiquer sous la responsabilité d'un pharmacien titulaire du diplôme fédéral ou d'un titre admis en Suisse conformément au droit fédéral ou un accord international. L'assistant pharmacien *en formation* au sens de l'article 93 LSP est titulaire d'un master en médecine et son assistanat vise un but de formation.

Article 114 (Autorisation)

Cette disposition a été révisée et reprise dans ses grandes lignes dans le nouvel article 113.

En conséquence, l'article 114 peut être abrogé.

Article 116 (Autorisation d'exploiter)

Alinéa 5

Il convient de compléter la disposition pour mentionner les activités accessoires que le pharmacien peut exercer en sus de l'activité de pharmacien responsable au sens de l'article 27 REPS.

Article 117a nouveau (Assistance pharmaceutique)

L'assistance pharmaceutique apportée par le pharmacien à l'établissement a pour objectif un usage rationnel et économique des médicaments par l'analyse des prescriptions médicales et la discussion avec le médecin et l'infirmier pour les choix de prescription. Elle est mise en œuvre dans la démarche des cercles de qualité. Le département se ménage dorénavant la possibilité d'exiger d'un EMS, qu'il se pourvoie d'une assistance pharmaceutique.

L'exigence d'un pharmacien pour un établissement hospitalier, qui a une pharmacie d'établissement au sens strict, est réglée à l'art. 117 LSP.

Article 119 (Chiropraticiens)

Alinéa 5

Le renvoi est supprimé dans la mesure où il n'est plus d'actualité.

Alinéa 6

Le complément apporté à cet alinéa est repris de l'ancien article 76.

Article 120 (Chiropraticiens – autorisation de pratiquer)

La disposition est modifiée pour reprendre la formule type appliquée à l'ensemble de la révision, la profession de chiropraticien relevant désormais de la loi fédérale sur les professions médicales.

Article 122a (Psychothérapeutes non médecins)

Nouveau titre : Psychologues psychothérapeutes

Alinéas 1, 2 et 4

Le 1er avril 2013, la nouvelle loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie est entrée en vigueur. Cette loi, calquée sur le modèle de la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd), a notamment pour conséquence de réglementer les métiers de la psychologie, en protégeant dorénavant les diplômes en psychologie délivrés par des hautes écoles suisses ainsi que les exigences liées à la formation postgrade. Elle prévoit en outre que les psychothérapeutes non médecins (à savoir les psychologues psychothérapeutes) répondant aux exigences de formation arrêtées dans la LPsy demandent une autorisation cantonale, afin d'avoir le droit d'exercer la psychothérapie à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle (art. 22 LPsy). Les conditions liées à la formation, à la reconnaissance des diplômes et au régime de l'autorisation, sont dès lors régies au niveau fédéral et ne relèvent plus de la compétence des cantons. La LSP est donc modifiée en conséquence.

Cette révision terminologique va également dans le sens d'une jurisprudence récente du Tribunal

cantonal.

Alinéa 3

La disposition est abrogée, les renvois qu'elle prévoyait n'étant plus d'actualité.

Article 122b (formation)

Intitulé

Il est proposé d'intituler cet article "autorisation de pratiquer", par souci de cohérence avec les autres dispositions de cette section.

Alinéa 1

La pratique à titre professionnellement indépendant – soumise à autorisation – conformément aux articles 75 et 76 alinéa 4 LSP, requiert un titre postgrade admis en Suisse conformément au droit fédéral ou à un accord international (art. 24 LPsy).

Alinéa 2

Cet alinéa traite de la formation postgrade des psychologues psychothérapeutes. En effet, l'article 93 LSP traite uniquement de la formation (assistanat) des professions médicales. La formation de psychologues psychothérapeutes suppose la supervision directe d'un médecin psychothérapeute ou d'un psychologue psychothérapeute autorisé. Le département peut émettre des directives concernant la psychothérapie déléguée, notamment quant au nombre d'assistants en formation autorisés.

Alinéa 3

La disposition prévoit un régime transitoire conformément à l'article 49 OPsy, similaire à celles qui sont prévues aux articles 120 LSP pour les chiropraticiens, ou 122e LSP pour les ostéopathes.

Articles 122c et d (logopédistes-orthophonistes)

Ces dispositions sont revues dans le sens souhaité par la motion Wyssa.

La profession de logopédiste relève de la compétence du Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC), à l'instar des psychologues scolaires psychomotriciens, d'où le renvoi à la législation scolaire spécialisée (art. 122c). Le Conseil d'Etat a notamment adopté un arrêté concernant les logopédistes, sous l'égide du DFJC.

Toutefois, le régime LAMal reconnaît cette profession (soins sur délégation médicale) de sorte que cette profession entre aussi dans le champ d'application de la LSP et doit, notamment, être soumise à autorisation.

L'alinéa 1 de l'article 122d est reconfiguré et rendu conforme à la LAMal, qui exige une formation pratique de deux ans pour pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le DFJC exige également deux ans de pratique, avant de reconnaître un logopédiste.

Article 122e(Ostéopathes)

Alinéa 5 (nouveau)

Les renvois indiqués à l'ancien alinéa 5 n'étant plus pertinents, la disposition est abrogée et remplacée par une référence aux titres actuellement exigés pour pratiquer la profession d'ostéopathe. La nouvelle disposition reprend la formule type appliquée de façon homogènes dans le cadre de la présente révision à toutes les professions réglementées. A l'heure actuelle, il n'existe pas de diplôme "fédéral" mais un examen intercantonal conduisant à l'obtention d'un titre intercantonal reconnu par tous les cantons.

Alinéa 7

L'art. 93 LSP qui traite spécifiquement de la période de formation pratique ne concerne que les professions médicales ; dès lors, il convient de prévoir une disposition spécifique pour les ostéopathes en formation, ce que fait ici l'alinéa 7. La formation des ostéopathes suppose la supervision directe

d’un ostéopathe autorisé (à l’instar de ce qui prévaut pour les professions médicales en formation, art. 93 al. 1 LSP). Le département peut émettre des directives concernant leur formation notamment sur le nombre "d’assistants en formation" autorisés.

Alinéa 8

L’alinéa 8 règle la situation des personnes au bénéfice d’une autorisation de pratiquer obtenue avant le 31.12.12 (échéance pour se présenter à l’examen intercantonal CDS) qui demeurent au bénéfice de cette autorisation (à l’instar de ce qui prévaut pour les chiropraticiens selon l’art. 120b LSP). Depuis le 1er janvier 2013 toutefois, aucune nouvelle autorisation n’a été délivrée par le département aux ostéopathes qui ne seraient pas titulaires du diplôme intercantonal de la CDS, reconnu au niveau suisse, conformément à l’article 26 alinéa 1 REPS, en vigueur à cette date.

Article 122f (Ostéopathes)

Cet article a été abrogé ; son contenu a été repris dans le nouvel article 122e, alinéa 7.

Article 122h (Sages-femmes)

Alinéa 3

Une nouvelle compétence est octroyée à la sage-femme : la rédaction des attestations ou certificats d’incapacité relevant de son domaine de compétence, à savoir en principe seulement dans le cadre de situations de grossesse ou d’allaitement lorsqu’il s’agit d’attester d’une grossesse ou d’un allaitement. Toutefois, lorsque le certificat atteste d’une incapacité de travail liée à une complication ou à une grossesse à risque, seul le certificat établi par un médecin fera foi (l’employeur pourra donc exiger un certificat établi par un médecin). L’article 94, qui réservait jusqu’alors cette compétence au seul médecin, est modifié en conséquence.

Article 122i (Thérapeutes de la psychomotricité)

L’alinéa premier est reformulé afin d’assurer une meilleure harmonisation avec les dispositions sur les logopédistes orthophonistes.

Articles 122j (Thérapeutes de la psychomotricité)

Les thérapeutes de la psychomotricité sont du ressort du DFJC (à l’instar du psychologue scolaire et du logopédiste). En outre, cette profession n’est pas, au contraire du logopédiste, un prestataire de soins sur délégation au sens de la LAMal. Le thérapeute de la psychomotricité ne figure pas dans la liste des professions réglementées en santé du SEFRI. Il y a toutefois lieu de conserver cette profession dans la LSP dans la mesure où elle se trouve en lien direct avec le médecin.

Article 123 (Ergothérapeutes)

Alinéa 5

La nouvelle formulation standard sur les titres admis est également reprise ici.

Article 123a (Hygiénistes dentaires)

Alinéa 6

La disposition est modifiée dans le sens d’un élargissement des compétences des hygiénistes dentaires ; en effet, la PMU dispense un cours, lequel est destiné aux hygiénistes dentaires souhaitant exécuter certains actes d’anesthésie locale (par opposition à l’anesthésie générale). La présente révision introduit cette compétence élargie, tout en la limitant à certains actes d’anesthésie correspondant à la formation suivie et reconnue par le département. Ce dernier peut en outre préciser les types admis d’anesthésie par voie de directive.

On entend par supervision directe une surveillance clinique qui cible l’efficacité des pratiques médicales et la sécurité du patient. Il appartient au médecin superviseur de déterminer, en fonction des compétences du professionnel supervisé, les modalités de la supervision à mettre en place. Le médecin

superviseur doit être présent dans les mêmes locaux que le professionnel supervisé afin que ce dernier puisse se référer en tout temps à son superviseur. S'il devait être absent, les modalités de surveillance devraient être clairement explicitées afin de garantir une supervision adéquate par un autre médecin autorisé. En tous les cas, le superviseur doit être disponible dans des délais compatibles avec une urgence.

Alinéa 9

Ici également, la nouvelle formulation standard sur les titres admis a été reprise. (uniquement les titres reconnus au niveau suisse, du fait soit d'un diplôme relevant d'un examen fédéral ou intercantonal, soit d'un titre reconnu en vertu d'un accord international).

Article 124 (Infirmières)

Modification du titre : "Infirmiers"

Cette adaptation est une mise à jour en lien avec la mixité de la profession. Par ce terme, on entend aussi bien l'infirmière que l'infirmier.

Alinéa 1

La nouvelle lettre f consacre dans la loi une pratique qui permet à l'infirmier de délivrer des prescriptions sous le numéro de RCC (registre des codes créanciers) de l'établissement sanitaire au sein duquel ces personnes travaillent. Le cadre dans lequel cette compétence peut être exercée est clairement délimité : ce processus doit être suivi et supervisé par le médecin.

Avec la lettre g, il s'agit de mettre en lumière tout un pan de l'activité de l'infirmier : les tâches qui permettent d'organiser et de contrôler les activités destinées aux bénéficiaires de soins, telles que la coordination, la supervision ou encore le suivi de la sécurité des processus.

Alinéas 5 et 5bis

Ce sont de nouvelles dispositions qui visent à pallier l'absence de réglementation de l'activité de soins à domicile prodigués par les infirmiers indépendants. Depuis le 1er janvier 2011 (nouveau régime LAMal sur le financement des soins de longue durée) un nouvel article 25a alinéa 5 LAMal prévoit que "Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel". L'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins, (OPAS) règle les détails.

Cette disposition s'applique aux EMS, structures de soins de jour ou de nuit (SSJN), soins à domicile (OSAD privées), centres médico-sociaux (CMS) et Infirmiers indépendants (I.I).

A l'heure actuelle, le remboursement de la part résiduelle du coût des soins prodigués par les professionnels des soins infirmiers indépendants est réglé par arrêté du Conseil d'Etat adopté en mai 2012 fixant le montant de la part résiduelle du coût des soins non pris en charge par la LAMal pour ces personnes et les OSAD privées, ainsi que par des directives du département du 1er juillet 2014. Les alinéas 5 et 5bis doivent apporter la base légale nécessaire au contrôle et à la prise en charge de ces soins.

Les obligations faites aux infirmiers indépendants sont calquées sur le modèle de celles qui incombent aux CMS et aux OSAD privées.

Article 125a (Masseurs médicaux)

La disposition a reçu un toilettage afin de correspondre au mieux à l'évolution de la profession (nouvelle définition selon le Plan d'Etudes Cadre, PEC). Le masseur médical doit en outre être porteur d'un titre tertiaire admis au niveau fédéral (brevet fédéral, LFPr).

Article 126 (Podologues)

Alinéa 4

La disposition reprend la nouvelle formule type appliquée à l'ensemble de la présente révision sur les titres admis (uniquement titres reconnus au niveau suisse, du fait soit d'un diplôme relevant d'un examen fédéral ou intercantonal, ou d'un titre reconnu en vertu d'accord international).

Article 127 (Physiothérapeutes)

Alinéa 4

Ici également, il y a reprise de la nouvelle formule type sur les titres admis (uniquement titres reconnus au niveau suisse, du fait soit d'un diplôme relevant d'un examen fédéral ou intercantonal, ou d'un titre reconnu en vertu d'accord international).

Article 129 (Ambulanciers)

Alinéas 1 et 2

Les compétences de l'ambulancier telles que définies à l'actuel alinéa 1 ne correspondent plus à l'évolution de la profession, notamment au plan d'études cadre (PEC) défini au niveau fédéral. Les nouveaux alinéas 1 et 2 tiennent compte de cette évolution tout en préservant la compétence du médecin. La nouvelle disposition tient également compte des nouvelles terminologies en usage. S'agissant des titres nécessaires à l'exercice de la profession, cette disposition reprend la nouvelle formule type appliquée à l'ensemble de la révision. En effet, il n'existe plus de diplômes cantonaux.

Alinéa 3

Cette disposition correspond à l'actuel alinéa 2 avec reprise de la nouvelle formule type sur les titres admis (uniquement titres reconnus au niveau suisse, du fait soit d'un diplôme relevant d'un examen fédéral ou intercantonal, ou d'un titre reconnu en vertu d'un accord international).

Alinéa 5

Les ambulanciers n'établissent pas de dossier du patient (art. 87 al. 2 LSP). Ils rédigent néanmoins des rapports d'interventions. Ces rapports contiennent des données personnelles et sensibles sur le patient. Ils sont en principe adressés à l'équipe hospitalière de soins dans la continuité de la prise en charge. Bien que distinct du dossier du patient au sens strict du terme, il se justifie d'appliquer au rapport d'intervention les dispositions de l'article 87 LSP par analogie.

Article 129a nouveau (Techniciens ambulanciers)

A la demande de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence (CMSU), la profession de technicien ambulancier est intégrée dans la loi. En effet, à l'instar de l'ambulancier, le technicien ambulancier est appelé à participer à des interventions d'urgence préhospitalière ou à des transferts interhospitaliers ; il est donc légitime de le soumettre à la LSP. La définition répond au plan d'études cadre fédéral (PEC).

Article 134 (Opticiens)

Le contenu de l'article 22 du réglement sur l'exercices des professions de la santé (REPS) qui réglementait en partie la profession est repris dans la LSP pour plus d'homogénéité.

Alinéa 1

Cet alinéa est complété afin d'y ajouter l'optométriste. Ce dernier est titulaire d'un bachelor ou d'un master (optométriste B.Sc ou M.Sc).

Alinéa 3

Sur proposition de la Société suisse d'ophtalmologie, l'alinéa 3 réserve expressément à l'ophtalmologue la compétence de prescrire des lunettes ou des lentilles sur les enfants de moins de 16 ans. En effet, l'examen de la vue chez un enfant n'est pas seulement une question d'acuité visuelle. Chez les enfants, un trouble de la vue cache souvent un problème d'ordre médical

(neuro-ophtalmologique p.ex.) ainsi que d'autres maladies qui ne sont pas détectables par un examen de la seule acuité visuelle.

Les autres alinéas sont remaniés sans changement sur le fond, sous réserve de l'ajout de la mention de l'optométriste à l'alinéa 4.

Article 142 (Conditions d'exploitation d'une droguerie)

L'article 116 alinéa 5 LSP donne au département la possibilité d'autoriser provisoirement un pharmacien à en remplacer un autre. Ce remplacement s'exerce parallèlement à l'activité principale du concerné. L'article 116 alinéa 5 LSP avait été introduit en raison de la pénurie de pharmaciens sur le marché. Cette même pénurie est aujourd'hui observée dans certaines régions pour les droguistes. En conséquence, l'alinéa 3 de l'article 142 est complété sur le modèle de l'article 116 alinéa 5 LSP.

Alinéa 6

L'alinéa 6 est abrogé dans la mesure où il renvoyait à l'article 196, lui-même abrogé lors de la révision de 2009. Disposition transitoire, l'article 196 LSP prévoyait que "Les droguistes exerçant leur profession conformément au droit applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent assumer ou continuer d'assumer la responsabilité d'une droguerie sans être au bénéfice de la formation prévue par l'article 141". Cette dérogation n'est plus possible depuis 2009.

CHAPITRE VIIbis- Organisations de soins

SECTION I - Dispositions générales

Article 143b (Autorisation d'exploiter)

Alinéa 2

Un nouvel alinéa 2 est ajouté à l'article 143b afin de rappeler que les organisations de soins sont également soumises au contrôle et à la surveillance du département, notamment par le biais de ses services et du médecin cantonal, - à l'instar de la surveillance relative aux établissements sanitaires (voir notamment l'article 151 LSP, respectivement les articles 7 LAPRAMS et 3 RLAPRAMS). Cette surveillance implique également le contrôle de l'utilisation de la part du coût des soins versée par l'Etat en application de l'article 25a LAMal, ainsi que la qualité des prestations fournies et de la sécurité des patients.

S'agissant des organisations de soins à domicile, plus spécifiquement réglementées aux articles 143f et suivants, cette nouvelle disposition implique une révision simultanée du règlement sur les organisations de soins à domicile (RESD).

Le contrôle et la surveillance s'appliquent également aux activités exercées par les organisations de soins dans les structures de soins de jour ou de nuit (SSJN) au sens de la LAMal. Lorsque les prestations fournies dans les SSJN sont assumées par un établissement médico-social (EMS), les dispositions en matière de contrôle et de surveillance valables pour ces derniers s'appliquent.

Article 143c (Conditions d'exploitation)

Alinéa 1

La nouvelle disposition intègre l'ancien alinéa 2.

Alinéa 3

Cet alinéa fixe les règles applicables aux organisations de soins en matière de publicité. Ces dispositions sont les mêmes que celles qui s'appliquent déjà aux établissements sanitaires et aux professionnels de la santé de façon générale, conformément aux articles 74a, 82 et 150 LSP.

SECTION IV nouveau (Organisations de physiothérapie)

Article 143i

Depuis le 1er août 2009, les organisations de physiothérapie sont habilitées à facturer des prestations à

la charge de l'assurance obligatoire des soins, à certaines conditions (cf. notamment article 52a OAMal). Parmi ces conditions figure le fait d'être "admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité".

La présente section a pour but de fixer les conditions applicables à ces organisations dans notre canton, conformément à l'article 52a OAMal. Les exigences fixées par le canton pour ce type d'organisation correspondent mutatis mutandi aux exigences déjà existantes pour les organisations d'ergothérapie (cf. article 143h LSP).

SECTION V nouveau (Organisations de diététique)

Article 143j

Depuis le 1er janvier 2013, les organisations de diététique sont habilitées à facturer des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, à certaines conditions (cf. notamment article 52b OAMal). Parmi ces conditions figure le fait d'être "admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité".

La présente section a pour but de fixer les conditions applicables à ces organisations dans notre canton, conformément à l'article 52b OAMal. Les exigences fixées par le canton pour ce type d'organisation correspondent mutatis mutandi aux exigences déjà existantes pour les organisations d'ergothérapie (cf. article 143h LSP).

CHAPITRE VIII – Etablissements sanitaires

SECTION I – Etablissements sanitaires de droit privé

Article 147 (Conditions)

Alinéa 1 lettre h (nouveau)

Au premier alinéa de cette disposition qui fixe les conditions de la délivrance d'une autorisation d'exploiter, il est proposé d'ajouter cette nouvelle lettre, qui prévoit de soumettre les établissements sanitaires de droit privé à l'obligation de contribuer à la relève dans les professions de la santé, et de s'assurer en particulier que leurs employés satisfont à l'exigence de formation.

Pour mémoire, l'introduction de la notion "d'obligation de formation" dans le secteur sanitaire a été portée par le "modèle bernois" de pilotage et de financement de la formation pour les professions non universitaires de la santé, en réponse à la pénurie de professionnels dans ce domaine.

Cette notion a été reprise par la CDS (Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé) et la Confédération. Dans le canton de Vaud, et ce dès 2014, un objectif spécifique visant à harmoniser le dispositif de soutien à la formation entre les services du département sur la base du modèle bernois a été introduit également. Vu le large consensus rencontré dans notre canton sur le principe d'une telle obligation de formation, et ce depuis plusieurs années, il paraît judicieux de saisir l'opportunité de la présente révision pour ancrer cette obligation dans la loi.

SECTION II – Etablissements apparentés de droit privé

Article 152 (Etablissements apparentés – Définition)

Alinéa 1

Le texte de cet alinéa n'est pas modifié.

Néanmoins, il y a lieu de corriger l'EMPL rédigé lors de la précédente révision en rapport avec cette disposition. En effet, lors de la dernière révision, la référence aux "personnes présumées en bonne santé" avait été supprimée, dans la mesure où les établissements tels que les instituts de radiologie ou les services médicaux régionaux des offices AI (SMR) n'accueillaient pas, a priori, de personnes présumées en bonne santé. Sur la base de cette modification, le Service de la santé publique octroyait depuis une autorisation d'exploiter aux services médicaux-régionaux (SMR) de l'assurance-invalidité.

En raison de l'évolution du cadre légal et pratique depuis cette dernière révision, il ne se justifie plus, désormais, d'assimiler les SMR à des établissements apparentés au sens de l'article 152 LSP. En conséquence, une autorisation d'exploiter n'est plus nécessaire pour ces organismes rattachés à l'assurance-invalidité dans la mesure où ils ne fournissent pas de prestations à but thérapeutique direct ou indirect.

Alinéa 2

Introduction de l'obligation de former, également pour ce type d'établissement (par renvoi aux articles 145ss, en particulier l'article 147 ; voir ég. art. 155 LSP).

SECTION III - Etablissements et institutions sanitaires cantonaux

Nouvel intitulé - Etablissements et institutions sanitaires cantonaux et etablissements sanitaires autonomes de droit public

Article 155

Le titre marginal est modifié (anciennement *Définition*– nouveau *Etablissement et instituts sanitaires cantonaux*) afin de distinguer établissements sanitaires cantonaux (article 155) et établissements sanitaires autonomes de droit public (article 155bis). Actuellement, seul le CHUV est un établissement cantonal.

Article 155bis nouveau (Etablissements sanitaires autonomes de droit public)

Par cette nouvelle disposition est introduite la notion d'établissement autonome de droit public. On pense en particulier au nouvel hôpital Riviera-Chablais (HRC) ou à la nouvelle structure juridique de l'hôpital intercantonal de la Broye (HIB). De tels établissements n'existaient pas jusqu'alors dans notre canton. Le HRC et le HIB ont été constitués par le biais d'un accord intercantonal entre Vaud et Valais pour l'un, et Vaud et Fribourg pour l'autre. Ces accords définissent le droit applicable aux établissements concernés. Lorsque l'accord ne prévoit rien, il va de soi que le droit du lieu (physique) où se situe l'établissement s'applique.

CHAPITRE XI – MESURES PREPARATOIRES ET MESURES SANITAIRES D'URGENCE

Article 183 – Prise en charge des urgences préhospitalières

Nouvel intitulé : Urgences préhospitalières a) Notion

La notion d'urgences préhospitalières est précisée. Elle englobe tant les urgences somatiques ou psychiatriques que les urgences sociales (EMUS ou Equipes mobiles d'urgences sociales). Les EMUS sont constituées de binômes sanitaires et sociaux qui interviennent auprès de personnes dont la situation nécessite une prise en charge médicale ou sociale rapide. Ces interventions ont lieu sur le terrain, sur appel d'un médecin de garde ou à titre préventif, lors de patrouilles sur des sites exposés.

Article 183a nouveau - b) Prise en charge

Cette disposition de délégation reprend le texte de l'actuel article 183. Elle prévoit en particulier le principe de la participation financière de l'Etat au fonctionnement de la centrale d'appels sanitaires d'urgence, cofinancée par le canton de Neuchâtel.

CHAPITRE XII – DISPOSITIONS PENALES ET MESURES D'EXECUTION

Article 191 – Sanctions administratives

Alinéas 1 et 1bis

L'amende jusqu'à 100 000 francs était contraire au droit fédéral (art. 43 de la loi sur les professions médicales ; art. 30 de la loi sur les professions de la psychologie). L'article 191 alinéa 1 lettre c est corrigé (amende maximum fixée à 20 000 francs) afin de correspondre au droit fédéral. De même (adaptation au droit fédéral), la mesure de la sanction est limitée en cas de non exécution du devoir de formation : seuls l'avertissement, le blâme ou l'amende peuvent être infligés au

contrevenant.

Alinéa 3

La disposition prévoit la communication de la sanction aux assureurs, aux cantons ou à d'autres tiers, lorsqu'un intérêt public ou privé prépondérant l'exige. Les mesures prises à l'encontre des professions médicales se transmettent déjà entre cantons via le registre des professions médicales (MedReg) et la législation applicable. Il peut néanmoins se justifier, en cas d'urgence, que le département communique certaines décisions aux autorités sanitaires d'un autre canton potentiellement concerné lorsque le motif de la sanction est grave ou aux assureurs maladies, par exemple lorsque le professionnel sanctionné a commis des abus dans sa facturation. En outre, toutes les professions de la santé ne sont pas répertoriées dans MedReg, de sorte que le département ne jouit pas des mêmes facilités pour ces professions, en termes de communication de ses décisions.

Alinéa 3bis (nouveau)

Ce nouvel alinéa régit les cas de communication aux associations professionnelles concernées. Dans de tels cas, l'intérêt public ou privé prépondérant est présumé.

Alinéa 5 (nouveau)

Cet alinéa inscrit la compétence du département en charge des affaires vétérinaires conformément au nouvel article 5a.

Article 191a - Mesures provisionnelles

Alinéa 4

La possibilité de publier les décisions sur mesures provisionnelles prises par le département conformément à l'article 191a LSP n'était pas dûment inscrite dans la loi, au contraire de la possibilité donnée par l'article 191 alinéa 3 LSP. Bien que la procédure menant à des mesures provisionnelles restreigne les droits de procédure des parties (notamment le droit d'être entendu), il peut arriver qu'un intérêt privé ou public essentiel justifie la publication d'une telle sanction ou sa communication à des tiers, bien que prise en mesure provisionnelle. Toutefois, ces cas devraient demeurer rares.

Alinéa 5 (nouveau)

Ce nouvel alinéa est le pendant de l'article 191 alinéa 3bis pour les mesures provisionnelles**.**

Alinéa 6 (nouveau)

La disposition inscrit la compétence du département en charge des affaires vétérinaires conformément au nouvel article 5a

4 RAPPEL DE LA MOTION CLAUDINE WYSSA ET CONSORTS – STATUT DES THÉRAPEUTES PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS EN MILIEU SCOLAIRE (15_MOT_059)

4.1 Rappel de la motion

Les suites de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) n'ont pas fini de susciter des interrogations. Les enfants et élèves (0-20 ans) ayant besoin de traitement pour un handicap ne sont plus pris en charge par l'AI, mais par les cantons, passant de la logique d'assuré à celle d'élève. Cela pose de vrais problèmes pour les professionnels qui prennent en charge les enfants/élèves quant à leur statut de professionnel indépendant.

La loi scolaire et la loi sur la pédagogie spécialisée ne sont pas des lois qui prévoient des soins, seules des aides à l'apprentissage y figurent. Afin de pallier les difficultés induites par la RPT sur ce sujet, la présente motion demande une modification de la loi sur la santé publique afin d'ancrer le statut des thérapeutes professionnels indépendants (logopédistes, psychomotriciens, etc.) en milieu scolaire,

notamment en précisant les articles 122c et 122i de la loi sur la santé publique (LSP).

4.2 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT

La motion du 27 janvier 2015 Claudine Wyssa demandait "une modification de la loi sur la santé publique afin d'ancrer le statut des thérapeutes professionnels indépendants (logopédistes, psychomotriciens,...) en milieu scolaire notamment...". Lors de son traitement par le Grand Conseil, cette motion a été transformée en postulat le 1er septembre 2015.

Il y a été donné suite en proposant de modifier les articles 122c et 122i LSP dans le sens souhaité par le postulat. Ainsi, l'exposé des motifs à l'appui de la présente révision de la LSP vaut rapport.

5 CONSEQUENCES

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

La révision de la LSP impliquera par ailleurs des modifications réglementaires en particulier, le règlement sur les professions médicales (REPS), le règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud (RES), le Règlement sur les émoluments (commission d'éthique) ; le règlement sur la recherche biomédicale devra être abrogé en raison des nouvelles dispositions fédérales en la matière (LRH). Enfin, il conviendra d'adapter la loi sur l'harmonisation du registre des habitants (en particulier son article 6 eu égard aux futures nouvelles dispositions cantonales et fédérales sur le registre cantonal des tumeurs.

Le présent projet permet d'assurer la compatibilité avec le droit fédéral (loi sur les professions de la psychologie (LPsy), loi sur les professions médicales (LPMéd), loi sur la recherche sur l'être humain (LRH), loi sur l'enregistrement des tumeurs et autres maladies (LEMO), loi sur le dossier électronique du patient (LDEP).

5.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

Les incidences financières de l'augmentation du nombre de membres du Conseil de santé seront minimes. Pour le reste, le présent projet n'aura pas de conséquences en la matière.

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

Néant.

5.4 Personnel

Néant.

5.5 Communes

Néant.

5.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

5.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

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

Néant.

5.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

5.10 Incidences informatiques

Néant.

5.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

5.12 Simplifications administratives

4.12.1 Conseil de santé (décision par voie de circulation).

4.12.2 Obligation d'annoncer des professionnels de la santé dès 70 ans.

5.13 Protection des données

Néant.

5.14 Autres

Néant.

6 CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil :

- d'adopter le projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP) ;
- d'approuver le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Claudine Wyssa et consorts demandant une modification de la loi sur la santé publique afin d'ancrer le statut des thérapeutes professionnels indépendants en milieu scolaire (15_POS_139).

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

du 14 décembre 2016

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Article premier

[1] La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme il suit :

Art. 5a Département en charge des affaires vétérinaires

[1] Le département en charge des affaires vétérinaires est l'autorité compétente dans les domaines relevant de la médecine vétérinaire. Il est notamment compétent pour délivrer, suspendre ou retirer les autorisations de pratiquer et prendre toute mesure utile au bon exercice de la médecine vétérinaire. Il peut déléguer certaines tâches au vétérinaire cantonal. Les attributions du Conseil de santé sont réservées.

[2] Le département en charge des affaires vétérinaires assure l'exécution des lois, ordonnances, arrêtés et règlements fédéraux et cantonaux, ainsi que des conventions intercantonales afférant à la médecine vétérinaire.

Texte actuel	Projet
Art. 7 Médecin cantonal	**Art. 7**
[1] Le médecin cantonal est le médecin-conseil de l'Administration cantonale. Il est responsable des questions médicales concernant la santé publique. Il est secondé dans cette tâche par le pharmacien cantonal et le médecin-dentiste conseil.	[1] Le médecin cantonal est le médecin référent de l'administration cantonale. Il est responsable des questions médicales concernant la santé publique. Il est secondé dans cette tâche par le pharmacien cantonal et le médecin-dentiste conseil.
[2] Le médecin cantonal agit soit directement, soit par l'intermédiaire de médecins adjoints.	[2] Inchangé.
	[3] Le médecin cantonal est habilité à effectuer des contrôles, impromptus ou annoncés, à émettre des directives et à prononcer des sanctions dans les domaines relevant de sa compétence.
	[4] Le médecin cantonal est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des mesures à prendre en cas d'événement particulier ou de catastrophe (ORCA sanitaire).
Art. 10 Vétérinaire cantonal	**Art. 10**
[1] Le vétérinaire cantonal est le chef du Service vétérinaire cantonal. Ses attributions sont fixées notamment par les législations sur les épizooties , sur les denrées alimentaires (contrôle des viandes) et sur la protection des animaux .	[1] Le vétérinaire cantonal est rattaché au département en charge des affaires vétérinaires.
	[2] Ses attributions sont fixées notamment par les législations sur les épizooties, sur les denrées alimentaires (contrôle des viandes), sur les produits thérapeutiques, sur la protection des animaux et sur la police des chiens.
	[3] Les dispositions de la présente loi s'appliquent à la médecine vétérinaire lorsqu'aucune loi spéciale n'en dispose autrement.

Texte actuel	Projet
Art. 12 Conseil de santé	**Art. 12**
[1] Le Conseil de santé se compose de dix-sept membres, à savoir : a. le chef du département, président ; b. le médecin cantonal, vice-président ; c. le procureur général ; d. un médecin, professeur de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne ; e. deux autres médecins ; f. un médecin-dentiste ; g. un médecin-vétérinaire ; h. un pharmacien ; i. une infirmière ; j. un représentant des assureurs maladie ; k. un représentant des communes ; l. un représentant des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ; m. trois avocats inscrits au registre cantonal ; n. un membre choisi en dehors des milieux de la santé publique.	[1] Le Conseil de santé se compose de vingt et un membres au minimum, à savoir : a. Inchangé, b. Inchangé, c. Inchangé, d. Inchangé, e. trois autres médecins, f. deux médecins-dentistes, g. Inchangé, h. Inchangé, i. un infirmier, j. Inchangé, k. Inchangé, l. Inchangé, m. trois avocats inscrits au registre cantonal et un juriste, n. deux membres supplémentaires, qui peuvent être choisis hors des milieux de la santé publique, o. un éthicien.
[2] Le Conseil d'Etat désigne, pour chaque législature, les membres mentionnés sous lettres d) à n). Leur mandat ne peut excéder quinze ans. Pour le choix des membres mentionnés sous lettres d) à l), les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et lors de la reconduction.	[2] Le Conseil d'Etat désigne, pour chaque législature, les membres mentionnés sous lettres d) à o). Pour le choix des membres mentionnés sous lettres d) à l) et o), les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et lors de la reconduction.
[3] Le chef du département désigne ceux de ses collaborateurs directs qui assistent aux séances avec voix consultative. Il désigne en outre un collaborateur comme secrétaire du Conseil de santé.	[3] Le chef du département désigne ceux de ses collaborateurs directs qui assistent aux séances avec voix consultative. Il désigne en outre un secrétaire général responsable de la gestion administrative du Conseil de santé.
[4] Le Conseil de santé peut faire appel à des experts. Il peut entendre les	[4] Inchangé.

Texte actuel	Projet
représentants des associations professionnelles et des institutions issues de l'initiative privée.	
Art. 13 Rôle	**Art. 13**
[1] Le Conseil de santé se prononce par préavis ou par décision. Il donne notamment son préavis lorsque le chef du département ou cinq membres du Conseil de santé le demandent sur : a. les problèmes de santé publique ; b. la nomination et le licenciement des directeurs, chefs de département, chefs de service et des chefs de divisions autonomes des établissements sanitaires cantonaux ou privés d'intérêt public, ainsi que des instituts sanitaires cantonaux.	[1] Inchangé.
[2] Après enquête, le Conseil de santé propose au chef du département les mesures à envisager à l'encontre des professionnels de la santé en application des articles 79 et 191 de la présente loi, sous réserve des compétences de la Commission d'examen des plaintes fixées à l'article 15d de la présente loi.	[2] Après enquête, le Conseil de santé propose au chef du département, respectivement au chef du département en charge des affaires vétérinaires s'il s'agit d'un professionnel relevant de son champ de compétence, les mesures à envisager à l'encontre des professionnels de la santé en application de l'article 191 de la présente loi, sous réserve des compétences de la Commission d'examen des plaintes fixées à l'article 15d de la présente loi.
	[2b] Le Conseil de santé peut se prononcer par voie de circulation lorsque les circonstances le justifient. Pour être valable, sa proposition ou sa décision doivent être adoptées à l'unanimité.
[5] Le Conseil de santé est l'autorité de surveillance compétente pour délier du secret professionnel toute personne qui pratique une profession de la santé visée par l'article 321 du Code pénal ou par la présente loi.	[5] Le Conseil de santé est l'autorité de surveillance compétente pour délier du secret professionnel toute personne qui pratique une profession de la santé visée par l'article 321 du Code pénal ou par la présente loi. Il peut déléguer cette compétence à un ou plusieurs de ses membres.
[6] Sont réservées les autres attributions du Conseil de santé prévues par les articles 4, 12, 39 et 178 ainsi que par d'autres lois touchant la santé publique.	[6] Inchangé.
[7] Le Conseil de santé peut décider de déléguer ses attributions à un ou plusieurs membres, notamment en cas d'urgence ou dans les domaines	[7] Inchangé.

Texte actuel	Projet
nécessitant une expérience spécifique.	
[8] Les règles de fonctionnement du Conseil de santé sont fixées par le Conseil d'Etat.	[8] Inchangé.
Art. 13g Rôle	**Art. 13g**
[1] La CMSU est une commission consultative et de préavis dans les domaines suivants : a. évaluation des besoins en matière de prise en charge des urgences préhospitalières ; b. coordination de l'activité des services de prise en charge des urgences préhospitalières ; c. aménagement et développement du dispositif de prise en charge des urgences préhospitalières ; d. décisions relatives aux autorisations d'exploiter et de diriger (services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières) et aux autorisations de pratiquer (ambulanciers) sous réserve des compétences du Conseil de santé et de la Commission d'examen des plaintes ; e. fixation des niveaux de formation des intervenants préhospitaliers ; f. dispositions à prendre en cas d'événement majeur ou de catastrophe ; g. collaboration intercantonale et transfrontalière.	[1] Inchangé a. Inchangé, b. Inchangé, c. Inchangé, d. Abrogé, e. Inchangé, f. Abrogé, g. Inchangé.
[2] Elle rend compte au département.	[2] Inchangé.
Art. 14 Médecins-délégués	**Art. 14**
[1] Les médecins-délégués et leurs suppléants représentent le département auprès des autorités communales et des particuliers. Ils assistent les préfets dans les questions sanitaires.	[1] Les médecins-délégués représentent le département auprès des autorités communales et des particuliers. Ils secondent le médecin cantonal dans ses tâches.
[2] Ils sont désignés pour la législature par le chef du département à raison d'un médecin-délégué et d'un ou plusieurs suppléants par district. Leur mandat peut être reconduit jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.	[2] Ils sont désignés pour la législature par le chef du département à raison d'un médecin-délégué au moins par district.

Texte actuel	Projet
[3] Les compétences et les obligations des médecins-délégués et de leur(s) suppléant(s) sont définies dans un cahier des charges établi par le département.	[3] Les compétences et les obligations des médecins-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le médecin cantonal.
Art. 15 Médecins-vétérinaires-délégués	**Art. 15**
[1] Les médecins-vétérinaires-délégués et leurs suppléants représentent le département auprès des autorités communales et des particuliers. Ils assistent les préfets dans les questions d'ordre vétérinaire.	[1] Les médecins-vétérinaires-délégués et leurs suppléants représentent le département en charge des affaires vétérinaires auprès des autorités communales et des particuliers.
[2] Ils sont désignés pour cinq ans par le chef du département à raison d'un médecin-vétérinaire-délégué par district ou fraction de district. Leur mandat peut être reconduit jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans. Ils ne sont pas collaborateurs de l'Etat au sens de la loi sur le personnel de l'Etat de Vaud .	[2] Ils sont désignés pour la législature par le chef du département en charge des affaires vétérinaires à raison d'un médecin-vétérinaire-délégué par district.
[3] Les compétences et les obligations des médecins-vétérinaires-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le département.	[3] Les compétences et les obligations des médecins-vétérinaires-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le département en charge des affaires vétérinaires.
Art. 18 Police sanitaire	**Art. 18**
[1] Sur réquisition du département, du médecin cantonal ou du chef du Service de la santé publique, la force publique remplit des missions relatives à l'application de la présente loi.	[1] Sur réquisition du département, du département en charge des affaires vétérinaires, du médecin cantonal ou du chef du Service de la santé publique, la force publique remplit des missions relatives à l'application de la présente loi.
Art. 19 Régime juridique	**Art. 19**
[1] Le présent chapitre définit les relations entre patients, professionnels de la santé et établissements sanitaires. Les dispositions de la législation fédérale et cantonale sont réservées.	[1] Le présent chapitre définit les relations entre patients, professionnels de la santé et établissements ou institutions sanitaires. Les dispositions de la législation fédérale et cantonale sont réservées.

Texte actuel	Projet
Art. 20a Accompagnement des patients en établissement	**Art. 20a**
[1] Toute personne séjournant dans un établissement sanitaire soumis à la présente loi a droit à une assistance et à des conseils pendant toute la durée de son séjour. Elle a le droit en particulier de requérir le soutien de ses proches et de maintenir le contact avec son entourage.	[1] Inchangé.
[2] Des organismes indépendants à but non lucratif reconnus par le Département offrent leur assistance et leurs conseils aux personnes en établissement et ce à titre gratuit. Ils peuvent à cet effet désigner des accompagnants, ainsi qu'organiser et coordonner leurs activités. Les établissements tiennent à disposition des patients une liste à jour de ces accompagnants.	[2] Inchangé.
[3] A la demande expresse d'un patient, un accompagnant peut l'assister dans ses démarches auprès des professionnels de la santé, de l'établissement et des autorités qui ne peuvent refuser sa présence. Il ne peut toutefois exercer aucune forme de représentation sous réserve de l'article 23a, alinéa 2.	[3] A la demande expresse d'un patient, un accompagnant peut l'assister dans ses démarches auprès des professionnels de la santé, de l'établissement et des autorités qui ne peuvent refuser sa présence. Il ne peut toutefois exercer aucune forme de représentation sous réserve des dispositions du code civil suisse y relatives.

Texte actuel

Art. 28 Champ d'application

[1] Les principaux domaines d'intervention sont :

a. l'hygiène et la protection de l'environnement ;
b. l'éducation pour la santé ;
c. la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicodépendances et autres addictions ;
d. la santé scolaire ;
e. les vaccinations ;
f. la prévention des accidents et des traumatismes et la prévention des actes de violence ;
g. la médecine et l'hygiène du travail ;
h. l'éducation sportive et la médecine du sport ;
i. la santé sexuelle et reproductive ;
j. la santé maternelle et infantile ;
k. la prévention des maladies chroniques et infectieuses ;
l. la santé mentale.

Projet

Art. 28

[1] Les principaux domaines d'intervention sont :

a. Inchangé,
b. la promotion de la santé,
c. la lutte contre les méfaits de l'alcoolisme, du tabagisme, des toxicodépendances et autres addictions,
d. Inchangé,
e. Abrogé,
f. Inchangé,
g. la santé au travail,
h. Inchangé,
i. Inchangé,
j. Inchangé,
k. la prévention des maladies chroniques,
l. Inchangé,
m. la prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles.

Art. 70b Aide à l'identification

[1] Afin de garantir la fiabilité et la sécurité des données traitées en la forme électronique, en assurant notamment l'identification univoque d'un patient, son numéro d'assuré au sens de l'article 50c de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants peut être utilisé à des fins d'aide à l'identification par les personnes et entités suivantes :

1. les professionnels de la santé, ainsi que les établissements, institutions et organisations régis par la présente loi,
2. les personnes et entités chargées par le département compétent de développer des projets et d'effectuer des recherches ou d'établir des statistiques dans le domaine de la santé publique.

Texte actuel	Projet
	Art. 72a Transports médicalement nécessaires
	[1] Le Conseil d'Etat peut désigner les entreprises admises à effectuer les transports médicalement nécessaires au sens de la LAMal.
Art. 75 Autorisation de pratiquer à titre indépendant	**Art. 75**
[1] L'exercice d'une profession de la santé à titre indépendant est soumis à autorisation du département qui fixe la procédure.	[1] Inchangé.
[2] Le département examine les demandes d'autorisation de pratiquer la profession de médecin à titre indépendant en étroite collaboration avec l'association professionnelle cantonale qui se détermine en particulier sur le parcours professionnel du requérant, notamment en lien avec le système de santé fédéral et vaudois, ainsi que sur son projet professionnel. Selon le résultat de cet examen, il peut assortir l'autorisation de pratiquer de recommandations.	[2] Inchangé.
[3] L'autorisation de pratiquer est accordée au requérant à condition qu'il : a. soit titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal ; b. ait l'exercice des droits civils ; c. n'ait pas été condamné pour un crime ou un délit incompatible avec l'exercice de la profession ; d. se trouve dans un état physique et psychique qui lui permet d'exercer sa profession ; e. conclue une assurance responsabilité civile couvrant son activité.	[3] Inchangé.
	[3bis] L'autorisation peut être soumise à des conditions, notamment en matière de connaissances linguistiques. Le département fixe ces exigences.
	[3ter] Le Conseil d'Etat peut prévoir des conditions particulières de contrôle de l'aptitude à continuer à exercer pour les professionnels de la santé désireux de poursuivre leur activité professionnelle au-delà de 70 ans.
[4] Les articles 120, 122b, 122f, 135, 141 et 153a sont réservés.	[4] Les articles 74 alinéa 2, 75a, 120, 122b, 122f, 135, 141 et 153a sont réservés

Texte actuel	Projet
[5] L'autorisation peut être refusée si le requérant a été frappé d'interdiction de pratiquer pour manquement à ses devoirs professionnels.	[5] L'autorisation peut être refusée si le requérant a été frappé d'interdiction de pratiquer pour manquement à ses devoirs professionnels.
[6] Le requérant au bénéfice d'une autorisation de pratiquer la même profession dans un autre canton bénéficie d'une procédure simplifiée selon les conditions fixées par le département.	[6] Inchangé.
[7] Les ressortissants étrangers qui, en vertu de traités internationaux, ont le droit d'exercer à titre indépendant, sans autorisation, une profession de la santé en Suisse pendant 90 jours au plus par année civile, doivent s'annoncer auprès de l'autorité compétente.	[7] Les personnes mentionnées à l'alinéa précédent et les ressortissants étrangers qui, en vertu de traités internationaux, ont le droit d'exercer à titre indépendant, sans autorisation, une profession de la santé en Suisse pendant 90 jours au plus par année civile, doivent s'annoncer auprès de l'autorité compétente.
[8] La loi fédérale sur les professions médicales est réservée.	[8] Abrogé.
[9] On entend par exercice à titre indépendant une activité non salariée, rémunérée par des honoraires.	[9] Inchangé.
Art. 76 Pratique à titre dépendant	**Art. 76**
[1] L'exercice de la profession de médecin à titre dépendant est soumis à autorisation du département. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie. Lorsque le médecin est titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il ne peut exercer que sous la surveillance directe d'un médecin autorisé à pratiquer dans la même discipline.	[1] L'exercice de la profession de médecin et de médecin-dentiste à titre dépendant est soumis à autorisation du département. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie. Lorsque le médecin est titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il ne peut exercer que sous la surveillance directe d'un médecin autorisé à pratiquer dans la même discipline.
[2] Les médecins titulaires du seul diplôme fédéral ou d'un titre équivalent sont dispensés de l'autorisation lorsqu'ils suivent une formation postgrade au sens de l'article 25 de la loi sur les professions médicales. Ils doivent pratiquer sous la surveillance directe d'un médecin au bénéfice d'une autorisation de pratique dans la même discipline.	[2] Inchangé.
[3] L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé citées dans la présente loi ne nécessite pas d'autorisation lorsque le professionnel est titulaire d'un titre admis au niveau fédéral, intercantonal ou cantonal. S'il s'agit d'un chiropraticien, titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre	[3] L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé citées dans la présente loi ne nécessite pas d'autorisation. Il requiert toutefois la possession d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Les articles 119 alinéa 6, 122b

Texte actuel	Projet
jugé équivalent, il doit exercer sous la supervision d'un chiropraticien autorisé à pratiquer dans le Canton de Vaud.	alinéa 2 122e alinéa 7 sont réservés.
[4] L'exercice à titre dépendant d'une profession de la santé au sens de l'alinéa 3 est soumis à autorisation lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnelle indépendante. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent alors par analogie.	[4] Inchangé.
	[4bis] Le département peut soumettre d'autres professions de la santé au sens de l'alinéa 3 à autorisation.
[5] Le département renseigne les employeurs sur l'appréciation des diplômes ainsi que sur les cas d'interdiction dont il a connaissance.	[5] Inchangé.
[6] Les articles 86 et 93 sont réservés.	[6] Inchangé.
Art. 79 Retrait de l'autorisation de pratiquer	**Art. 79**
[1] L'autorisation de pratiquer peut être retirée pour une durée déterminée ou indéterminée, ou encore assortie de conditions, si une ou plusieurs des conditions requises pour son octroi ne sont pas ou plus réunies.	[1] Inchangé.
[2] Il en va de même pour le droit d'exercer sans autorisation des professionnels étrangers travaillant jusqu'à 90 jours en Suisse.	[2] Inchangé.
[3] Le département décide après avoir pris l'avis du Conseil de santé. La personne concernée doit pouvoir être entendue.	[3] Le département décide après avoir entendu la personne concernée.
[4] Les articles 184 et suivants sont réservés.	[4] Inchangé.
Art. 80a Déclaration	**Art. 80a**
[1] La personne astreinte au secret professionnel doit annoncer au médecin cantonal les faits susceptibles de constituer un cas de maltraitance ou de soins dangereux émanant d'autres professionnels de la santé.	[1] Inchangé.
[2] Elle ne peut pas se prévaloir du secret professionnel pour refuser de renseigner les autorités sanitaires sur les faits dont elle est elle-même accusée, ni pour refuser de témoigner devant les juridictions	[2] Inchangé.

Texte actuel	Projet
civiles dans le cadre de conflits l'opposant à ses patients.	
[3] Lorsque la maltraitance n'émane pas d'un professionnel de la santé, la personne astreinte au secret professionnel peut s'adresser au médecin cantonal et aux autorités compétentes.	[3] Inchangé.
[4] D'autres droits et obligations d'informer prévus dans la législation spéciale, en particulier dans la loi sur la protection des mineurs , sont réservés.	[4] D'autres droits et obligations d'informer prévus dans la législation spéciale, en particulier en matière de protection de l'adulte et de l'enfant et de circulation routière sont réservés.
Art. 82 Publicité	**Art. 82**
[1] Les professionnels de la santé doivent s'abstenir de toute publicité qui n'est pas objective et ne répond pas à l'intérêt général. Cette publicité ne doit en outre ni importuner ni induire en erreur.	[1] Inchangé.
[2] Les professionnels de la santé sont autorisés à faire de la publicité dans la mesure nécessaire à leur fonctionnement et dans les limites définies par le Conseil d'Etat, après consultation des associations professionnelles concernées.	[2] Le département, sur proposition des associations professionnelles concernées, définit les notions mentionnées au premier alinéa et fixe les limites dans lesquelles la publicité est nécessaire au fonctionnement de leurs membres.
	[2bis] Le département peut déléguer le contrôle du respect de cette disposition aux associations professionnelles. En cas de désaccord, le département tranche ou prend les mesures idoines.
[4] Il est interdit de mentionner des appareils spéciaux ou des méthodes de traitement particulières sous réserve de l'accord du département.	[4] Inchangé.
[6] Toute forme de publicité est interdite aux personnes qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.	[6] Inchangé.
Art. 83 Titre de spécialiste	**Art. 83**
[1] L'utilisation des titres de spécialistes est réglée par le droit fédéral. Seules les personnes exerçant une profession médicale et possédant un titre postgrade fédéral ou jugé équivalent sont autorisées à s'intituler spécialistes.	[1] Inchangé.
[2] Les personnes ayant obtenu l'autorisation cantonale de faire état d'une spécialisation restent au bénéfice de ce droit.	[2] Inchangé.

Texte actuel	Projet
Art. 84 Changement de nom, de domicile, d'activité	**Art. 84**
[1] Quiconque exerce une profession de la santé doit informer, dans un délai de quinze jours, le département de tout changement de nom, de domicile ou d'activité professionnels.	[1] Quiconque exerce une profession de la santé informe le département dans un délai de quinze jours de tout changement de nom, de domicile, d'activité professionnelle et de lieu d'exercice, ainsi que de toute modification ou cessation d'activité. [2] A défaut et si le service doit procéder à des investigations, il peut facturer des frais jusqu'à cinq cents francs. Les articles 184 et suivants sont réservés.
Art. 85 Remplacement	**Art. 85**
[1] Les personnes autorisées à exercer une profession de la santé et désirant se faire remplacer doivent en obtenir l'autorisation du département. Le remplaçant doit être titulaire d'un diplôme agréé par le département.	[1] Les personnes autorisées à exercer une profession de la santé et désirant se faire remplacer doivent obtenir l'autorisation du département ou du département en charge des affaires vétérinaires. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession. Le département compétent peut prévoir des exceptions.
[3] En cas de décès, de maladie grave ou de force majeure, le département peut autoriser l'assistant d'un médecin, d'un médecin-dentiste ou d'un médecin-vétérinaire ou un autre praticien à diriger le cabinet du titulaire pour une durée déterminée qui, en règle générale, ne dépassera pas une année.	[3] En cas de décès, de maladie grave ou de force majeure, le département peut autoriser l'assistant d'une personne autorisée à exercer une profession médicale, à diriger le cabinet ou l'officine de cette personne pour une durée déterminée qui, en règle générale, ne dépassera pas une année.
Art. 86 Responsabilité de l'employeur	**Art. 86**
[1] L'employeur de personnes exerçant une ou plusieurs professions relevant de la présente loi doit tenir à la disposition du département une liste de ces personnes. [2] L'employeur doit s'assurer en outre que le ou les professionnels de la santé qu'il engage : 1. sont titulaires d'un diplôme reconnu par le département pour exercer leur profession ; 2. bénéficient d'un état de santé physique et psychique qui permet l'exercice de leur profession.	[1] L'employeur de personnes exerçant une ou plusieurs professions relevant de la présente loi tient à la disposition du département une liste de ces personnes. [2] L'employeur s'assure en outre que les professionnels de la santé qu'il engage : a. sont titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal pour exercer leur profession. Les articles 75a et 124a sont réservés, b. bénéficient d'un état de santé physique et psychique qui permet

Texte actuel	Projet
	l'exercice de leur profession.
[3] Avec la collaboration du département qui lui communique les renseignements en sa possession, l'employeur prend les mesures nécessaires s'il constate que le professionnel : 1. n'a pas l'exercice des droits civils ; 2. a fait l'objet d'une condamnation pénale ou d'une sanction disciplinaire incompatible avec l'exercice de sa profession.	[3] Avec la collaboration du département qui lui communique les renseignements en sa possession, l'employeur prend les mesures nécessaires s'il constate que le professionnel : a. n'a pas l'exercice des droits civils, b. n'est pas au bénéfice de la formation adéquate, c. a fait l'objet d'une condamnation pénale ou d'une sanction disciplinaire incompatible avec l'exercice de sa profession, d. a produit un titre faux à la base de son engagement.
[4] Dans le cas où l'employeur constate des compétences insuffisantes ou des comportements inadéquats chez un professionnel, notamment si cela donne lieu à la cessation des rapports de travail, il informe le département sur les manquements observés.	[4] Dans le cas où l'employeur constate des compétences insuffisantes ou des comportements inadéquats chez un professionnel, ou s'il apprend que des poursuites judiciaires sont en cours pour des faits représentant des risques pour les patients, ou encore si les comportements en cause donnent lieu à la cessation des rapports de travail, il en informe le département. [4bis] L'alinéa 3 s'applique par analogie dans les cas où la personne employée n'est pas un professionnel de la santé au sens de la présente loi. [4ter] L'employeur offre les conditions nécessaires à la formation continue des professionnels de la santé qu'il emploie.
[5] Le département effectue des contrôles.	[5] Le département peut effectuer des contrôles.
Art. 91a Devoir de participer aux dispositifs de garde et d'urgence	**Art. 91a**
[1] Les membres des professions médicales doivent participer aux dispositifs de garde et d'urgence établis dans le canton.	[1] Inchangé.
[2] Pour les médecins, le dispositif de garde est constitué par la garde de spécialité et la garde de premier recours qui comprend : – les médecins spécialistes en médecine interne générale ; – les médecins praticiens ; – les médecins spécialistes en pédiatrie ; – les médecins gynécologues dans leur spécialité ; – les médecins psychiatres dans leur spécialité.	[2] Inchangé.

Texte actuel	Projet
Il peut être étendu à la garde médicale des hôpitaux et cliniques qui offrent des services d'urgence ou de soins intensifs et qui ont la mission de garantir les besoins en soins de la population en tout temps, conformément à l'article 91b ci-après.	
[3] Sur demande motivée, un membre d'une profession médicale peut être dispensé temporairement ou de manière permanente de son obligation de participer au dispositif de garde. L'âge, le nombre de gardes effectuées et une atteinte à la santé limitant la capacité de travail constituent notamment des motifs légitimes de dispense. Suivant le motif de dispense, une taxe de compensation forfaitaire dont le montant n'excède pas 20'000 francs par an est exigible. Elle ne sera pas prélevée en cas d'atteinte avérée à la santé limitant la capacité de travail et attestée par deux médecins indépendants.	[3] Inchangé.
[4] Le département peut déléguer par convention l'organisation des dispositifs de garde et d'urgence et l'exécution des obligations y relatives à une association professionnelle. Dans un règlement soumis à l'approbation du département, l'association professionnelle fixe notamment les modalités d'engagement des médecins de garde, les motifs de dispense, la procédure d'examen des demandes de dispense comprenant une voie de recours interne et le montant de la taxe d'exemption. Elle conserve le produit de la taxe qui est comptabilisé de manière distincte et affecté exclusivement à l'exécution des tâches confiées par la présente disposition.	[4] Le département peut déléguer par convention l'organisation des dispositifs de garde et d'urgence et l'exécution des obligations y relatives à une association professionnelle. Dans un règlement soumis à l'approbation du département, l'association professionnelle concernée fixe notamment les modalités d'engagement des professionnels assujettis à la garde, les motifs de dispense, la procédure d'examen des demandes de dispense comprenant une voie de recours interne et le montant de la taxe d'exemption. Elle conserve le produit de la taxe qui est comptabilisé de manière distincte et affecté exclusivement à l'exécution des tâches confiées par la présente disposition.
[5] Par convention, l'Etat peut accorder à l'association professionnelle délégataire une subvention destinée à financer la rémunération des professionnels de la santé astreints à un dispositif de garde et d'urgence.	[5] Inchangé.
[6] Les décisions sur recours rendues par une association professionnelle sur les dispenses de l'obligation de participer au dispositif de garde et sur le paiement de la taxe de compensation peuvent faire l'objet d'un recours au département. Les membres des professions médicales qui ne respectent	[6] Inchangé.

Texte actuel	Projet
pas leur obligation de participer au dispositif de garde sont dénoncés au département.	
[7] Si aucune convention n'est signée ou si une association professionnelle ne met pas en place des mesures suffisantes, le département peut prendre directement les mesures d'organisation et veiller à leur exécution.	[7] Inchangé.
Art. 93 Assistants	**Art. 93**
[1] L'assistant exerce à titre dépendant sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, d'un médecin-dentiste, d'un médecin-vétérinaire d'un pharmacien ou d'un chiropraticien autorisé à pratiquer.	[1] Inchangé.
	[1bis] Lorsqu'une liste d'établissements ou de cabinets de formation reconnus par l'institut fédéral désigné par la loi fédérale sur les professions médicales existe dans une discipline médicale donnée, seuls les établissements et cabinets figurant sur cette liste sont habilités à superviser un assistant au sens de la présente disposition.
[2] Le médecin, le médecin-dentiste, le médecin-vétérinaire, le pharmacien ou le chiropraticien qui désire s'adjoindre un assistant doit demander l'autorisation du département si l'assistant n'est pas porteur du diplôme fédéral, d'un diplôme jugé équivalent par le droit fédéral ou d'un diplôme d'une université suisse. Si l'assistant est porteur d'un tel diplôme, l'employeur informe le département de cet engagement.	[2] Abrogé.
	[2bis] L'assistant est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. L'employeur avise le département ou le département en charge des affaires vétérinaires de son engagement en précisant le but de formation poursuivi. Les dispositions transitoires concernant les pharmaciens sont réservées.
[3] L'assistant doit être porteur d'un diplôme cité à l'alinéa 2 ou d'un titre agréé par le département.	[3] Abrogé.
	[3bis] Le département peut, sur demande motivée de l'employeur, autoriser au

Texte actuel	Projet
	titre d'assistant au sens du présent article un professionnel de la santé non titulaire d'un titre admis au sens de l'alinéa 2bis en vue de l'obtention de ce titre.
	[3ter] Le département en charge des affaires vétérinaires peut, sur demande motivée de l'employeur, autoriser au titre d'assistant au sens du présent article un médecin-vétérinaire non titulaire d'un titre admis au sens de l'alinéa 2bis en vue de l'obtention d'un titre ou de l'acquisition d'une expérience pratique. La durée de cette autorisation est limitée aux besoins de la formation ou à deux ans pour le cas de l'acquisition d'une expérience pratique.
[4] La fonction d'assistant d'un médecin, d'un médecin-dentiste ou d'un médecin-vétérinaire autorisé à pratiquer a pour but d'assurer, dans le cadre d'un cabinet ou d'un établissement sanitaire, la formation postuniversitaire de l'intéressé et, à ce titre, elle ne peut revêtir qu'un caractère temporaire. La durée de l'autorisation est limitée aux besoins de la formation postuniversitaire.	[4] La fonction d'assistant d'un médecin, d'un médecin-dentiste, d'un pharmacien ou d'un chiropraticien autorisé à pratiquer a pour but d'assurer la formation de l'intéressé en vue de l'obtention d'un titre admis par le droit fédéral et, à ce titre, elle ne peut revêtir qu'un caractère temporaire. La durée de l'autorisation est limitée aux besoins de cette formation.
[5] La fonction d'assistant d'un chiropraticien autorisé à pratiquer a pour but de préparer le candidat à l'examen intercantonal. Elle est limitée dans le temps aux besoins de cette préparation.	[5] Abrogé.
[6] Un médecin, un médecin-dentiste ou un médecin-vétérinaire autorisé à pratiquer peut s'adjoindre un assistant ayant terminé sa formation postgraduée, lorsque la couverture des besoins de la population en matière de santé n'est plus assurée.	[6] Abrogé.
[7] Un médecin, un médecin-dentiste ou un chiropraticien autorisé à pratiquer ne peut s'adjoindre plusieurs assistants.	[7] Inchangé.
[8] Les responsables des services médicaux des établissements sanitaires peuvent s'adjoindre plusieurs assistants. Le département peut limiter ce nombre en fonction de l'organisation du service médical de l'établissement.	[8] Les responsables des services médicaux des établissements sanitaires peuvent s'adjoindre plusieurs assistants. Le département ou le département en charge des affaires vétérinaires peut limiter ce nombre en fonction de l'organisation du service médical de l'établissement.

Texte actuel	Projet
Art. 107 b) Cabinets secondaires	**Art. 107**
[1] Le médecin-vétérinaire qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le médecin-vétérinaire informe le département de l'existence de ces cabinets.	[1] Le médecin-vétérinaire qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le médecin-vétérinaire informe le département en charge des affaires vétérinaires de l'existence de ces cabinets.
Art. 110 **Pharmaciens** a) Compétences	**Art. 110**
[1] Le pharmacien a seul qualité pour effectuer les opérations suivantes et cela exclusivement dans une pharmacie : a. l'exécution des prescriptions formulées dans les limites de leurs compétences par des médecins, des médecins-dentistes, des médecins-vétérinaires, des chiropraticiens et des sages-femmes ; b. la vente des médicaments au public ; c. ... d. ... e. la fabrication des médicaments conformément à l'article 169 de la présente loi.	[1] Inchangé.
[2] Sont réservés les articles 140 et 176 à 179.	[2] Inchangé.
[3] Le pharmacien peut exécuter les analyses médicales autorisées en pharmacie par la législation fédérale sur l'assurance maladie .	[3] Inchangé.
	[4] Le département peut confier au pharmacien des tâches de santé publique.
Art. 113 d) Pharmacien adjoint et assistant	**Art. 113** Pharmacien adjoint
[1] Le pharmacien responsable peut s'adjoindre un ou plusieurs pharmaciens adjoints et un ou plusieurs assistants, conformément aux articles 86 et 93.	[1] Le pharmacien responsable peut s’adjoindre un ou plusieurs pharmaciens adjoints. [2] Le pharmacien adjoint est titulaire d’un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Le cas des assistants titulaires du certificat d'examen de l’Office fédéral de la santé publique est réservé.

Texte actuel	Projet
	[3] Le pharmacien adjoint est autorisé conformément à l'article 76 alinéa 4 de la présente loi.
Art. 114 e) Autorisation	**Art. 114** Abrogé.
[1] L'activité de pharmacien adjoint ou d'assistant s'exerce à titre dépendant.	[1] Abrogé.
[2] Le pharmacien adjoint doit être titulaire d'un titre reconnu conforme à l'article 91, alinéa 1. L'assistant doit être titulaire du certificat d'examen fédéral, d'un titre reconnu conforme à l'article 91, alinéa 1 ou d'un titre d'assistant pharmacien agréé par le département.	[2] Abrogé.
Art. 116 Autorisation d'exploiter	**Art. 116**
[1] L'installation et l'exploitation des pharmacies sont subordonnées à l'autorisation du département.	[1] Inchangé.
[2] La pharmacie doit être exploitée sous la direction d'un pharmacien autorisé à pratiquer (dit pharmacien responsable) qui doit exercer personnellement et effectivement une surveillance sur les actes pharmaceutiques qui s'y déroulent.	[2] Inchangé.
[3] L'autorisation d'exploiter est délivrée au pharmacien responsable. Elle est personnelle et intransmissible.	[3] Inchangé.
[4] Lorsque le pharmacien responsable n'est pas propriétaire de la pharmacie, il doit bénéficier vis-à-vis du propriétaire de toute l'indépendance nécessaire pour assumer la direction et la responsabilité de la pharmacie.	[4] Inchangé.
[5] Un pharmacien ne peut diriger qu'une pharmacie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un pharmacien et contrôler une pharmacie d'établissement.	[5] Un pharmacien ne peut diriger qu'une pharmacie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un pharmacien, contrôler une pharmacie d'établissement au sens de l'article 117 de la présente loi ou assurer une assistance pharmaceutique au sens de l'article 117a de la présente loi.

Texte actuel	Projet
	Art. 117a Assistance pharmaceutique
	[1] Les établissements médico-sociaux ainsi que les institutions socio-éducatives dans lesquelles des produits thérapeutiques sont dispensés peuvent être astreints par le département à se doter d'une assistance pharmaceutique afin de garantir l'usage rationnel, correct et économique des médicaments prescrits à leurs résidents.
	[2] Les conditions d'application sont fixées par le département, après consultation des associations faîtières.
Art. 119 Chiropraticiens a) Compétences	**Art. 119**
[1] Le chiropraticien a seul qualité : a. pour traiter les maladies et les troubles du fonctionnement auxquels s'appliquent les méthodes thérapeutiques qu'il a apprises dans le cadre de sa formation sanctionnée par les titres professionnels mentionnés à l'article 120 ; b. pour délivrer, dans les limites de ses compétences, des déclarations et des certificats médicaux et médico-légaux.	[1] Inchangé.
[2] Sont réservées les attributions que la loi confère aux médecins et autres professions visées par la présente loi.	[2] Inchangé.
[3] Le chiropraticien est habilité, dans les limites de ses compétences, à effectuer, à déléguer et à prescrire des examens d'imagerie diagnostique, des analyses de laboratoire et d'autres examens paracliniques ainsi qu'à prescrire des médicaments dans les limites fixées par la législation fédérale sur l'assurance maladie.	[3] Inchangé.
[3bis] Il est habilité à utiliser les médicaments soumis à ordonnance médicale nécessaire à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.	[3bis] Inchangé.
[4] Le chiropraticien participe à la prévention des maladies et des accidents ainsi qu'au maintien et à la promotion de la santé.	[4] Inchangé.

Texte actuel	Projet
[5] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	[5] Abrogé.
[6] Le chiropraticien pratique à titre dépendant ou indépendant.	[6] Le chiropraticien pratique à titre dépendant ou indépendant. S'il s'agit d'un chiropraticien titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent par le droit fédéral, il exerce sous la supervision d'un chiropraticien autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud.
Art. 120 b) Autorisation de pratiquer	**Art. 120**
[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes répondant aux exigences du droit fédéral. Les chiropraticiens titulaires d'une autorisation délivrée sur la base de l'examen intercantonal restent au bénéfice de cette autorisation.	[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Les chiropraticiens titulaires d'une autorisation délivrée sur la base de l'examen intercantonal restent au bénéfice de cette autorisation.
Art. 122a Psychothérapeutes non-médecins a) Définition et compétences	**Art. 122a Psychologues psychothérapeutes** a) Rôle et compétence
[1] Le psychothérapeute non-médecin administre des traitements psychologiques. Il n'est pas habilité à prescrire ou à administrer des médicaments.	[1] Le psychologue psychothérapeute administre des traitements dont l'efficacité est reconnue. Il n'est pas habilité à prescrire ou à administrer des médicaments.
[2] Le psychothérapeute non-médecin attire l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient.	[2] Le psychologue psychothérapeute attire l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient.
[3] Les articles 13 et 19 à 25 sont applicables par analogie.	[3] Abrogé.
[4] Le psychothérapeute non-médecin pratique à titre dépendant ou indépendant.	[4] Le psychologue psychothérapeute pratique à titre dépendant ou indépendant.
Art. 122b b) Formation	**Art. 122b** b) Autorisation de pratiquer
[1] Peuvent seuls être autorisés à pratiquer les porteurs d'un titre universitaire en sciences humaines avec une spécialisation en psychologie.	[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre de base en psychologie ainsi que d'un titre postgrade en psychothérapie admis en Suisse conformément à un accord international ou au droit fédéral.

Texte actuel	Projet
[2] Ils doivent justifier en outre d'une formation complémentaire en psychothérapie dont le département fixe les exigences minimales.	[2] Le psychologue psychothérapeute qui effectue une formation postgrade pratique sous la supervision directe d'un psychiatre ou d'un psychologue psychothérapeute autorisé à pratiquer. Le département peut émettre des directives concernant la pratique de la psychothérapie déléguée, en particulier quant au nombre autorisé d'assistants en formation.
[3] Le département statue sur l'équivalence d'autres titres.	[3] Le psychologue psychothérapeute titulaire d'une autorisation de pratiquer délivrée avant l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les psychologues reste au bénéfice de cette autorisation.
Art. 122c Logopédistes-orthophonistes a) Rôle et compétence	**Art. 122c**
[1] Le logopédiste-orthophoniste administre des traitements aux personnes souffrant de troubles de la communication (langage oral et écrit, voix). Il exerce également des activités de conseil et de prévention dans les mêmes domaines.	[1] Inchangé.
[2] Le logopédiste-orthophoniste exerce à titre dépendant ou indépendant.	[2] Inchangé.
	[3] La législation sur la pédagogie spécialisée est réservée.
Art. 122d b) Autorisation de pratiquer	**Art. 122d**
[1] Peuvent seules êtres autorisées à pratiquer les personnes qui ont reçu une formation professionnelle théorique et pratique de trois ans au moins reconnue par le département.	[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
[2] Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions supplémentaires.	[2] Inchangé.
Art. 122e Ostéopathes	**Art. 122e**
[1] L'ostéopathe est habilité à prendre des mesures prophylactiques, et à traiter des troubles fonctionnels qui proviennent de modifications réversibles des structures de l'organisme, ceci selon les règles établies par l'ostéopathie.	[1] Inchangé.
[2] L'ostéopathe est notamment autorisé à traiter des états tissulaires se traduisant par des restrictions de mobilité et par des dysfonctionnements	[2] Inchangé.

Texte actuel	Projet
de l'organisme à l'aide des techniques et des manipulations ostéopathiques.	
[3] L'ostéopathe doit attirer l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient.	[3] Inchangé.
[4] L'ostéopathe n'est pas habilité à procéder à d'autres interventions, à prescrire, à remettre ou administrer des médicaments ni à pratiquer des actes de radiologie et de laboratoire.	[4] Inchangé.
[5] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	[5] L'ostéopathe est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
[6] L'ostéopathe pratique à titre dépendant ou indépendant.	[6] Inchangé.
	[7] Le professionnel qui effectue son stage pratique dans le but de se présenter à la seconde partie de l'examen intercantonal travaille sous la supervision directe d'un ostéopathe autorisé. Le département peut émettre des directives notamment sur le nombre autorisé de professionnels en formation.
	[8] L'ostéopathe titulaire d'une autorisation délivrée sur la base d'un certificat de capacité reconnu par le département reste au bénéfice de cette autorisation.
Art. 122f	**Art. 122f**
[1] L'autorisation de pratiquer est accordée au requérant titulaire d'un certificat de capacité reconnu par le département.	[1] Abrogé.
[2] Le requérant doit avoir achevé une formation garantissant l'acquisition des connaissances et aptitudes établies selon les règles de l'ostéopathie.	[2] Abrogé.
[4] Les exigences de formation sont fixées en coordination avec d'autres cantons.	[4] Abrogé.

Texte actuel	Projet
Art. 122h Sages-femmes	**Art. 122h**
[1] L'activité de la sage-femme consiste à : a. conseiller la future mère au cours de la grossesse, lui apporter les soins préventifs, assurer le suivi des grossesses physiologiques, dispenser les soins curatifs que prescrit le médecin ou que nécessite l'état de la patiente en cas d'urgence ; lorsqu'elle assure le suivi d'une grossesse physiologique, la sage-femme est tenue de signaler à la patiente qu'une consultation médicale est indiquée avant la 16ème semaine ; b. assister la mère et l'enfant pendant l'accouchement, ainsi que conduire de façon indépendante un accouchement présumé normal ; s'il se présente des complications, elle est tenue de faire immédiatement appel à un médecin ; c. donner les premiers soins au nouveau-né et à l'accouchée ainsi qu'enseigner aux parents les mesures d'hygiène personnelle et les soins à donner aux enfants ; d. prescrire les examens et prescrire ou administrer les médicaments ou pansements nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces examens et de ces médicaments ; e. contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, au développement de la profession et collaborer à des programmes de promotion de la santé publique.	[1] Inchangé.
[2] La sage-femme pratique à titre dépendant ou indépendant.	[2] Inchangé. [3] La sage-femme peut délivrer des certificats d’incapacité dans le cadre de situations de grossesse ou d'allaitement.

Texte actuel	Projet
Art. 122i **Thérapeutes de la psychomotricité** a) Rôle et compétences	**Art. 122i**
[1] Le thérapeute de la psychomotricité examine, évalue et traite des patients souffrant de troubles psychomoteurs ou moteurs, liés à des troubles émotionnels cognitifs ou de la perception pour prévenir ou atténuer les répercussions des troubles, tant sur le plan personnel que sur le plan social, familial, scolaire et professionnel.	[1] Le thérapeute de la psychomotricité examine, évalue et traite des patients souffrant de troubles psychomoteurs ou moteurs, liés à des troubles émotionnels cognitifs ou de la perception pour les prévenir ou en atténuer les répercussions.
[2] Il contribue aussi à la prévention par le dépistage des troubles psychomoteurs d'origine somatique, psychogène ou psychosociale et par la sensibilisation des autres professionnels.	[2] Inchangé.
[3] Il collabore avec le médecin traitant et les autres professionnels de la santé concernés, le cas échéant.	[3] Inchangé.
[4] Le thérapeute de la psychomotricité pratique à titre dépendant ou indépendant.	[4] Inchangé.
	[5] La législation sur la pédagogie spécialisée est réservée.
Art. 122j b) Formation	**Art. 122j** b) Autorisation de pratiquer
[1] L'exercice de la profession est réservé aux porteurs d'un diplôme d'une école suisse reconnue par l'Association suisse des thérapeutes de la psychomotricité ou par un organisme désigné en application de l'accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes.	[1] L’autorisation de pratiquer est délivrée au thérapeute de la psychomotricité porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
[2] En l'absence d'un tel organisme, le département statue sur l'équivalence d'autres diplômes après avoir pris l'avis de l'association professionnelle.	[2] Le Conseil d’Etat peut fixer des conditions supplémentaires.

Texte actuel	Projet
Art. 123 Ergothérapeutes	**Art. 123**
[1] Sur prescription du médecin, l'ergothérapeute collabore au traitement des malades et handicapés physiques ou psychiques qui éprouvent des difficultés à réaliser ou à organiser leurs activités quotidiennes. Le traitement vise à améliorer ou à maintenir les fonctions motrices, sensorielles, cognitives ou psychiques permettant ainsi la restauration de l'autonomie dans l'accomplissement des activités du patient.	[1] Inchangé.
[2] De manière autonome, l'ergothérapeute évalue les difficultés du patient et choisit librement les moyens et méthodes de traitement qu'il juge le mieux adaptés au patient. L'ergothérapeute propose, en séance individuelle ou de groupe, des activités ou exercices spécifiques aux besoins de la réhabilitation du patient.	[2] Inchangé.
[3] L'ergothérapeute aménage l'environnement des personnes handicapées, conseille sur le choix de moyens auxiliaires et confectionne des moyens adaptés individuellement aux besoins du patient (orthèses, supports de positionnement, aides techniques pour les activités quotidiennes).	[3] Inchangé.
[4] L'ergothérapeute pratique à titre dépendant ou indépendant.	[4] Inchangé.
[5] Peuvent seules être autorisées à pratiquer les personnes titulaires d'un diplôme répondant aux exigences du droit fédéral.	[5] L'ergothérapeute est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
Art. 123a Hygiénistes dentaires a) Rôle et compétences	**Art. 123a**
[1] L'hygiéniste dentaire administre les traitements d'hygiène bucco-dentaire.	[1] Inchangé.
[2] Son activité comprend en particulier les domaines suivants : a. l'enseignement de l'hygiène buccale et la prophylaxie des maladies dentaires ; b. la fluoration locale ; c. l'enlèvement du tartre, le nettoyage et le polissage des dents.	[2] Inchangé.
[3] Lorsqu'elle soupçonne l'existence d'une affection bucco-dentaire,	[3] En cas de soupçon d'affection bucco-dentaire, l'hygiéniste adresse son

Texte actuel	Projet
l'hygiéniste adresse son patient à un médecin-dentiste.	patient à un médecin-dentiste.
[4] Sous le contrôle du médecin-dentiste, l'hygiéniste peut effectuer des radiographies des dents et des mâchoires ainsi que le développement des clichés.	[4] Inchangé.
[5] Elle ne peut effectuer le traitement de la parodontite que sur prescription du médecin-dentiste.	[5] L'hygiéniste ne peut effectuer le traitement de la parodontite que sur prescription du médecin-dentiste.
[6] Elle n'est pas habilitée à pratiquer l'anesthésie sous quelque forme que ce soit.	[6] L'hygiéniste est habilité à pratiquer l'anesthésie locale sous la supervision directe d'un médecin-dentiste autorisé à pratiquer et à condition d'avoir suivi une formation spécifique reconnue par le département. Le département peut préciser, par convention avec les associations professionnelles concernées ou directive, les types d'anesthésie admis ainsi que les modalités de supervision.
[6bis] Elle est habilitée à utiliser les médicaments soumis à l'ordonnance médicale nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.	[6bis] L'hygiéniste est habilité à utiliser les médicaments soumis à ordonnance médicale nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.
[7] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	[7] Inchangé.
[8] L'hygiéniste dentaire pratique à titre dépendant ou indépendant.	[8] Inchangé.
	[9] L'hygiéniste est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
Art. 123b b) Formation	**Art. 123b**
[1] Peut seule être autorisée à pratiquer l'hygiéniste dentaire titulaire d'un diplôme répondant aux exigences du droit fédéral.	[1] Abrogé.

Texte actuel	Projet
Art. 124 Infirmières	**Art. 124 Infirmiers**
[1] L'infirmière est une personne formée pour donner professionnellement les soins ci-après : a. soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne ; b. accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie ; c. participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques ; d. participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale ; e. contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession et collaboration à des programmes de recherche concernant la santé publique.	[1] L'infirmier est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Cette personne est compétente pour donner professionnellement les soins ci-après : a. Inchangé, b. Inchangé, c. Inchangé, d. Inchangé, e. Inchangé, f. délivrance de prescriptions sous le numéro de compte créancier de l'établissement sanitaire, dans le cadre d'un processus établi et supervisé par le médecin, g. organisation et contrôle des activités destinées aux bénéficiaires de soins en coordonnant les interventions interdisciplinaires, en supervisant les actes délégués à des auxiliaires et en veillant à la sécurité des processus.
[2] L'infirmière donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où elle agit sur délégation du médecin.	[2] L'infirmier donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où cette personne agit sur délégation du médecin.
[3] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	[3] Inchangé.
[4] L'infirmière pratique à titre dépendant ou indépendant.	[4] L'infirmier pratique à titre dépendant ou indépendant.
	[5] Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier du versement par l'Etat des montants destinés à couvrir la part résiduelle du coût des soins en application de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, l'infirmier doit remplir les conditions suivantes : a. être titulaire d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant délivrée par le département, b. établir des modalités de collaboration avec les centres médico-sociaux rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile et, à la demande du département, si les circonstances l'exigent, avec d'autres

Texte actuel	Projet
	prestataires de soins, c. adhérer aux réseaux de soins conformément à l'article 3 de la loi vaudoise sur les réseaux, d. fournir au département toutes les informations utiles à la vérification du caractère approprié et économique des prestations délivrées, conformément à l'article 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, ainsi que la qualité des prestations délivrées sous un angle de santé publique. Le Conseil d'Etat fixe les principes applicables à la vérification de ces informations. Il peut notamment limiter le nombre d'heures donnant droit au financement de l'Etat. [5bis] Le département est chargé de la mise en œuvre du versement par l'Etat des montants destinés à couvrir la part résiduelle du coût des soins au sens de l'alinéa 5. Il peut confier cette tâche à des instances privées.
Art. 125a Masseurs médicaux [1] Le masseur médical administre, sur prescription d'un médecin ou d'un chiropraticien, ou sur l'indication d'un physiothérapeute ou d'un ostéopathe, les traitements de massothérapie (massages manuels) et de médecine physique pour lesquels il a été formé en application de l'accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes. [2] Dans ce cadre, il exerce à titre dépendant sous le contrôle et la responsabilité du médecin, du chiropraticien, de l'ostéopathe ou du physiothérapeute autorisés à pratiquer. [3] Le massage sportif, de bien-être, de confort ou à but esthétique pratiqué sur une personne présumée en bonne santé ne relève pas de la présente loi.	**Art. 125a** [1] Le masseur médical est spécialisé dans le domaine des traitements de médecine physique propres à exercer la mobilisation tissulaire manuelle et instrumentale à l'aide d'appareils, et par là-même, à participer au processus thérapeutique scientifiquement fondé qui influence de manière locale, réflexe ou générale, les différents tissus, organes et systèmes du corps humain. [2] Le masseur médical exerce à titre dépendant ou indépendant sur prescription d'un médecin. Il est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. [3] Le masseur médical titulaire d'une autorisation délivrée sur la base d'un certificat de capacité reconnu par le département reste au bénéfice de cette autorisation. [4] Le massage sportif, de bien-être, de confort ou à but esthétique pratiqué sur une personne présumée en bonne santé ne relève pas de la présente loi.

Texte actuel	Projet
Art. 126 Podologues	**Art. 126**
[1] Le podologue assure, dans la limite de ses compétences, les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs des pieds, de sa propre initiative ou sur délégation médicale.	[1] Inchangé.
[2] Il est en outre habilité à confectionner des appareillages et des semelles orthopédiques.	[2] Inchangé.
[3] Lorsqu'il soupçonne une affection médicale grave atteignant le pied, il adresse le patient à un médecin.	[3] Inchangé.
[4] Le podologue doit être porteur d'un titre admis conformément à l'accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes.	[4] Le podologue est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
[5] Le podologue pratique à titre dépendant ou indépendant.	[5] Inchangé.
Art. 127 Physiothérapeutes	**Art. 127**
[1] Le physiothérapeute administre, sur prescription du médecin, du médecin-dentiste ou du chiropraticien des thérapies manuelles et des traitements mettant en oeuvre des agents physiques tels que mouvements, chaleur, électricité notamment. Il détermine de lui-même le traitement qu'il juge le mieux adapté au patient lorsque le médecin, le médecin-dentiste ou le chiropraticien ne l'a pas précisé.	[1] Inchangé.
[2] Lorsque le physiothérapeute dispense des soins à but préventif à des personnes présumées en bonne santé, la prescription médicale n'est pas requise.	[2] Inchangé.
[3] Le physiothérapeute exerce à titre dépendant ou indépendant.	[3] Inchangé.
	[4] Le physiothérapeute est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

Texte actuel

Art. 129 Ambulanciers

[1] L'activité de l'ambulancier consiste à :

a. prendre en charge et effectuer les transports primaires et secondaires de personnes, avec l'aide d'un équipier ;
b. évaluer ou apprécier, dans les limites de ses compétences, l'état physique et psychique des personnes prises en charge ;
c. prendre, dans les limites de ses compétences, les mesures propres à maintenir ou rétablir les fonctions vitales avant l'intervention du médecin ;
d. utiliser les médicaments nécessaires à l'exercice de sa profession selon la liste fixée par le département, sur préavis de la CMSU.

[2] L'ambulancier exerce sous sa propre responsabilité pour tout ce qui a trait aux techniques de sauvetage et aux soins de base préhospitaliers. Les interventions médicales et les soins techniques nécessitent la supervision du médecin.

[3] L'ambulancier doit être porteur d'un titre admis selon le droit fédéral ou d'un titre jugé équivalent.

[4] L'ambulancier pratique à titre dépendant ou indépendant.

[5] L'ambulancier n'est pas astreint à tenir le dossier de patient de l'article 87. Il doit établir une fiche d'intervention.

[6] Le Conseil d'Etat règle les modalités d'interventions et de transports.

Projet

Art. 129

[1] L'activité de l'ambulancier consiste à :

a. assurer de façon autonome, dans les limites de ses compétences ou, pour les actes médico-délégués, sous l'autorité d'un médecin habilité, la prise en charge préhospitalière et le transport des patients nécessitant des soins,
b. inchangé,
c. prendre, dans les limites de ses compétences, les mesures propres à maintenir ou rétablir les fonctions vitales,
d. utiliser les médicaments nécessaires à l'exercice de sa profession selon les algorithmes fixés par le département ou sur délégation d'un médecin.

[2] L'ambulancier exerce sous sa propre responsabilité pour tout ce qui a trait aux techniques de sauvetage et aux soins préhospitaliers qui relèvent de sa compétence.

[3] L'ambulancier est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[4] Inchangé.

[5] L'ambulancier n'est pas astreint à la tenue d'un dossier du patient. Il établit toutefois un rapport d'intervention. L'article 87 alinéa 5 de la présente loi s'applique par analogie.

[6] Inchangé.

Art. 129a) Techniciens ambulanciers

[1] L'activité du technicien ambulancier consiste à :

a. collaborer avec l'ambulancier, dans les limites de ses compétences, à la prise en charge des patients en situation urgente ou non urgente,
b. assurer de façon autonome avec un équipier chauffeur la prise en charge des patients pour des transferts interhospitaliers stables.

Texte actuel	Projet
	[2] Le technicien ambulancier pratique à titre dépendant. [3] Le technicien ambulancier est titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. [4] Le Conseil d'Etat règle les modalités d'intervention et de transport des patients.
Art. 134 Opticiens a) Rôle et compétences	**Art. 134**
[1] Il existe deux catégories d'opticiens : a. l'opticien titulaire du diplôme fédéral de formation supérieure et qui est seul autorisé à pratiquer les travaux à risques tels que les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact ; b. l'opticien titulaire du certificat fédéral de capacité et dont l'activité consiste dans la fabrication des lunettes.	[1] Il existe deux catégories d'opticiens : a. l'opticien titulaire du diplôme fédéral de formation supérieure (opticien diplômé) ou l'optométriste, seuls autorisés à pratiquer les travaux à risques tels que les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact, b. l'opticien titulaire du certificat fédéral de capacité (opticien) et dont l'activité consiste dans la fabrication des lunettes.
[2] Les deux catégories d'opticiens peuvent pratiquer à titre dépendant ou indépendant au sens de l'article 135.	[2] Les deux catégories d'opticiens peuvent pratiquer à titre dépendant ou indépendant. Ils sont détenteurs d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. L'étendue de l'activité autorisée dépend du type de titre.
[3] Le département se prononce sur l'équivalence d'autres titres.	[3] Abrogé. [3bis] La prescription de lunettes et lentilles de contact à des enfants de moins de 16 ans est du ressort exclusif de l'ophtalmologue.
[4] Seuls l'opticien et l'opticien diplômé sont habilités à préparer les verres et les lentilles de contact destinés à une correction optique prédéterminée par un opticien diplômé ou un ophtalmologue.	[4] Seuls l'opticien, l'opticien diplômé et l'optométriste sont habilités à préparer les verres et les lentilles de contact destinés à une correction optique prédéterminée par un opticien diplômé, un optométriste ou un ophtalmologue.

Texte actuel	Projet
Art. 142 b) Conditions d'exploitation	**Art. 142** b) Inchangé.
[1] L'installation et l'exploitation des drogueries sont subordonnées à l'autorisation du département.	[1] La droguerie est exploitée sous la direction d'un droguiste diplômé, dit droguiste responsable, qui exerce personnellement et effectivement une surveillance sur l'activité qui y est déployée.
[2] La droguerie doit être exploitée sous la direction d'un droguiste diplômé, dit droguiste responsable, qui doit exercer personnellement et effectivement une surveillance sur l'activité qui y est déployée.	[2] L'installation et l'exploitation des drogueries sont subordonnées à l'autorisation du département.
[3] Le droguiste diplômé ne peut diriger qu'une seule droguerie.	[3] Le droguiste diplômé ne peut diriger qu'une seule droguerie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un autre droguiste.
[4] L'autorisation d'exploiter est délivrée au droguiste responsable. Elle est personnelle et intransmissible.	[4] Inchangé.
[5] Lorsque le droguiste responsable n'est pas propriétaire de la droguerie, il doit bénéficier vis-à-vis du propriétaire de l'indépendance nécessaire pour assumer la direction et la responsabilité de la droguerie.	[5] Inchangé.
[6] L'article 196 est réservé.	[6] Abrogé.
Art. 143b Autorisation d'exploiter	**Art. 143b**
[1] L'exploitation d'une organisation de soins, quelle que soit son importance, est soumise à l'autorisation préalable du département.	[1] Inchangé.
	[2] Le contrôle et la surveillance des organisations de soins sont régis par la présente loi et ses règlements d'application, la législation sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi que les dispositions légales liées à la part du coût des soins financée par l'Etat.
Art. 143c Conditions d'exploitation	**Art. 143c**
[1] Les organisations de soins doivent respecter les conditions d'exploitation posées par la présente loi.	[1] Les organisations de soins respectent les conditions d'exploitation posées par la présente loi.
[2] Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions d'exploitation supplémentaires.	[2] Inchangé.

Texte actuel	Projet
	[3] La publicité des organisations de soins est régie par les articles 82 et 150 de la présente loi par analogie.
	SECTION IV ORGANISATIONS DE PHYSIOTHÉRAPIE
	Art. 143i Conditions d'exploitation
	[1] L'organisation de physiothérapie est dirigée par un physiothérapeute au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant. [2] Elle dispose: a. du personnel et des équipements nécessaires à la fourniture des traitements mentionnés à l'article 127, b. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires, c. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département.
	SECTION V ORGANISATIONS DE DIÉTÉTIQUE
	Art. 143j Conditions d'exploitation
	[1] L'organisation de diététique est dirigée par un diététicien au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant. [2] Elle dispose: a. du personnel et des équipements nécessaires à la fourniture des traitements mentionnés à l'article 130c, b. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires, c. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département.

Texte actuel	Projet
Art. 147 Conditions	**Art. 147**
[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter, le requérant doit démontrer que :	[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter, le requérant doit démontrer que :
a. l'établissement est dirigé par un responsable d'exploitation répondant aux conditions énumérées à l'article 148 de la présente loi ;	a. Inchangé,
b. l'établissement dispose d'un responsable médical (art. 149a) voire d'un responsable infirmier (art. 149b), ainsi que du personnel qualifié en nombre suffisant ;	b. Inchangé,
b[bis] dans la mesure où il est autorisé à exploiter des services d'urgence ou de soins intensifs, l'établissement dispose d'un service de garde médicale adapté aux soins qu'il dispense et conforme aux exigences prévues par le règlement, en particulier d'un service apte à assurer une garde médicale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sous le responsabilité d'un médecin-chef ;	b[bis] Inchangé,
c. son organisation est adéquate et respecte les droits des patients au sens de la présente loi ;	c. Inchangé,
d. la localisation de l'établissement, ses accès sont adéquats et son environnement ne présente pas d'inconvénient au sens de la présente loi ;	d. Inchangé,
e. l'établissement dispose des locaux et de l'équipement nécessaire répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients ;	e. Inchangé,
f. l'établissement répond aux exigences de prévention et de lutte contre l'incendie et les éléments naturels ;	f. Inchangé,
g. une assurance responsabilité civile couvre ses activités.	g. Inchangé,
	h. l'établissement contribue, dans la mesure de ses capacités, à la relève dans les professions de la santé. Il s'assure en outre que ses employés satisfont à l'exigence de formation continue prévue par la législation sanitaire. Le département fixe les modalités.
[2] Le requérant qui répond aux conditions susmentionnées reçoit une	[2] Inchangé.

Texte actuel	Projet
autorisation d'exploiter un établissement sanitaire de la part du département.	
[3] Le Conseil d'Etat règle les conditions d'octroi et d'exercice de l'autorisation.	[3] Inchangé.
Art. 152 Définition	**Art. 152**
[1] Sont considérées comme apparentées aux établissements sanitaires les institutions dans lesquelles des prestations à caractère médical sans effet thérapeutique direct ou des prescriptions d'hygiène préventive sont dispensées ou sont effectuées notamment les laboratoires d'analyses médicales humaines et vétérinaires ainsi que les instituts de radiologie.	[1] Inchangé.
	[2bis] Les articles 145 à 151c s'appliquent par analogie aux établissements apparentés de droit privé.
[3] Le Conseil d'Etat établit la liste des établissements apparentés.	[3] Inchangé.
SECTION III ETABLISSEMENTS ET INSTITUTS SANITAIRES CANTONAUX	*SECTION III ETABLISSEMENTS ET INSTITUTS SANITAIRES CANTONAUX ET ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES AUTONOMES DE DROIT PUBLIC*
Art. 155 Définition	**Art. 155 Etablissements et instituts sanitaires cantonaux**
[1] Les établissements et instituts sanitaires cantonaux sont des établissements sanitaires, au sens des articles 144 et 152, ainsi que des instituts scientifiques créés et exploités par l'Etat. Ils sont placés sous l'autorité du département.	[1] Inchangé.
	Art. 155bis Etablissements sanitaires autonomes de droit public
	[1] Les dispositions relatives aux établissements sanitaires de droit privé s'appliquent par analogie aux établissements sanitaires autonomes de droit public. Les lois spéciales qui régissent le statut de ces derniers sont réservées.
Art. 183 Prise en charge des urgences préhospitalières	**Art. 183 Urgences préhospitalières**

Texte actuel	Projet
	a) Notion
[1] Le Conseil d'Etat réglemente l'organisation et l'exploitation des services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières . Ces dernières sont gérées par une Centrale d'appels sanitaires d'urgence. [2] Il met en place un dispositif cantonal dont les modalités de fonctionnement sont fixées dans le règlement. L'Etat participe à son financement.	[1] On entend par urgences préhospitalières les urgences somatiques, psychiatriques et sociales. [2] Abrogé.
	Art. 183a b) Prise en charge
	[1] Le Conseil d'Etat réglemente l'organisation et l'exploitation des services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières. Ces dernières sont gérées par une Centrale d'appels sanitaires urgents. [2] Il met en place un dispositif cantonal dont les modalités de fonctionnement sont fixées dans un règlement. L'Etat participe à son financement.
Art. 191 Sanctions administratives	**Art. 191**
[1] Lorsqu'une personne n'observe pas la présente loi ou ses dispositions d'application, lorsqu'elle a fait l'objet d'une condamnation pour un crime ou un délit, lorsqu'elle est convaincue d'immoralité ou de procédés frauduleux ou lorsqu'elle fait preuve dans l'exercice de sa profession de négligence, de résistance aux ordres de l'autorité ou d'incapacité, le département peut lui infliger les sanctions administratives suivantes : a. l'avertissement ; b. le blâme ; c. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.- ; d. la mise en place de conditions, la limitation, la suspension, le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation de pratiquer, d'exploiter ou de diriger ou encore le retrait de la qualité de responsable. e. la fermeture des locaux ; f. l'interdiction de pratiquer.	[1] Inchangé : a. Inchangé, b. Inchangé, c. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 20'000.-, d. Inchangé, e. Inchangé, f. Inchangé,

Texte actuel	Projet
	[1bis] En cas de violation du devoir de formation continue au sens de l'article 78a de la présente loi, seules peuvent être prononcées les sanctions visées à l'alinéa 1 lettres a à c.
[2] Ces sanctions peuvent être cumulées.	[2] Inchangé.
[3] Sauf dans les cas où un avertissement est prononcé, le département peut publier la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire.	[3] Sauf dans les cas où un avertissement est prononcé, le département peut publier la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire ou la communiquer aux autorités sanitaires d'autres cantons, à des organismes chargés d'appliquer la législation sur l'assurance-maladie obligatoire ou à d'autres tiers concernés lorsqu'un intérêt public ou privé prépondérant l'exige.
	[3bis] Un tel intérêt est présumé lorsque la communication est destinée à une commission ad hoc de l'association professionnelle dont la personne sanctionnée est membre.
[4] Les compétences de la Commission d'examen des plaintes, figurant à l'article 15d, alinéa 4, lettre c de la présente loi sont réservées.	[4] Inchangé.
	[5] Le département en charge des affaires vétérinaires est compétent lorsque les mesures ont trait à l'exercice de la médecine vétérinaire conformément à l'article 5a de la présente loi.
Art. 191a Mesures provisionnelles	**Art. 191a**
[1] En cas d'urgence, le département peut en tout temps prendre les mesures propres à prévenir ou faire cesser un état de fait contraire à la présente loi ou menaçant la sécurité des patients ou le respect de leurs droits fondamentaux. Il peut notamment suspendre ou retirer provisoirement à son titulaire une autorisation de pratiquer, de diriger ou d'exploiter ou la qualité de responsable.	[1] Inchangé.
[2] Lorsqu'une telle mesure est prise à l'encontre d'un établissement sanitaire, l'organe compétent de ce dernier dispose d'un délai d'un mois pour remplacer le titulaire de l'autorisation d'exploiter, de diriger ou le responsable. A défaut le département désigne un responsable.	[2] Inchangé.
[3] En cas de besoin, le département peut requérir l'intervention de la force	[3] Inchangé.

Texte actuel	Projet
publique.	[4] Lorsque la situation l'exige, le département publie la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire, ou la communique aux autorités sanitaires d'autres cantons, à des organismes chargés d'appliquer la législation sur l'assurance-maladie obligatoire ou à d'autres tiers concernés lorsqu'un intérêt public ou privé prépondérant l'exige. [5] Un tel intérêt est présumé lorsque la communication est destinée à une commission ad hoc de l'association professionnelle dont la personne sanctionnée est membre. [6] Le département en charge des affaires vétérinaires est compétent lorsque les mesures ont trait à l'exercice de la médecine vétérinaire conformément à l'article 5a de la présente loi. **Art. 199b Disposition transitoire de la loi du XX.XX.XXXX** [1] Les pharmaciens assistants agréés par le département selon l'article 93 alinéa 3 dans sa version au 1er janvier 2015, restent au bénéfice de cet agrément et peuvent exercer sous la supervision d'un pharmacien autorisé à pratiquer. ***Art. 2*** [1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur. Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 14 décembre 2016. Le président : Le chancelier : *P.-Y. Maillard* *V. Grandjean*

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2017 **RC-340**

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

et

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Claudine Wyssa et consorts demandant une modification de la loi sur la santé publique afin d'ancrer le statut des thérapeutes professionnels indépendants en milieu scolaire

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie les 23 janvier et 14 février 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan, Isabelle Freymond (en remplacement de Roxanne Meyer Keller le 23.01.2017), Véronique Hurni, Roxanne Meyer Keller (le 14.02.2017), Graziella Schaller. MM. Alain Bovay (le 14.02.2017), Fabien Deillon, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Axel Marion (le 14.02.2017), Serge Melly (en remplacement d'Axel Marion le 23.01.2017), Jacques Perrin (en remplacement d'Alain Bovay le 23.01.2017), Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin.

Excusé-e-s : Mme Roxanne Meyer Keller (le 23.01.2017). MM. Alain Bovay (le 23.01.2017), Axel Marion (le 23.01.2017).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Stéfanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique (SSP), Carmen Grand, Responsable des affaires juridiques, SSP. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Karim Boubaker, Médecin cantonal.

2. PRESENTATION DE L'EMPL – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Ce projet de révision vise essentiellement à adapter la loi aux évolutions pratiques ou légales intervenues depuis la dernière adaptation de la LSP survenue en 2008. Il s'agit d'un toilettage, de nature plus technique que politique, qui touche à des modifications de nature diverse (modernisation, ajustements suite à des décisions de justice, octroi d'une plus grande autonomie à certains professionnels de la santé en réponse à des souhaits en provenance notamment du Grand Conseil, précision des compétences du Conseil de santé et du médecin cantonal, etc.). A ce stade, compte tenu de l'ampleur de la tâche, une révision complète de la loi sur la santé publique est laissée à plus tard.

3. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI ET VOTES

3.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTES

Article 5a – Département en charge des affaires vétérinaires

L'article 5a est adopté à l'unanimité.

Article 7 – Médecin cantonal

Alinéa 1

A propos de la notion de « médecin référent » :
Pour éviter un mélange des rôles, il s'agit avant tout ici de distinguer la fonction de médecin référent de l'Administration cantonale vaudoise (ACV) qui est responsable des questions médicales concernant la santé publique, de la fonction de médecin-conseil de l'ACV qui est responsable des questions de médecine du personnel au sein de l'ACV (problématique des absences de longue durée, validation des certificats médicaux, santé au travail, etc.). La fonction de médecin-conseil de l'ACV a été transférée au Service du personnel de l'Etat de Vaud (SPEV) qui s'appuie, en la matière, sur le Centre de santé au travail (CST) rattaché à la Policlinique médical universitaire (PMU).

Alinéa 3

A propos des voies de recours possibles en cas de sanction :
Tout ce qui touche à l'autorisation de pratique relève du Conseil de santé. Les éventuelles infractions de moindre importance relèvent quant à elles du médecin cantonal. La Cour de droit administratif et public (CDAP) du Tribunal cantonal constitue cependant la voie de recours ordinaire.

L'article 7 est adopté à l'unanimité.

Article 10 – Vétérinaire cantonal

L'article 10 est adopté à l'unanimité.

Article 12 – Conseil de santé

Alinéa 1

Un commissaire salue la « masculinisation » du titre d'infirmier (lettre i) qui reconnaît ainsi la présence d'hommes dans cette profession.

Alinéa 2

Afin d'éviter que des membres ne s'accrochent exagérément à leur charge, l'amendement consistant à réintroduire la phrase « Leur mandat ne peut excéder quinze ans » est déposé.

En vue d'un renouvellement plus accéléré des membres du Conseil de santé, un sous-amendement consistant à indiquer que « Leur mandat ne peut excéder sept ans » est déposé. Dans la même veine, pour empêcher l'occupation d'un poste relativement lourd exigeant des connaissances pointues par des professionnels quelque peu dépassés, l'amendement consistant à ajouter la phrase suivante est déposé : « Les membres ne peuvent être âgé de plus de 70 ans ».

Le chef du DSAS souligne que limiter le mandat à 7 ans conduirait à la démission de la moitié du Conseil de santé actuel, ce qui serait dommage en termes d'expérience acquise (traitement similaire de cas similaires) dans un contexte où les affaires se complexifient et où il n'apparaît pas toujours aisé de recruter des personnes disposées à endosser un rôle parfois pesant. En ce sens, limiter le mandat à 15 ans paraît préférable. Le médecin cantonal précise que les membres qui quittent le Conseil de santé le font en général parce qu'ils quittent la fonction qu'il représente au sein du conseil. Au final, peu de personnes atteignent la limite de mandat de 15 ans.

Un commissaire procède à une analogie avec la Commission des plaintes des patients et résidents, et met en exergue l'intérêt de pouvoir compter sur des personnes expérimentées disposant d'une mémoire des différentes affaires traitées. Un autre commissaire annonce par ailleurs son opposition à l'introduction d'un âge limite, l'inadéquation éventuelle des personnes n'étant pas obligatoirement liée à leur âge.

La proposition de limiter le mandat à 7 ans est opposée à la proposition de limiter le mandat à 15 ans. Par 14 voix contre 1, la proposition de limiter le mandat à 15 ans est préférée.

Par 9 voix pour, 0 contre et 6 abstentions, l'amendement consistant à réintroduire la phrase « **Leur mandat ne peut excéder quinze ans** » est accepté.

Par 2 voix pour, 11 contre et 2 abstentions, l'amendement consistant à introduire un âge limite de 70 ans est refusé.

L'alinéa 2 tel qu'amendé est adopté par 9 voix pour, 0 contre et 6 abstentions.

L'article 12 tel qu'amendé est adopté par 13 voix pour, 0 contre et 2 abstentions.

Article 13 – Rôle (du Conseil de santé)

Alinéa 2b

Un commissaire se demande ce qu'il se passerait si un ou plusieurs membres du conseil ne répondaient pas à la consultation par voie de circulation.
Pour le chef du DSAS, les règles usuelles du vote s'appliquent. Si un membre du conseil demande la discussion, celle-ci doit impérativement être organisée. Le fait qu'un ou plusieurs membres ne répondent pas ne rompt pas l'unanimité.

Afin de clarifier cette interprétation dans le texte de loi, l'amendement suivant est déposé : **«** […] **Pour être valable, sa proposition ou sa décision doivent être adoptées à l'unanimité des avis exprimés** ».

A l'unanimité moins 2 abstentions, cet amendement est accepté.

Alinéa 5

Beaucoup de demandes de levée du secret professionnel sont déposées, ce qui empêche leur traitement par le Conseil de santé in corpore. Actuellement, la compétence de délier du secret professionnel est déléguée au médecin cantonal associé du procureur général. Pour le médecin cantonal, il ne paraît pas judicieux de préciser dans la loi à qui cette compétence peut être déléguée, ceci afin d'éviter le blocage des décisions en cas d'absence du ou des personnes désignées par la loi.

Pour ne pas interférer dans ce qui relève, au final, de l'organisation interne du Conseil de santé, l'amendement consistant à **supprimer la dernière phrase de l'alinéa est déposé**. En la matière, l'alinéa 7 suffit.

A l'unanimité, cet amendement est accepté.

L'article 13 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

Article 13g – Rôle (du CMSU)

L'amendement consistant, par clarté, à **expliciter l'acronyme CMSU** (Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières) est accepté à l'unanimité.

L'article 13g tel qu'amendé est adopté à l'unanimité

Article 14 – Médecins-délégués

L'article 14 est adopté à l'unanimité.

Article 15 – Médecins-vétérinaires-délégués

L'article 15 est adopté à l'unanimité

Article 18 – Police sanitaire

L'article 18 est adopté à l'unanimité.

Article 19 – Régime juridique (relation entre patient, médecin et personnel soignant)

L'article 19 est adopté à l'unanimité.

Article 20a – Accompagnement des patients en établissement

Alinéa 3

Un commissaire souligne la nécessité de préciser dans un règlement le rôle de l'accompagnant, tant celui-ci peut parfois se sentir surinvesti par sa mission et poser quelques problèmes aux équipes soignantes.

La responsable des affaires juridiques précise que le code civil (mesures de protection de l'adulte et de l'enfant) impose les dispositions en question et que, en l'occurrence, il n'y a pas d'autre choix que de faire au mieux avec celles-ci.

Pour un autre commissaire, il s'avère judicieux d'adapter la brochure officielle sur les droits des patients afin que cette brochure présente les différents types possibles d'accompagnement/représentation ainsi que les droits et devoirs à chaque fois associés.

L'article 20a est adopté à l'unanimité

Article 28 – Champ d'application (prévention)

L'article 28 est adopté à l'unanimité.

Article 70b – Aide à l'identification

Plusieurs commissaires s'inquiètent de l'utilisation potentiellement inappropriée qui pourrait être faite du numéro AVS. Le département précise que l'utilisation du numéro AVS ne possède pour seul but que l'identification univoque d'un patient (en cas d'homonymie par exemple). Une identification sans équivoque s'avère nécessaire par sécurité dans le cadre du Dossier électronique du patient (DEP) et se montre dans l'intérêt même du patient.

Par ailleurs, le secret médical et/ou le secret professionnel s'appliquent aux professionnels concernés.

L'article 70b est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

Article 72a – Transports médicalement nécessaires

L'objectif de cet article est de dresser un inventaire des transporteurs reconnus en fonction de critères de sécurité et de qualité dont le respect permet le remboursement des prestations fournies par l'assurance obligatoire des soins. Pour les transports médicaux intercantonaux, les règles de remboursement définies par la LAMal s'appliquent.

L'article 72a est adopté à l'unanimité.

Article 75 – Autorisation de pratiquer à titre indépendant

Alinéa 3bis

La forme potestative est proposée pour offrir une marge de manœuvre au Canton en cas de non-reconduction de la clause fédérale du besoin. Lorsque ladite clause du besoin est en action comme actuellement, l'activation de cet alinéa 3bis n'apparaît pas absolument nécessaire.

L'article 75 est adopté à l'unanimité.

Article 76 – Pratique à titre dépendant

L'article 76 est adopté à l'unanimité.

Article 79 – Retrait de l'autorisation de pratiquer

L'article 79 est adopté à l'unanimité.

Article 80a – Déclaration (secret professionnel)

Alinéa 4

En réponse à un commissaire, le médecin cantonal indique que la législation sur la circulation routière est mentionnée pour raison d'exhaustivité et d'équité avec la législation en matière de protection de

l'adulte et de l'enfant. Pour le chef du DSAS, cette mention n'apparaît pas indispensable, étant entendu que la supprimer n'élimine pas les droits et obligations d'informer en vertu de la législation sur la circulation routière.

De fait, l'amendement consistant à supprimer « **et de circulation routière** » est déposé et accepté par 9 voix pour, 1 contre et 5 abstentions.

L'article 80a tel qu'amendé est adopté à l'unanimité moins 2 abstentions

Article 82 – Publicité

L'article 82 est adopté à l'unanimité.

Article 83 – Titre de spécialiste

L'article 83 est adopté à l'unanimité.

Article 84 – Changement de nom, de domicile, d'activité

L'article 84 est adopté à l'unanimité

Article 85 – Remplacement

L'article 85 est adopté à l'unanimité.

Article 86 – Responsabilité de l'employeur

L'article 86 est adopté à l'unanimité.

Article 91a – Devoir de participer aux dispositifs de garde et d'urgence

L'article 91a est adopté à l'unanimité.

Article 93 – Assistants

L'article 93 est adopté à l'unanimité.

Article 107 – Cabinets secondaires (médecins-vétérinaires)

L'article 107 est adopté à l'unanimité.

Article 110 – Pharmaciens

L'article 110 est adopté à l'unanimité.

Article 113 – Pharmacien adjoint

L'article 113 est adopté à l'unanimité

Article 114 – Autorisation (pharmacien adjoint et assistant)

L'abrogation de l'article 114 est acceptée à l'unanimité.

Article 116 – Autorisation d'exploiter (pharmaciens)

Un pharmacien peut être propriétaire d'autant de pharmacies qu'il souhaite. Par contre, chacune de ses pharmacies doit être dirigée par au moins un pharmacien diplômé.

L'article 116 est adopté à l'unanimité.

Article 117a – Assistance pharmaceutique

En réponse à un commissaire, le département rappelle que la vente directe de produits thérapeutiques par les établissements médico-sociaux ou les institutions socio-éducatives n'est pas autorisée. Les établissements et institutions s'approvisionnent directement auprès des pharmacies.

L'article 117a est adopté à l'unanimité.

Article 119 – Chiropraticiens

L'article 119 est adopté à l'unanimité.

Article 120 – Autorisation de pratiquer (chiropraticiens)

L'article 120 est adopté à l'unanimité.

Article 122a – Psychologues psychothérapeutes

L'article 122a est adopté à l'unanimité

Article 122b – Autorisation de pratiquer (psychologues psychothérapeutes)

L'article 122b est adopté à l'unanimité.

Article 122c – Logopédistes-orthophonistes

L'article 122c est adopté à l'unanimité.

Article 122d – Autorisation de pratiquer (logopédistes-orthophonistes)

L'article 122d est adopté à l'unanimité.

Article 122e – Ostéopathes

L'article 122e est adopté à l'unanimité

Article 122f – (ostéopathes)

L'abrogation de l'article 122f est acceptée à l'unanimité.

Article 122h – Sages-femmes

La dénomination de cette profession qui est aussi exercée par des hommes fait débat. S'il paraît préférable de parler d'« un homme sage-femme » plutôt que d'« un sage-femme » ou d'« un sage-homme », certains commissaires se demandent quelle expression utiliser pour englober l'ensemble des professionnels concernés. Il est suggéré de laisser le soin aux associations professionnelles de déterminer les dénominations adéquates.

Alinéa 3

Le médecin cantonal précise que seul le médecin est habilité à poser le diagnostic de grossesse (vers le 3ème mois de celle-ci en général). Dès lors, la sage-femme ne peut délivrer des certificats d'incapacité que dans le cadre de grossesses attestées par le médecin.

L'article 122h est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

Article 122i – Thérapeutes de la psychomotricité

L'article 122i est adopté à l'unanimité.

Article 122j – Autorisation de pratiquer (thérapeutes de la psychomotricité)

L'article 122j est adopté à l'unanimité.

Article 123 – Ergothérapeutes

L'article 123 est adopté à l'unanimité.

Article 123a – Hygiénistes dentaires

La définition du domaine de compétences des hygiénistes dentaires a suscité de riches discussions et inspiré plusieurs amendements.

Alinéa 2

Afin d'assouplir la formulation de l'alinéa, l'amendement suivant est déposé : « **Son activité comprend ~~en particulier~~ notamment les domaines suivants : a. l'enseignement de l'hygiène**

buccale et la prophylaxie des maladies dentaires ; b. la fluoration locale ; c. l'enlèvement du tartre, le nettoyage et le polissage des dents ».
Cet amendement est adopté à l'unanimité.

Afin d'élargir les compétences accordées aux hygiénistes, l'amendement suivant est déposé : « **Son activité comprend notamment les domaines suivants : a. l'enseignement de l'hygiène buccale et la prophylaxie des maladies bucco-dentaires ; b. la fluoration locale ; c. l'enlèvement du tartre, le nettoyage et le polissage des dents** ».

Cet amendement est adopté à l'unanimité.

L'alinéa 2 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

Alinéa 3

Afin de reconnaître le droit des hygiénistes à intervenir seuls sur certaines affections bucco-dentaires (déminéralisations initiales, problèmes d'hygiène conduisant à une gingivite, traitements par fluoration…), ceci tout en garantissant la sécurité de la prise en charge des patients, l'amendement suivant est déposé : « **En cas de soupçon d'affection bucco-dentaire sortant de son champ de compétences, l'hygiéniste adresse son patient à un médecin-dentiste** ».

Cet amendement est adopté à l'unanimité.

Alinéa 4

La possibilité pour les hygiénistes d'effectuer des radiographies de façon indépendante est longuement discutée. Les commissaires interprètent l'alinéa 4 de la façon suivante.

La prise de radiographies sert la pose d'un diagnostic que l'hygiéniste ne peut pas établir seul mais uniquement dans le cadre d'une relation nécessaire avec le médecin-dentiste. Il convient dès lors de comprendre le contrôle du médecin-dentiste comme la nécessaire relation entre l'hygiéniste et le médecin-dentiste, sans pour autant impliquer la présence de ce dernier auprès de l'hygiéniste pour la prise des radiographies. En ce sens, le contrôle permet la délégation et implique la responsabilité du médecin-dentiste, sans pour autant exiger la présence physique de ce dernier et donc sans oblitérer la part de responsabilité de l'hygiéniste. Une telle interprétation ne doit toutefois pas ouvrir la porte à une activité radiologique complètement autonome de la part des hygiénistes, au risque que le médecin-dentiste désigné/annoncé responsable ne s'occupe pas véritablement des installations concernées et n'assume au final pas sa responsabilité en matière de radioprotection.

L'alinéa 4 inchangé est adopté à l'unanimité.

Alinéa 5

La question se pose de savoir s'il convient d'autoriser les hygiénistes à effectuer de façon autonome le traitement de la parodontite légère. Pour un commissaire, il reste toutefois difficile de placer la limite entre une parodontite plus ou moins simple et une parodontite plus ou moins sévère.

Le département rappelle que ce qu'autorise au final un Canton peut ne pas correspondre à ce que comprend un plan de formation. Un commissaire rappelle que certaines formes de parodontopathie doivent nécessairement être adressées au médecin-dentiste : les parodontites à progression rapide, les gingivites nécrosantes et les parodontites nécrosantes qui sont le stade ultérieur de la gingivite nécrosante. En effet, le traitement de ces pathologies nécessite une antibiothérapie puissante, un suivi serré et, pour la gingivite/parodontite nécrosante, des débridements au niveau de la gencive que les hygiénistes ne sont pas habilités à effectuer. Dès lors, pour protéger le patient, la loi devrait spécifier que les formes agressives ou nécrosantes de parodontopathie doivent absolument être référées à un médecin-dentiste. Pour un autre commissaire, dans un contexte de judiciarisation croissante de l'activité de soins, il convient de s'assurer que le champ de compétences des hygiénistes soit bien défini quelque part.

Dans cette perspective, l'amendement suivant est déposé : « **L'hygiéniste ~~ne~~ peut effectuer le traitement de la parodontite ~~que sur prescription du médecin-dentiste~~ à l'exception des parodontites sévères. Le département fixe les modalités d'application** ».

Il est précisé que, par « parodontites sévères », on se réfère aux parodontopathies agressives ou nécrosantes.

L'amendement est adopté à l'unanimité

Alinéa 6

Pour un commissaire, une conception suffisamment souple de la supervision médicale ainsi que l'existence dans les EMS de procédures de surveillance adaptées pourraient rendre superflue la présence systématique d'un médecin-dentiste au sein de ces institutions lorsque l'hygiéniste habilité pratique l'anesthésie locale.

A ce titre, le département insiste, dans un contexte de morcellement des actes de soins dentaires, sur la nécessité de clarifier la relation entre le médecin-dentiste et l'hygiéniste, et de bien spécifier à quels moments cette interaction est obligatoire ou non.

Pour certains, l'existence d'un cabinet dentaire avec une équipe complète s'avère nécessaire en institution. Pour d'autres, compte tenu d'une durée de séjour relativement courte en EMS en particulier, le fait que le dentiste se déplace en institution suffit pour effectuer les rares (mais alors relativement complexes) interventions requises. Pour d'autres encore, en raison de l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population en général, les interventions en institution pourraient tendre à ne se limiter plus qu'à des soins de confort, n'exigeant pas le recours au médecin-dentiste.

Compte tenu de toutes ces remarques, l'amendement suivant est déposé : « **L'hygiéniste est habilité à pratiquer l'anesthésie locale sous la supervision ~~directe~~ d'un médecin-dentiste autorisé à pratiquer et à condition d'avoir suivi une formation spécifique reconnue par le département. Le département ~~peut préciser, par convention avec les associations professionnelles concernées ou directive, les types d'anesthésie admis ainsi que les modalités de supervision~~ fixe les modalités d'application** ».

L'amendement est adopté à l'unanimité.

L'article 123a tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

Article 123b – Formation (hygiénistes dentaires)

L'abrogation de l'article 123b est adoptée à l'unanimité.

Article 124 – Infirmiers

Alinéa 1, lettre f

Le médecin cantonal explique que l'idée consiste ici à permettre à l'infirmier d'établir une ordonnance simple afin d'éviter d'avoir à attendre le médecin pour permettre la sortie du patient de l'établissement sanitaire. Une telle démarche doit par contre s'inscrire « dans le cadre d'un processus établi », ce qui permet de limiter les éventuels problèmes, notamment en cas de médication relativement lourde.

L'article 124 est adopté à l'unanimité.

Article 125a – Masseurs médicaux

L'article 125a est adopté à l'unanimité.

Article 126 – Podologues

Alinéa 1

Par analogie avec le cas des hygiénistes dentaires et afin d'éviter de se référer à des compétences auto-attribuées ou personnelles des podologues, l'amendement suivant est déposé et adopté à l'unanimité moins 2 abstentions : « **Le podologue assure, dans ~~la limite~~ son champ de ~~ses~~ compétences, les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs des pieds, de sa propre initiative ou sur délégation médicale** ».

L'article 126 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

Article 127 – Physiothérapeutes

L'article 127 est adopté à l'unanimité.

Article 129 – Ambulanciers

Alinéa 1

Comme pour les hygiénistes dentaires et les podologues, il convient aussi d'éviter de se référer à des compétences auto-attribuées ou personnelles.

Concernant l'utilisation de l'expression « dans les limites de ses compétences »
En séance, les commissaires ont longuement débattu de l'utilisation adéquate pour caractériser le « domaine » ou « champ » de compétences des métiers figurant dans la loi. L'expression « dans son champ de compétences » a finalement recueilli les faveurs de la commission. Il a donc été demandé au département d'harmoniser l'ensemble de la loi et de transmettre à la commission les propositions de modification nécessaires en vue de leur introduction dans le rapport de la commission. Après analyse, il est apparu que plusieurs articles concernés par cette modification n'étaient pas traités dans cette révision. Or, la commission ne peut pas modifier un article non ouvert par le projet du Conseil d'Etat. Si, dans le cadre des travaux, cette nécessité apparaît, le Conseil d'Etat doit rédiger un décret complémentaire qui suivrait alors la procédure de nomination standard via le Bureau.

L'article 129 est adopté à l'unanimité.

Article 129a – Techniciens ambulanciers

L'article 129a est adopté à l'unanimité.

Article 134 – Opticiens

L'article 134 est adopté à l'unanimité.

Article 142 – Conditions d'exploitation (droguistes)

L'article 142 est adopté à l'unanimité.

Article 143b – Autorisation d'exploiter (organisations de soins)

L'article 143b est adopté à l'unanimité.

Article 143c – Conditions d'exploitation (organisations de soins)

L'article 143c est adopté à l'unanimité.

Article 143i – Conditions d'exploitation (organisations de physiothérapie)

L'article 143i est adopté à l'unanimité.

Article 143j – Conditions d'exploitation (organisations de diététique)

L'article 143j est adopté à l'unanimité.

Article 147 – Conditions (établissements sanitaires de droit privé)

L'article 147 est adopté à l'unanimité.

Article 152 – Définition (établissements apparentés de droit privé)

L'article 152 est adopté à l'unanimité.

Article 155 – Etablissements et instituts sanitaires cantonaux

L'article 155 est adopté à l'unanimité.

Article 155bis – Etablissements sanitaires autonomes de droit public

L'article 155bis est adopté à l'unanimité.

Article 183 – Urgences préhospitalières (notion)

Au vu du caractère très succinct de l'article 183, est déposé l'amendement consistant à réunir en un seul les deux articles (art. 183 et 183a) relatifs aux urgences préhospitalières.

Comme l'indique le commentaire dans l'exposé des motifs, la nouvelle formulation ajoute la dimension des urgences sociales, fournissant de la sorte un ancrage légal aux Equipes mobiles d'urgences sociales (EMUS).

L'amendement (suppression des titres « a) Notion » et « b) Prise en charge », déplacement des alinéas 1 et 2 de l'article 183a qui deviennent les alinéas 2 et 3 de l'article 183) est adopté à l'unanimité.

Article 183a – Prise en charge (urgences préhospitalières)

Compte tenu de la modification apportée à l'article 183, l'abrogation de l'article 183a est adoptée à l'unanimité.

Article 191 – Sanctions administratives

Alinéa 1, lettre c

Comme le stipule le commentaire correspondant de l'exposé des motifs, le montant maximal de l'amende (20'000 francs) est corrigé afin de se trouver en adéquation avec le droit fédéral.

L'article 191 est adopté à l'unanimité.

Article 191a – Mesures provisionnelles

L'article 191a est adopté à l'unanimité.

Article 199b – Disposition transitoire

L'article 199b est adopté à l'unanimité.

Article 2 – Formule d'exécution

L'article 2 est adopté à l'unanimité.

4. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE LOI

Un commissaire suggère l'emploi dans la loi de l'expression « le département compétent » plutôt que d'une formulation lourde comme « le département en charge des affaires vétérinaires ». La responsable des affaires juridiques précise que la formulation utilisée au final dans le texte de loi proposé a été expressément demandée par le département concerné, à savoir le département en charge des affaires vétérinaires. Aussi, le SSP s'est borné à respecter cette demande.

A l'unanimité moins 2 abstentions, la commission adopte le projet de loi tel que discuté et amendé.

5. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE LOI

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de loi à l'unanimité moins 2 abstentions.

6. RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT SUR LE POSTULAT CLAUDINE WYSSA

6.1. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS souligne, en matière de prestations en milieu scolaire, le changement introduit par la RPT (Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons), à savoir le passage d'un financement par l'Office fédéral des assurances sociales à un financement cantonal impliquant un contrôle plus serré des prestations délivrées. Si, dans le cadre du financement de la part du coût des soins à charge de l'Etat, le Canton a retoqué certaines factures adressées en particulier par des infirmiers-ères indépendant-e-s, il n'a toutefois jamais été question de remettre en cause le statut des praticiens souhaitant exercer de façon indépendante.

6.2. POSITION DE LA POSTULANTE

La postulante rappelle la genèse de son postulat qui remonte aux discussions menées dans le cadre de la loi sur la pédagogie spécialisé, en lien avec le statut des logopédistes et psychomotriciens. La possibilité ne s'avérait pas clair, pour ces professionnels qui se situent entre le domaine de l'éducation et celui des soins, d'exercer en tant qu'indépendants plutôt qu'employés cantonaux. D'où l'idée d'ancrer dans la loi sur la santé publique, le statut des logopédistes et psychomotriciens indépendants travaillant en milieu scolaire. La postulante se dit entièrement satisfaite par la réponse apportée par le Conseil d'Etat et :

1) retenant dans la loi sur la santé publique la modification demandée,
2) établissant un lien entre loi sur la santé publique et loi sur la pédagogie spécialisée,
3) garantissant la possibilité pour les logopédistes et psychomotriciens d'exercer en indépendants,
4) harmonisant les conditions d'autorisation de pratiquer avec celles des autres professions de la santé.

6.3. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité.

Yverdon-les-Bains, le jour 8 mai 2017.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

Texte actuel

Art. 7 Médecin cantonal

[1] Le médecin cantonal est le médecin-conseil de l'Administration cantonale. Il est responsable des questions médicales concernant la santé publique. Il est secondé dans cette tâche par le pharmacien cantonal et le médecin-dentiste conseil.

[2] Le médecin cantonal agit soit directement, soit par l'intermédiaire de médecins adjoints.

Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux

PROJET DE LOI

modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

du 14 décembre 2016

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Article premier

[1] La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme il suit :

Art. 5a Département en charge des affaires vétérinaires

[1] Le département en charge des affaires vétérinaires est l'autorité compétente dans les domaines relevant de la médecine vétérinaire. Il est notamment compétent pour délivrer, suspendre ou retirer les autorisations de pratiquer et prendre toute mesure utile au bon exercice de la médecine vétérinaire. Il peut déléguer certaines tâches au vétérinaire cantonal. Les attributions du Conseil de santé sont réservées.

[2] Le département en charge des affaires vétérinaires assure l'exécution des lois, ordonnances, arrêtés et règlements fédéraux et cantonaux, ainsi que des conventions intercantonales afférant à la médecine vétérinaire.

Art. 7

[1] Le médecin cantonal est le médecin référent de l'administration cantonale. Il est responsable des questions médicales concernant la santé publique. Il est secondé dans cette tâche par le pharmacien cantonal et le médecin-dentiste conseil.

[2] Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
	[3] Le médecin cantonal est habilité à effectuer des contrôles, impromptus ou annoncés, à émettre des directives et à prononcer des sanctions dans les domaines relevant de sa compétence.
	[4] Le médecin cantonal est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des mesures à prendre en cas d'événement particulier ou de catastrophe (ORCA sanitaire).
Art. 10 Vétérinaire cantonal	**Art. 10**
[1] Le vétérinaire cantonal est le chef du Service vétérinaire cantonal. Ses attributions sont fixées notamment par les législations sur les épizooties , sur les denrées alimentaires (contrôle des viandes) et sur la protection des animaux .	[1] Le vétérinaire cantonal est rattaché au département en charge des affaires vétérinaires.
	[2] Ses attributions sont fixées notamment par les législations sur les épizooties, sur les denrées alimentaires (contrôle des viandes), sur les produits thérapeutiques, sur la protection des animaux et sur la police des chiens.
	[3] Les dispositions de la présente loi s'appliquent à la médecine vétérinaire lorsqu'aucune loi spéciale n'en dispose autrement.
Art. 12 Conseil de santé	**Art. 12**
[1] Le Conseil de santé se compose de dix-sept membres, à savoir :	[1] Le Conseil de santé se compose de vingt et un membres au minimum, à savoir :
a. le chef du département, président ;	a. Inchangé,
b. le médecin cantonal, vice-président ;	b. Inchangé,
c. le procureur général ;	c. Inchangé,
d. un médecin, professeur de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne ;	d. Inchangé,
e. deux autres médecins ;	e. trois autres médecins,
f. un médecin-dentiste ;	f. deux médecins-dentistes,
g. un médecin-vétérinaire ;	g. Inchangé,
h. un pharmacien ;	h. Inchangé,
	i. un infirmier,

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
i. une infirmière ;	j. Inchangé,
j. un représentant des assureurs maladie ;	k. Inchangé,
k. un représentant des communes ;	l. Inchangé,
l. un représentant des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ;	m. trois avocats inscrits au registre cantonal et un juriste,
m. trois avocats inscrits au registre cantonal ;	n. deux membres supplémentaires, qui peuvent être choisis hors des milieux de la santé publique,
n. un membre choisi en dehors des milieux de la santé publique.	o. un éthicien.
[2] Le Conseil d'Etat désigne, pour chaque législature, les membres mentionnés sous lettres d) à n). Leur mandat ne peut excéder quinze ans. Pour le choix des membres mentionnés sous lettres d) à l), les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et lors de la reconduction.	[2] Le Conseil d'Etat désigne, pour chaque législature, les membres mentionnés sous lettres d) à o). Leur mandat ne peut excéder quinze ans. Pour le choix des membres mentionnés sous lettres d) à l) et o), les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et lors de la reconduction.
[3] Le chef du département désigne ceux de ses collaborateurs directs qui assistent aux séances avec voix consultative. Il désigne en outre un collaborateur comme secrétaire du Conseil de santé.	[3] Le chef du département désigne ceux de ses collaborateurs directs qui assistent aux séances avec voix consultative. Il désigne en outre un secrétaire général responsable de la gestion administrative du Conseil de santé.
[4] Le Conseil de santé peut faire appel à des experts. Il peut entendre les représentants des associations professionnelles et des institutions issues de l'initiative privée.	[4] Inchangé.
Art. 13 Rôle	**Art. 13**
[1] Le Conseil de santé se prononce par préavis ou par décision. Il donne notamment son préavis lorsque le chef du département ou cinq membres du Conseil de santé le demandent sur :	[1] Inchangé.
a. les problèmes de santé publique ;	
b. la nomination et le licenciement des directeurs, chefs de département, chefs de service et des chefs de divisions autonomes des établissements sanitaires cantonaux ou privés d'intérêt public, ainsi que des instituts sanitaires cantonaux.	

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
2 Après enquête, le Conseil de santé propose au chef du département les mesures à envisager à l'encontre des professionnels de la santé en application des articles 79 et 191 de la présente loi, sous réserve des compétences de la Commission d'examen des plaintes fixées à l'article 15d de la présente loi.	2 Après enquête, le Conseil de santé propose au chef du département, respectivement au chef du département en charge des affaires vétérinaires s'il s'agit d'un professionnel relevant de son champ de compétence, les mesures à envisager à l'encontre des professionnels de la santé en application de l'article 191 de la présente loi, sous réserve des compétences de la Commission d'examen des plaintes fixées à l'article 15d de la présente loi.
	2b Le Conseil de santé peut se prononcer par voie de circulation lorsque les circonstances le justifient. Pour être valable, sa proposition ou sa décision doivent être adoptées à l'unanimité des avis exprimés.
5 Le Conseil de santé est l'autorité de surveillance compétente pour délier du secret professionnel toute personne qui pratique une profession de la santé visée par l'article 321 du Code pénal ou par la présente loi.	5 Le Conseil de santé est l'autorité de surveillance compétente pour délier du secret professionnel toute personne qui pratique une profession de la santé visée par l'article 321 du Code pénal ou par la présente loi. ~~Il peut déléguer cette compétence à un ou plusieurs de ses membres.~~
6 Sont réservées les autres attributions du Conseil de santé prévues par les articles 4, 12, 39 et 178 ainsi que par d'autres lois touchant la santé publique.	6 Inchangé.
7 Le Conseil de santé peut décider de déléguer ses attributions à un ou plusieurs membres, notamment en cas d'urgence ou dans les domaines nécessitant une expérience spécifique.	7 Inchangé.
8 Les règles de fonctionnement du Conseil de santé sont fixées par le Conseil d'Etat.	8 Inchangé.
Art. 13g Rôle	**Art. 13g**
1 La CMSU est une commission consultative et de préavis dans les domaines suivants :	1 ~~Inchangé~~ La Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU) est une commission consultative et de préavis dans les domaines suivants :
a. évaluation des besoins en matière de prise en charge des urgences préhospitalières ;	a. Inchangé,
b. coordination de l'activité des services de prise en charge des urgences préhospitalières ;	b. Inchangé,
	c. Inchangé,

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
c. aménagement et développement du dispositif de prise en charge des urgences préhospitalières ;	d. Abrogé,
d. décisions relatives aux autorisations d'exploiter et de diriger (services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières) et aux autorisations de pratiquer (ambulanciers) sous réserve des compétences du Conseil de santé et de la Commission d'examen des plaintes ;	e. Inchangé,
e. fixation des niveaux de formation des intervenants préhospitaliers ;	f. Abrogé,
f. dispositions à prendre en cas d'événement majeur ou de catastrophe ;	g. Inchangé.
g. collaboration intercantonale et transfrontalière.	
2 Elle rend compte au département.	2 Inchangé.
Art. 14 Médecins-délégués	**Art. 14**
1 Les médecins-délégués et leurs suppléants représentent le département auprès des autorités communales et des particuliers. Ils assistent les préfets dans les questions sanitaires.	1 Les médecins-délégués représentent le département auprès des autorités communales et des particuliers. Ils secondent le médecin cantonal dans ses tâches.
2 Ils sont désignés pour la législature par le chef du département à raison d'un médecin-délégué et d'un ou plusieurs suppléants par district. Leur mandat peut être reconduit jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.	2 Ils sont désignés pour la législature par le chef du département à raison d'un médecin-délégué au moins par district.
3 Les compétences et les obligations des médecins-délégués et de leur(s) suppléant(s) sont définies dans un cahier des charges établi par le département.	3 Les compétences et les obligations des médecins-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le médecin cantonal.
Art. 15 Médecins-vétérinaires-délégués	**Art. 15**
1 Les médecins-vétérinaires-délégués et leurs suppléants représentent le département auprès des autorités communales et des particuliers. Ils assistent les préfets dans les questions d'ordre vétérinaire.	1 Les médecins-vétérinaires-délégués et leurs suppléants représentent le département en charge des affaires vétérinaires auprès des autorités communales et des particuliers.
2 Ils sont désignés pour cinq ans par le chef du département à raison d'un médecin-vétérinaire-délégué par district ou fraction de district. Leur mandat peut être	2 Ils sont désignés pour la législature par le chef du département en charge des affaires vétérinaires à raison d'un médecin-vétérinaire-délégué par district.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
reconduit jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans. Ils ne sont pas collaborateurs de l'Etat au sens de la loi sur le personnel de l'Etat de Vaud .	
3 Les compétences et les obligations des médecins-vétérinaires-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le département.	3 Les compétences et les obligations des médecins-vétérinaires-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le département en charge des affaires vétérinaires.
Art. 18 Police sanitaire	**Art. 18**
1 Sur réquisition du département, du médecin cantonal ou du chef du Service de la santé publique, la force publique remplit des missions relatives à l'application de la présente loi.	1 Sur réquisition du département, du département en charge des affaires vétérinaires, du médecin cantonal ou du chef du Service de la santé publique, la force publique remplit des missions relatives à l'application de la présente loi.
Art. 19 Régime juridique	**Art. 19**
1 Le présent chapitre définit les relations entre patients, professionnels de la santé et établissements sanitaires. Les dispositions de la législation fédérale et cantonale sont réservées.	1 Le présent chapitre définit les relations entre patients, professionnels de la santé et établissements ou institutions sanitaires. Les dispositions de la législation fédérale et cantonale sont réservées.
Art. 20a Accompagnement des patients en établissement	**Art. 20a**
1 Toute personne séjournant dans un établissement sanitaire soumis à la présente loi a droit à une assistance et à des conseils pendant toute la durée de son séjour. Elle a le droit en particulier de requérir le soutien de ses proches et de maintenir le contact avec son entourage.	1 Inchangé.
2 Des organismes indépendants à but non lucratif reconnus par le Département offrent leur assistance et leurs conseils aux personnes en établissement et ce à titre gratuit. Ils peuvent à cet effet désigner des accompagnants, ainsi qu'organiser et coordonner leurs activités. Les établissements tiennent à disposition des patients une liste à jour de ces accompagnants.	2 Inchangé.
3 A la demande expresse d'un patient, un accompagnant peut l'assister dans ses démarches auprès des professionnels de la santé, de l'établissement et des autorités qui ne peuvent refuser sa présence. Il ne peut toutefois exercer aucune forme de représentation sous réserve de l'article 23a, alinéa 2.	3 A la demande expresse d'un patient, un accompagnant peut l'assister dans ses démarches auprès des professionnels de la santé, de l'établissement et des autorités qui ne peuvent refuser sa présence. Il ne peut toutefois exercer aucune forme de représentation sous réserve des dispositions du code civil suisse y relatives.

Texte actuel

Art. 28 Champ d'application

1 Les principaux domaines d'intervention sont :

a. l'hygiène et la protection de l'environnement ;

b. l'éducation pour la santé ;

c. la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicodépendances et autres addictions ;

d. la santé scolaire ;

e. les vaccinations ;

f. la prévention des accidents et des traumatismes et la prévention des actes de violence ;

g. la médecine et l'hygiène du travail ;

h. l'éducation sportive et la médecine du sport ;

i. la santé sexuelle et reproductive ;

j. la santé maternelle et infantile ;

k. la prévention des maladies chroniques et infectieuses ;

l. la santé mentale.

Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux

Art. 28

1 Les principaux domaines d'intervention sont :

a. Inchangé,

b. la promotion de la santé,

c. la lutte contre les méfaits de l'alcoolisme, du tabagisme, des toxicodépendances et autres addictions,

d. Inchangé,

e. Abrogé,

f. Inchangé,

g. la santé au travail,

h. Inchangé,

i. Inchangé,

j. Inchangé,

k. la prévention des maladies chroniques,

l. Inchangé,

m. la prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles.

Art. 70b Aide à l'identification

1 Afin de garantir la fiabilité et la sécurité des données traitées en la forme électronique, en assurant notamment l'identification univoque d'un patient, son numéro d'assuré au sens de l'article 50c de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants peut être utilisé à des fins d'aide à l'identification par les personnes et entités suivantes :

1. les professionnels de la santé, ainsi que les établissements, institutions et organisations régis par la présente loi,

2. les personnes et entités chargées par le département compétent de développer des

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
	projets et d'effectuer des recherches ou d'établir des statistiques dans le domaine de la santé publique.
	Art. 72a Transports médicalement nécessaires
	1 Le Conseil d'Etat peut désigner les entreprises admises à effectuer les transports médicalement nécessaires au sens de la LAMal.
Art. 75 Autorisation de pratiquer à titre indépendant	**Art. 75**
1 L'exercice d'une profession de la santé à titre indépendant est soumis à autorisation du département qui fixe la procédure.	1 Inchangé.
2 Le département examine les demandes d'autorisation de pratiquer la profession de médecin à titre indépendant en étroite collaboration avec l'association professionnelle cantonale qui se détermine en particulier sur le parcours professionnel du requérant, notamment en lien avec le système de santé fédéral et vaudois, ainsi que sur son projet professionnel. Selon le résultat de cet examen, il peut assortir l'autorisation de pratiquer de recommandations.	2 Inchangé.
3 L'autorisation de pratiquer est accordée au requérant à condition qu'il :	3 Inchangé.
a. soit titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal ;	
b. ait l'exercice des droits civils ;	
c. n'ait pas été condamné pour un crime ou un délit incompatible avec l'exercice de la profession ;	
d. se trouve dans un état physique et psychique qui lui permet d'exercer sa profession ;	
e. conclue une assurance responsabilité civile couvrant son activité.	
	3bis L'autorisation peut être soumise à des conditions, notamment en matière de connaissances linguistiques. Le département fixe ces exigences.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
	3ter Le Conseil d'Etat peut prévoir des conditions particulières de contrôle de l'aptitude à continuer à exercer pour les professionnels de la santé désireux de poursuivre leur activité professionnelle au-delà de 70 ans.
4 Les articles 120, 122b, 122f, 135, 141 et 153a sont réservés.	4 Les articles 74 alinéa 2, 75a, 120, 122b, 122f, 135, 141 et 153a sont réservés
5 L'autorisation peut être refusée si le requérant a été frappé d'interdiction de pratiquer pour manquement à ses devoirs professionnels.	5 L'autorisation peut être refusée si le requérant a été frappé d'interdiction de pratiquer pour manquement à ses devoirs professionnels.
6 Le requérant au bénéfice d'une autorisation de pratiquer la même profession dans un autre canton bénéficie d'une procédure simplifiée selon les conditions fixées par le département.	6 Inchangé.
7 Les ressortissants étrangers qui, en vertu de traités internationaux, ont le droit d'exercer à titre indépendant, sans autorisation, une profession de la santé en Suisse pendant 90 jours au plus par année civile, doivent s'annoncer auprès de l'autorité compétente.	7 Les personnes mentionnées à l'alinéa précédent et les ressortissants étrangers qui, en vertu de traités internationaux, ont le droit d'exercer à titre indépendant, sans autorisation, une profession de la santé en Suisse pendant 90 jours au plus par année civile, doivent s'annoncer auprès de l'autorité compétente.
8 La loi fédérale sur les professions médicales est réservée.	8 Abrogé.
9 On entend par exercice à titre indépendant une activité non salariée, rémunérée par des honoraires.	9 Inchangé.
Art. 76 Pratique à titre dépendant	**Art. 76**
1 L'exercice de la profession de médecin à titre dépendant est soumis à autorisation du département. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie. Lorsque le médecin est titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il ne peut exercer que sous la surveillance directe d'un médecin autorisé à pratiquer dans la même discipline.	1 L'exercice de la profession de médecin et de médecin-dentiste à titre dépendant est soumis à autorisation du département. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie. Lorsque le médecin est titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il ne peut exercer que sous la surveillance directe d'un médecin autorisé à pratiquer dans la même discipline.
2 Les médecins titulaires du seul diplôme fédéral ou d'un titre équivalent sont dispensés de l'autorisation lorsqu'ils suivent une formation postgrade au sens de l'article 25 de la loi sur les professions médicales. Ils doivent pratiquer sous la surveillance directe d'un médecin au bénéfice d'une autorisation de pratique dans la	2 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
même discipline.	
3 L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé citées dans la présente loi ne nécessite pas d'autorisation lorsque le professionnel est titulaire d'un titre admis au niveau fédéral, intercantonal ou cantonal. S'il s'agit d'un chiropraticien, titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il doit exercer sous la supervision d'un chiropraticien autorisé à pratiquer dans le Canton de Vaud.	3 L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé citées dans la présente loi ne nécessite pas d'autorisation. Il requiert toutefois la possession d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Les articles 119 alinéa 6, 122b alinéa 2 122e alinéa 7 sont réservés.
4 L'exercice à titre dépendant d'une profession de la santé au sens de l'alinéa 3 est soumis à autorisation lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnelle indépendante. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent alors par analogie.	4 Inchangé.
	4bis Le département peut soumettre d'autres professions de la santé au sens de l'alinéa 3 à autorisation.
5 Le département renseigne les employeurs sur l'appréciation des diplômes ainsi que sur les cas d'interdiction dont il a connaissance.	5 Inchangé.
6 Les articles 86 et 93 sont réservés.	6 Inchangé.
Art. 79 Retrait de l'autorisation de pratiquer	**Art. 79**
1 L'autorisation de pratiquer peut être retirée pour une durée déterminée ou indéterminée, ou encore assortie de conditions, si une ou plusieurs des conditions requises pour son octroi ne sont pas ou plus réunies.	1 Inchangé.
2 Il en va de même pour le droit d'exercer sans autorisation des professionnels étrangers travaillant jusqu'à 90 jours en Suisse.	2 Inchangé.
3 Le département décide après avoir pris l'avis du Conseil de santé. La personne concernée doit pouvoir être entendue.	3 Le département décide après avoir entendu la personne concernée.
4 Les articles 184 et suivants sont réservés.	4 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
Art. 80a Déclaration	**Art. 80a**
1 La personne astreinte au secret professionnel doit annoncer au médecin cantonal les faits susceptibles de constituer un cas de maltraitance ou de soins dangereux émanant d'autres professionnels de la santé.	1 Inchangé.
2 Elle ne peut pas se prévaloir du secret professionnel pour refuser de renseigner les autorités sanitaires sur les faits dont elle est elle-même accusée, ni pour refuser de témoigner devant les juridictions civiles dans le cadre de conflits l'opposant à ses patients.	2 Inchangé.
3 Lorsque la maltraitance n'émane pas d'un professionnel de la santé, la personne astreinte au secret professionnel peut s'adresser au médecin cantonal et aux autorités compétentes.	3 Inchangé.
4 D'autres droits et obligations d'informer prévus dans la législation spéciale, en particulier dans la loi sur la protection des mineurs , sont réservés.	4 D'autres droits et obligations d'informer prévus dans la législation spéciale, en particulier en matière de protection de l'adulte et de l'enfant ~~et de circulation routière~~, sont réservés.
Art. 82 Publicité	**Art. 82**
1 Les professionnels de la santé doivent s'abstenir de toute publicité qui n'est pas objective et ne répond pas à l'intérêt général. Cette publicité ne doit en outre ni importuner ni induire en erreur.	1 Inchangé.
2 Les professionnels de la santé sont autorisés à faire de la publicité dans la mesure nécessaire à leur fonctionnement et dans les limites définies par le Conseil d'Etat, après consultation des associations professionnelles concernées.	2 Le département, sur proposition des associations professionnelles concernées, définit les notions mentionnées au premier alinéa et fixe les limites dans lesquelles la publicité est nécessaire au fonctionnement de leurs membres. 2bis Le département peut déléguer le contrôle du respect de cette disposition aux associations professionnelles. En cas de désaccord, le département tranche ou prend les mesures idoines.
4 Il est interdit de mentionner des appareils spéciaux ou des méthodes de traitement particulières sous réserve de l'accord du département.	4 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
[6] Toute forme de publicité est interdite aux personnes qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.	[6] Inchangé.
Art. 83 Titre de spécialiste	**Art. 83**
[1] L'utilisation des titres de spécialistes est réglée par le droit fédéral. Seules les personnes exerçant une profession médicale et possédant un titre postgrade fédéral ou jugé équivalent sont autorisées à s'intituler spécialistes.	[1] Inchangé.
[2] Les personnes ayant obtenu l'autorisation cantonale de faire état d'une spécialisation restent au bénéfice de ce droit.	[2] Inchangé.
Art. 84 Changement de nom, de domicile, d'activité	**Art. 84**
[1] Quiconque exerce une profession de la santé doit informer, dans un délai de quinze jours, le département de tout changement de nom, de domicile ou d'activité professionnels.	[1] Quiconque exerce une profession de la santé informe le département dans un délai de quinze jours de tout changement de nom, de domicile, d'activité professionnelle et de lieu d'exercice, ainsi que de toute modification ou cessation d'activité.
	[2] A défaut et si le service doit procéder à des investigations, il peut facturer des frais jusqu'à cinq cents francs. Les articles 184 et suivants sont réservés.
Art. 85 Remplacement	**Art. 85**
[1] Les personnes autorisées à exercer une profession de la santé et désirant se faire remplacer doivent en obtenir l'autorisation du département. Le remplaçant doit être titulaire d'un diplôme agréé par le département.	[1] Les personnes autorisées à exercer une profession de la santé et désirant se faire remplacer doivent obtenir l'autorisation du département ou du département en charge des affaires vétérinaires. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession. Le département compétent peut prévoir des exceptions.
[3] En cas de décès, de maladie grave ou de force majeure, le département peut autoriser l'assistant d'un médecin, d'un médecin-dentiste ou d'un médecin-vétérinaire ou un autre praticien à diriger le cabinet du titulaire pour une durée déterminée qui, en règle générale, ne dépassera pas une année.	[3] En cas de décès, de maladie grave ou de force majeure, le département peut autoriser l'assistant d'une personne autorisée à exercer une profession médicale, à diriger le cabinet ou l'officine de cette personne pour une durée déterminée qui, en règle générale, ne dépassera pas une année.
Art. 86 Responsabilité de l'employeur	**Art. 86**
[1] L'employeur de personnes exerçant une ou plusieurs professions relevant de la	[1] L'employeur de personnes exerçant une ou plusieurs professions relevant de la

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
présente loi doit tenir à la disposition du département une liste de ces personnes.	présente loi tient à la disposition du département une liste de ces personnes.
[2] L'employeur doit s'assurer en outre que le ou les professionnels de la santé qu'il engage :	[2] L'employeur s'assure en outre que les professionnels de la santé qu'il engage :
1. sont titulaires d'un diplôme reconnu par le département pour exercer leur profession ;	a. sont titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal pour exercer leur profession. Les articles 75a et 124a sont réservés,
2. bénéficient d'un état de santé physique et psychique qui permet l'exercice de leur profession.	b. bénéficient d'un état de santé physique et psychique qui permet l'exercice de leur profession.
[3] Avec la collaboration du département qui lui communique les renseignements en sa possession, l'employeur prend les mesures nécessaires s'il constate que le professionnel :	[3] Avec la collaboration du département qui lui communique les renseignements en sa possession, l'employeur prend les mesures nécessaires s'il constate que le professionnel :
1. n'a pas l'exercice des droits civils ;	a. n'a pas l'exercice des droits civils,
	b. n'est pas au bénéfice de la formation adéquate,
2. a fait l'objet d'une condamnation pénale ou d'une sanction disciplinaire incompatible avec l'exercice de sa profession.	c. a fait l'objet d'une condamnation pénale ou d'une sanction disciplinaire incompatible avec l'exercice de sa profession,
	d. a produit un titre faux à la base de son engagement.
[4] Dans le cas où l'employeur constate des compétences insuffisantes ou des comportements inadéquats chez un professionnel, notamment si cela donne lieu à la cessation des rapports de travail, il informe le département sur les manquements observés.	[4] Dans le cas où l'employeur constate des compétences insuffisantes ou des comportements inadéquats chez un professionnel, ou s'il apprend que des poursuites judiciaires sont en cours pour des faits représentant des risques pour les patients, ou encore si les comportements en cause donnent lieu à la cessation des rapports de travail, il en informe le département.
	[4bis] L'alinéa 3 s'applique par analogie dans les cas où la personne employée n'est pas un professionnel de la santé au sens de la présente loi.
	[4ter] L'employeur offre les conditions nécessaires à la formation continue des professionnels de la santé qu'il emploie.
[5] Le département effectue des contrôles.	[5] Le département peut effectuer des contrôles.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
Art. 91a Devoir de participer aux dispositifs de garde et d'urgence	**Art. 91a**
[1] Les membres des professions médicales doivent participer aux dispositifs de garde et d'urgence établis dans le canton.	[1] Inchangé.
[2] Pour les médecins, le dispositif de garde est constitué par la garde de spécialité et la garde de premier recours qui comprend : – les médecins spécialistes en médecine interne générale ; – les médecins praticiens ; – les médecins spécialistes en pédiatrie ; – les médecins gynécologues dans leur spécialité ; – les médecins psychiatres dans leur spécialité. Il peut être étendu à la garde médicale des hôpitaux et cliniques qui offrent des services d'urgence ou de soins intensifs et qui ont la mission de garantir les besoins en soins de la population en tout temps, conformément à l'article 91b ci-après.	[2] Inchangé.
[3] Sur demande motivée, un membre d'une profession médicale peut être dispensé temporairement ou de manière permanente de son obligation de participer au dispositif de garde. L'âge, le nombre de gardes effectuées et une atteinte à la santé limitant la capacité de travail constituent notamment des motifs légitimes de dispense. Suivant le motif de dispense, une taxe de compensation forfaitaire dont le montant n'excède pas 20'000 francs par an est exigible. Elle ne sera pas prélevée en cas d'atteinte avérée à la santé limitant la capacité de travail et attestée par deux médecins indépendants.	[3] Inchangé.
[4] Le département peut déléguer par convention l'organisation des dispositifs de garde et d'urgence et l'exécution des obligations y relatives à une association professionnelle. Dans un règlement soumis à l'approbation du département, l'association professionnelle fixe notamment les modalités d'engagement des médecins de garde, les motifs de dispense, la procédure d'examen des demandes de	[4] Le département peut déléguer par convention l'organisation des dispositifs de garde et d'urgence et l'exécution des obligations y relatives à une association professionnelle. Dans un règlement soumis à l'approbation du département, l'association professionnelle concernée fixe notamment les modalités d'engagement des professionnels assujettis à la garde, les motifs de dispense, la procédure d'examen des

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
dispense comprenant une voie de recours interne et le montant de la taxe d'exemption. Elle conserve le produit de la taxe qui est comptabilisé de manière distincte et affecté exclusivement à l'exécution des tâches confiées par la présente disposition.	demandes de dispense comprenant une voie de recours interne et le montant de la taxe d'exemption. Elle conserve le produit de la taxe qui est comptabilisé de manière distincte et affecté exclusivement à l'exécution des tâches confiées par la présente disposition.
5 Par convention, l'Etat peut accorder à l'association professionnelle délégataire une subvention destinée à financer la rémunération des professionnels de la santé astreints à un dispositif de garde et d'urgence.	5 Inchangé.
6 Les décisions sur recours rendues par une association professionnelle sur les dispenses de l'obligation de participer au dispositif de garde et sur le paiement de la taxe de compensation peuvent faire l'objet d'un recours au département. Les membres des professions médicales qui ne respectent pas leur obligation de participer au dispositif de garde sont dénoncés au département.	6 Inchangé.
7 Si aucune convention n'est signée ou si une association professionnelle ne met pas en place des mesures suffisantes, le département peut prendre directement les mesures d'organisation et veiller à leur exécution.	7 Inchangé.
Art. 93 Assistants	**Art. 93**
1 L'assistant exerce à titre dépendant sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, d'un médecin-dentiste, d'un médecin-vétérinaire d'un pharmacien ou d'un chiropraticien autorisé à pratiquer.	1 Inchangé.
	1bis Lorsqu'une liste d'établissements ou de cabinets de formation reconnus par l'institut fédéral désigné par la loi fédérale sur les professions médicales existe dans une discipline médicale donnée, seuls les établissements et cabinets figurant sur cette liste sont habilités à superviser un assistant au sens de la présente disposition.
2 Le médecin, le médecin-dentiste, le médecin-vétérinaire, le pharmacien ou le chiropraticien qui désire s'adjoindre un assistant doit demander l'autorisation du département si l'assistant n'est pas porteur du diplôme fédéral, d'un diplôme jugé	2 Abrogé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
équivalent par le droit fédéral ou d'un diplôme d'une université suisse. Si l'assistant est porteur d'un tel diplôme, l'employeur informe le département de cet engagement.	
	2bis L'assistant est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. L'employeur avise le département ou le département en charge des affaires vétérinaires de son engagement en précisant le but de formation poursuivi. Les dispositions transitoires concernant les pharmaciens sont réservées.
3 L'assistant doit être porteur d'un diplôme cité à l'alinéa 2 ou d'un titre agréé par le département.	3 Abrogé.
	3bis Le département peut, sur demande motivée de l'employeur, autoriser au titre d'assistant au sens du présent article un professionnel de la santé non titulaire d'un titre admis au sens de l'alinéa 2bis en vue de l'obtention de ce titre.
	3ter Le département en charge des affaires vétérinaires peut, sur demande motivée de l'employeur, autoriser au titre d'assistant au sens du présent article un médecin-vétérinaire non titulaire d'un titre admis au sens de l'alinéa 2bis en vue de l'obtention d'un titre ou de l'acquisition d'une expérience pratique. La durée de cette autorisation est limitée aux besoins de la formation ou à deux ans pour le cas de l'acquisition d'une expérience pratique.
4 La fonction d'assistant d'un médecin, d'un médecin-dentiste ou d'un médecin-vétérinaire autorisé à pratiquer a pour but d'assurer, dans le cadre d'un cabinet ou d'un établissement sanitaire, la formation postuniversitaire de l'intéressé et, à ce titre, elle ne peut revêtir qu'un caractère temporaire. La durée de l'autorisation est limitée aux besoins de la formation postuniversitaire.	4 La fonction d'assistant d'un médecin, d'un médecin-dentiste, d'un pharmacien ou d'un chiropraticien autorisé à pratiquer a pour but d'assurer la formation de l'intéressé en vue de l'obtention d'un titre admis par le droit fédéral et, à ce titre, elle ne peut revêtir qu'un caractère temporaire. La durée de l'autorisation est limitée aux besoins de cette formation.
5 La fonction d'assistant d'un chiropraticien autorisé à pratiquer a pour but de préparer le candidat à l'examen intercantonal. Elle est limitée dans le temps aux	5 Abrogé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
besoins de cette préparation.	
6 Un médecin, un médecin-dentiste ou un médecin-vétérinaire autorisé à pratiquer peut s'adjoindre un assistant ayant terminé sa formation postgraduée, lorsque la couverture des besoins de la population en matière de santé n'est plus assurée.	6 Abrogé.
7 Un médecin, un médecin-dentiste ou un chiropraticien autorisé à pratiquer ne peut s'adjoindre plusieurs assistants.	7 Inchangé.
8 Les responsables des services médicaux des établissements sanitaires peuvent s'adjoindre plusieurs assistants. Le département peut limiter ce nombre en fonction de l'organisation du service médical de l'établissement.	8 Les responsables des services médicaux des établissements sanitaires peuvent s'adjoindre plusieurs assistants. Le département ou le département en charge des affaires vétérinaires peut limiter ce nombre en fonction de l'organisation du service médical de l'établissement.
Art. 107 b) Cabinets secondaires	**Art. 107**
1 Le médecin-vétérinaire qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le médecin-vétérinaire informe le département de l'existence de ces cabinets.	1 Le médecin-vétérinaire qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le médecin-vétérinaire informe le département en charge des affaires vétérinaires de l'existence de ces cabinets.
Art. 110 Pharmaciens a) Compétences	**Art. 110**
1 Le pharmacien a seul qualité pour effectuer les opérations suivantes et cela exclusivement dans une pharmacie : a. l'exécution des prescriptions formulées dans les limites de leurs compétences par des médecins, des médecins-dentistes, des médecins-vétérinaires, des chiropraticiens et des sages-femmes ; b. la vente des médicaments au public ; c. ... d. ...	1 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
e. la fabrication des médicaments conformément à l'article 169 de la présente loi.	
2 Sont réservés les articles 140 et 176 à 179.	2 Inchangé.
3 Le pharmacien peut exécuter les analyses médicales autorisées en pharmacie par la législation fédérale sur l'assurance maladie .	3 Inchangé.
	4 Le département peut confier au pharmacien des tâches de santé publique.
Art. 113 d) Pharmacien adjoint et assistant	**Art. 113** Pharmacien adjoint
1 Le pharmacien responsable peut s'adjoindre un ou plusieurs pharmaciens adjoints et un ou plusieurs assistants, conformément aux articles 86 et 93.	1 Le pharmacien responsable peut s'adjoindre un ou plusieurs pharmaciens adjoints.
	2 Le pharmacien adjoint est titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Le cas des assistants titulaires du certificat d'examen de l'Office fédéral de la santé publique est réservé.
	3 Le pharmacien adjoint est autorisé conformément à l'article 76 alinéa 4 de la présente loi.
Art. 114 e) Autorisation	**Art. 114** Abrogé.
1 L'activité de pharmacien adjoint ou d'assistant s'exerce à titre dépendant.	1 Abrogé.
2 Le pharmacien adjoint doit être titulaire d'un titre reconnu conforme à l'article 91, alinéa 1. L'assistant doit être titulaire du certificat d'examen fédéral, d'un titre reconnu conforme à l'article 91, alinéa 1 ou d'un titre d'assistant pharmacien agréé par le département.	2 Abrogé.
Art. 116 Autorisation d'exploiter	**Art. 116**
1 L'installation et l'exploitation des pharmacies sont subordonnées à l'autorisation du département.	1 Inchangé.
2 La pharmacie doit être exploitée sous la direction d'un pharmacien autorisé à pratiquer (dit pharmacien responsable) qui doit exercer personnellement et effectivement une surveillance sur les actes pharmaceutiques qui s'y déroulent.	2 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
[3] L'autorisation d'exploiter est délivrée au pharmacien responsable. Elle est personnelle et intransmissible.	[3] Inchangé.
[4] Lorsque le pharmacien responsable n'est pas propriétaire de la pharmacie, il doit bénéficier vis-à-vis du propriétaire de toute l'indépendance nécessaire pour assumer la direction et la responsabilité de la pharmacie.	[4] Inchangé.
[5] Un pharmacien ne peut diriger qu'une pharmacie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un pharmacien et contrôler une pharmacie d'établissement.	[5] Un pharmacien ne peut diriger qu'une pharmacie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un pharmacien, contrôler une pharmacie d'établissement au sens de l'article 117 de la présente loi ou assurer une assistance pharmaceutique au sens de l'article 117a de la présente loi.
	Art. 117a Assistance pharmaceutique
	[1] Les établissements médico-sociaux ainsi que les institutions socio-éducatives dans lesquelles des produits thérapeutiques sont dispensés peuvent être astreints par le département à se doter d'une assistance pharmaceutique afin de garantir l'usage rationnel, correct et économique des médicaments prescrits à leurs résidents.
	[2] Les conditions d'application sont fixées par le département, après consultation des associations faîtières.
Art. 119 Chiropraticiens a) Compétences	**Art. 119**
[1] Le chiropraticien a seul qualité :	[1] Inchangé.
a. pour traiter les maladies et les troubles du fonctionnement auxquels s'appliquent les méthodes thérapeutiques qu'il a apprises dans le cadre de sa formation sanctionnée par les titres professionnels mentionnés à l'article 120 ;	
b. pour délivrer, dans les limites de ses compétences, des déclarations et des certificats médicaux et médico-légaux.	
[2] Sont réservées les attributions que la loi confère aux médecins et autres professions visées par la présente loi.	[2] Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
[3] Le chiropraticien est habilité, dans les limites de ses compétences, à effectuer, à déléguer et à prescrire des examens d'imagerie diagnostique, des analyses de laboratoire et d'autres examens paracliniques ainsi qu'à prescrire des médicaments dans les limites fixées par la législation fédérale sur l'assurance maladie.	[3] Inchangé.
[3bis] Il est habilité à utiliser les médicaments soumis à ordonnance médicale nécessaire à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.	[3bis] Inchangé.
[4] Le chiropraticien participe à la prévention des maladies et des accidents ainsi qu'au maintien et à la promotion de la santé.	[4] Inchangé.
[5] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	[5] Abrogé.
[6] Le chiropraticien pratique à titre dépendant ou indépendant.	[6] Le chiropraticien pratique à titre dépendant ou indépendant. S'il s'agit d'un chiropraticien titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent par le droit fédéral, il exerce sous la supervision d'un chiropraticien autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud.
Art. 120 b) Autorisation de pratiquer	**Art. 120**
[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes répondant aux exigences du droit fédéral. Les chiropraticiens titulaires d'une autorisation délivrée sur la base de l'examen intercantonal restent au bénéfice de cette autorisation.	[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Les chiropraticiens titulaires d'une autorisation délivrée sur la base de l'examen intercantonal restent au bénéfice de cette autorisation.
Art. 122a Psychothérapeutes non-médecins a) Définition et compétences	**Art. 122a Psychologues psychothérapeutes** a) Rôle et compétence
[1] Le psychothérapeute non-médecin administre des traitements psychologiques. Il n'est pas habilité à prescrire ou à administrer des médicaments.	[1] Le psychologue psychothérapeute administre des traitements dont l'efficacité est reconnue. Il n'est pas habilité à prescrire ou à administrer des médicaments.
[2] Le psychothérapeute non-médecin attire l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient.	[2] Le psychologue psychothérapeute attire l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
[3] Les articles 13 et 19 à 25 sont applicables par analogie.	[3] Abrogé.
[4] Le psychothérapeute non-médecin pratique à titre dépendant ou indépendant.	[4] Le psychologue psychothérapeute pratique à titre dépendant ou indépendant.
Art. 122b b) Formation	**Art. 122b** b) Autorisation de pratiquer
[1] Peuvent seuls être autorisés à pratiquer les porteurs d'un titre universitaire en sciences humaines avec une spécialisation en psychologie.	[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre de base en psychologie ainsi que d'un titre postgrade en psychothérapie admis en Suisse conformément à un accord international ou au droit fédéral.
[2] Ils doivent justifier en outre d'une formation complémentaire en psychothérapie dont le département fixe les exigences minimales.	[2] Le psychologue psychothérapeute qui effectue une formation postgrade pratique sous la supervision directe d'un psychiatre ou d'un psychologue psychothérapeute autorisé à pratiquer. Le département peut émettre des directives concernant la pratique de la psychothérapie déléguée, en particulier quant au nombre autorisé d'assistants en formation.
[3] Le département statue sur l'équivalence d'autres titres.	[3] Le psychologue psychothérapeute titulaire d'une autorisation de pratiquer délivrée avant l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les psychologues reste au bénéfice de cette autorisation.
Art. 122c Logopédistes-orthophonistes a) Rôle et compétence	**Art. 122c**
[1] Le logopédiste-orthophoniste administre des traitements aux personnes souffrant de troubles de la communication (langage oral et écrit, voix). Il exerce également des activités de conseil et de prévention dans les mêmes domaines.	[1] Inchangé.
[2] Le logopédiste-orthophoniste exerce à titre dépendant ou indépendant.	[2] Inchangé.
	[3] La législation sur la pédagogie spécialisée est réservée.
Art. 122d b) Autorisation de pratiquer	**Art. 122d**
[1] Peuvent seules êtres autorisées à pratiquer les personnes qui ont reçu une formation professionnelle théorique et pratique de trois ans au moins reconnue par le département.	[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
[2] Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions supplémentaires.	[2] Inchangé.
Art. 122e Ostéopathes	**Art. 122e**
[1] L'ostéopathe est habilité à prendre des mesures prophylactiques, et à traiter des troubles fonctionnels qui proviennent de modifications réversibles des structures de l'organisme, ceci selon les règles établies par l'ostéopathie.	[1] Inchangé.
[2] L'ostéopathe est notamment autorisé à traiter des états tissulaires se traduisant par des restrictions de mobilité et par des dysfonctionnements de l'organisme à l'aide des techniques et des manipulations ostéopathiques.	[2] Inchangé.
[3] L'ostéopathe doit attirer l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient.	[3] Inchangé.
[4] L'ostéopathe n'est pas habilité à procéder à d'autres interventions, à prescrire, à remettre ou administrer des médicaments ni à pratiquer des actes de radiologie et de laboratoire.	[4] Inchangé.
[5] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	[5] L'ostéopathe est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
[6] L'ostéopathe pratique à titre dépendant ou indépendant.	[6] Inchangé.
	[7] Le professionnel qui effectue son stage pratique dans le but de se présenter à la seconde partie de l'examen intercantonal travaille sous la supervision directe d'un ostéopathe autorisé. Le département peut émettre des directives notamment sur le nombre autorisé de professionnels en formation.
	[8] L'ostéopathe titulaire d'une autorisation délivrée sur la base d'un certificat de capacité reconnu par le département reste au bénéfice de cette autorisation.
Art. 122f	**Art. 122f**
[1] L'autorisation de pratiquer est accordée au requérant titulaire d'un certificat de	[1] Abrogé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
capacité reconnu par le département.	
2 Le requérant doit avoir achevé une formation garantissant l'acquisition des connaissances et aptitudes établies selon les règles de l'ostéopathie.	2 Abrogé.
4 Les exigences de formation sont fixées en coordination avec d'autres cantons.	4 Abrogé.
Art. 122h Sages-femmes	**Art. 122h**
1 L'activité de la sage-femme consiste à :	1 Inchangé.
a. conseiller la future mère au cours de la grossesse, lui apporter les soins préventifs, assurer le suivi des grossesses physiologiques, dispenser les soins curatifs que prescrit le médecin ou que nécessite l'état de la patiente en cas d'urgence ; lorsqu'elle assure le suivi d'une grossesse physiologique, la sage-femme est tenue de signaler à la patiente qu'une consultation médicale est indiquée avant la 16ème semaine ;	
b. assister la mère et l'enfant pendant l'accouchement, ainsi que conduire de façon indépendante un accouchement présumé normal ; s'il se présente des complications, elle est tenue de faire immédiatement appel à un médecin ;	
c. donner les premiers soins au nouveau-né et à l'accouchée ainsi qu'enseigner aux parents les mesures d'hygiène personnelle et les soins à donner aux enfants ;	
d. prescrire les examens et prescrire ou administrer les médicaments ou pansements nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces examens et de ces médicaments ;	
e. contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, au développement de la profession et collaborer à des programmes de promotion de la santé publique.	
2 La sage-femme pratique à titre dépendant ou indépendant.	2 Inchangé.
	3 La sage-femme peut délivrer des certificats d'incapacité dans le cadre de situations de grossesse ou d'allaitement.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
Art. 122i Thérapeutes de la psychomotricité a) Rôle et compétences	**Art. 122i**
1 Le thérapeute de la psychomotricité examine, évalue et traite des patients souffrant de troubles psychomoteurs ou moteurs, liés à des troubles émotionnels cognitifs ou de la perception pour prévenir ou atténuer les répercussions des troubles, tant sur le plan personnel que sur le plan social, familial, scolaire et professionnel.	1 Le thérapeute de la psychomotricité examine, évalue et traite des patients souffrant de troubles psychomoteurs ou moteurs, liés à des troubles émotionnels cognitifs ou de la perception pour les prévenir ou en atténuer les répercussions.
2 Il contribue aussi à la prévention par le dépistage des troubles psychomoteurs d'origine somatique, psychogène ou psychosociale et par la sensibilisation des autres professionnels.	2 Inchangé.
3 Il collabore avec le médecin traitant et les autres professionnels de la santé concernés, le cas échéant.	3 Inchangé.
4 Le thérapeute de la psychomotricité pratique à titre dépendant ou indépendant.	4 Inchangé.
	5 La législation sur la pédagogie spécialisée est réservée.
Art. 122j b) Formation	**Art. 122j** b) Autorisation de pratiquer
1 L'exercice de la profession est réservé aux porteurs d'un diplôme d'une école suisse reconnue par l'Association suisse des thérapeutes de la psychomotricité ou par un organisme désigné en application de l'accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes.	1 L'autorisation de pratiquer est délivrée au thérapeute de la psychomotricité porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
2 En l'absence d'un tel organisme, le département statue sur l'équivalence d'autres diplômes après avoir pris l'avis de l'association professionnelle.	2 Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions supplémentaires.
Art. 123 Ergothérapeutes	**Art. 123**
1 Sur prescription du médecin, l'ergothérapeute collabore au traitement des malades et handicapés physiques ou psychiques qui éprouvent des difficultés à réaliser ou à organiser leurs activités quotidiennes. Le traitement vise à améliorer ou à maintenir les fonctions motrices, sensorielles, cognitives ou psychiques permettant ainsi la	1 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
restauration de l'autonomie dans l'accomplissement des activités du patient.	
2 De manière autonome, l'ergothérapeute évalue les difficultés du patient et choisit librement les moyens et méthodes de traitement qu'il juge le mieux adaptés au patient. L'ergothérapeute propose, en séance individuelle ou de groupe, des activités ou exercices spécifiques aux besoins de la réhabilitation du patient.	2 Inchangé.
3 L'ergothérapeute aménage l'environnement des personnes handicapées, conseille sur le choix de moyens auxiliaires et confectionne des moyens adaptés individuellement aux besoins du patient (orthèses, supports de positionnement, aides techniques pour les activités quotidiennes).	3 Inchangé.
4 L'ergothérapeute pratique à titre dépendant ou indépendant.	4 Inchangé.
5 Peuvent seules être autorisées à pratiquer les personnes titulaires d'un diplôme répondant aux exigences du droit fédéral.	5 L'ergothérapeute est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
Art. 123a Hygiénistes dentaires a) Rôle et compétences	**Art. 123a**
1 L'hygiéniste dentaire administre les traitements d'hygiène bucco-dentaire.	1 Inchangé.
2 Son activité comprend en particulier les domaines suivants :	2 ~~Inchangé.~~ Son activité comprend ~~en particulier~~ notamment les domaines suivants :
a. l'enseignement de l'hygiène buccale et la prophylaxie des maladies dentaires ;	a. l'enseignement de l'hygiène buccale et la prophylaxie des maladies bucco-dentaires ;
b. la fluoration locale ;	b. la fluoration locale ;
c. l'enlèvement du tartre, le nettoyage et le polissage des dents.	c. l'enlèvement du tartre, le nettoyage et le polissage des dents.
3 Lorsqu'elle soupçonne l'existence d'une affection bucco-dentaire, l'hygiéniste adresse son patient à un médecin-dentiste.	3 En cas de soupçon d'affection bucco-dentaire sortant de son champ de compétences, l'hygiéniste adresse son patient à un médecin-dentiste.
4 Sous le contrôle du médecin-dentiste, l'hygiéniste peut effectuer des radiographies des dents et des mâchoires ainsi que le développement des clichés.	4 Inchangé.
5 Elle ne peut effectuer le traitement de la parodontite que sur prescription du médecin-dentiste.	5 L'hygiéniste ~~ne~~ peut effectuer le traitement de la parodontite ~~que sur prescription du médecin-dentiste~~ à l'exception des parodontites sévères. Le département fixe les

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
	modalités d'application.
6 Elle n'est pas habilitée à pratiquer l'anesthésie sous quelque forme que ce soit.	6 L'hygiéniste est habilité à pratiquer l'anesthésie locale sous la supervision ~~directe~~ d'un médecin-dentiste autorisé à pratiquer et à condition d'avoir suivi une formation spécifique reconnue par le département. Le département ~~peut préciser, par convention avec les associations professionnelles concernées ou directive, les types d'anesthésie admis ainsi que les modalités de supervision~~ fixe les modalités d'application.
6bis Elle est habilitée à utiliser les médicaments soumis à l'ordonnance médicale nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.	6bis L'hygiéniste est habilité à utiliser les médicaments soumis à ordonnance médicale nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.
7 Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	7 Inchangé.
8 L'hygiéniste dentaire pratique à titre dépendant ou indépendant.	8 Inchangé.
	9 L'hygiéniste est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
Art. 123b b) Formation	**Art. 123b**
1 Peut seule être autorisée à pratiquer l'hygiéniste dentaire titulaire d'un diplôme répondant aux exigences du droit fédéral.	1 Abrogé.
Art. 124 Infirmières	**Art. 124 Infirmiers**
1 L'infirmière est une personne formée pour donner professionnellement les soins ci-après :	1 L'infirmier est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Cette personne est compétente pour donner professionnellement les soins ci-après :
a. soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne ;	a. Inchangé,
b. accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie ;	b. Inchangé,
c. participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques ;	c. Inchangé,
d. participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale ;	d. Inchangé,
	e. Inchangé,

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
e. contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession et collaboration à des programmes de recherche concernant la santé publique.	f. délivrance de prescriptions sous le numéro de compte créancier de l'établissement sanitaire, dans le cadre d'un processus établi et supervisé par le médecin, g. organisation et contrôle des activités destinées aux bénéficiaires de soins en coordonnant les interventions interdisciplinaires, en supervisant les actes délégués à des auxiliaires et en veillant à la sécurité des processus.
2 L'infirmière donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où elle agit sur délégation du médecin.	2 L'infirmier donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où cette personne agit sur délégation du médecin.
3 Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.	3 Inchangé.
4 L'infirmière pratique à titre dépendant ou indépendant.	4 L'infirmier pratique à titre dépendant ou indépendant.
	5 Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier du versement par l'Etat des montants destinés à couvrir la part résiduelle du coût des soins en application de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, l'infirmier doit remplir les conditions suivantes : a. être titulaire d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant délivrée par le département, b. établir des modalités de collaboration avec les centres médico-sociaux rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile et, à la demande du département, si les circonstances l'exigent, avec d'autres prestataires de soins, c. adhérer aux réseaux de soins conformément à l'article 3 de la loi vaudoise sur les réseaux, d. fournir au département toutes les informations utiles à la vérification du caractère approprié et économique des prestations délivrées, conformément à l'article 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, ainsi que la qualité des prestations délivrées sous un angle de santé publique. Le Conseil d'Etat fixe les principes applicables à la vérification de ces informations. Il peut notamment limiter le nombre d'heures donnant droit au financement de l'Etat.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
	[5bis] Le département est chargé de la mise en œuvre du versement par l'Etat des montants destinés à couvrir la part résiduelle du coût des soins au sens de l'alinéa 5. Il peut confier cette tâche à des instances privées.
Art. 125a Masseurs médicaux	**Art. 125a**
[1] Le masseur médical administre, sur prescription d'un médecin ou d'un chiropraticien, ou sur l'indication d'un physiothérapeute ou d'un ostéopathe, les traitements de massothérapie (massages manuels) et de médecine physique pour lesquels il a été formé en application de l'accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes.	[1] Le masseur médical est spécialisé dans le domaine des traitements de médecine physique propres à exercer la mobilisation tissulaire manuelle et instrumentale à l'aide d'appareils, et par là-même, à participer au processus thérapeutique scientifiquement fondé qui influence de manière locale, réflexe ou générale, les différents tissus, organes et systèmes du corps humain.
[2] Dans ce cadre, il exerce à titre dépendant sous le contrôle et la responsabilité du médecin, du chiropraticien, de l'ostéopathe ou du physiothérapeute autorisés à pratiquer.	[2] Le masseur médical exerce à titre dépendant ou indépendant sur prescription d'un médecin. Il est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
[3] Le massage sportif, de bien-être, de confort ou à but esthétique pratiqué sur une personne présumée en bonne santé ne relève pas de la présente loi.	[3] Le masseur médical titulaire d'une autorisation délivrée sur la base d'un certificat de capacité reconnu par le département reste au bénéfice de cette autorisation.
	[4] Le massage sportif, de bien-être, de confort ou à but esthétique pratiqué sur une personne présumée en bonne santé ne relève pas de la présente loi.
Art. 126 Podologues	**Art. 126**
[1] Le podologue assure, dans la limite de ses compétences, les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs des pieds, de sa propre initiative ou sur délégation médicale.	[1] ~~Inchangé.~~ Le podologue assure, dans ~~la limite~~ son champ de ~~ses~~ compétences, les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs des pieds, de sa propre initiative ou sur délégation médicale.
[2] Il est en outre habilité à confectionner des appareillages et des semelles orthopédiques.	[2] Inchangé.
[3] Lorsqu'il soupçonne une affection médicale grave atteignant le pied, il adresse le patient à un médecin.	[3] Inchangé.
[4] Le podologue doit être porteur d'un titre admis conformément à l'accord	[4] Le podologue est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
intercantonal sur la reconnaissance des diplômes.	international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
5 Le podologue pratique à titre dépendant ou indépendant.	5 Inchangé.
Art. 127 Physiothérapeutes	**Art. 127**
1 Le physiothérapeute administre, sur prescription du médecin, du médecin-dentiste ou du chiropraticien des thérapies manuelles et des traitements mettant en oeuvre des agents physiques tels que mouvements, chaleur, électricité notamment. Il détermine de lui-même le traitement qu'il juge le mieux adapté au patient lorsque le médecin, le médecin-dentiste ou le chiropraticien ne l'a pas précisé.	1 Inchangé.
2 Lorsque le physiothérapeute dispense des soins à but préventif à des personnes présumées en bonne santé, la prescription médicale n'est pas requise.	2 Inchangé.
3 Le physiothérapeute exerce à titre dépendant ou indépendant.	3 Inchangé.
	4 Le physiothérapeute est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
Art. 129 Ambulanciers	**Art. 129**
1 L'activité de l'ambulancier consiste à :	1 L'activité de l'ambulancier consiste à :
a. prendre en charge et effectuer les transports primaires et secondaires de personnes, avec l'aide d'un équipier ;	a. assurer de façon autonome, dans les limites de ses compétences ou, pour les actes médico-délégués, sous l'autorité d'un médecin habilité, la prise en charge préhospitalière et le transport des patients nécessitant des soins,
b. évaluer ou apprécier, dans les limites de ses compétences, l'état physique et psychique des personnes prises en charge ;	b. inchangé,
c. prendre, dans les limites de ses compétences, les mesures propres à maintenir ou rétablir les fonctions vitales avant l'intervention du médecin ;	c. prendre, dans les limites de ses compétences, les mesures propres à maintenir ou rétablir les fonctions vitales,
d. utiliser les médicaments nécessaires à l'exercice de sa profession selon la liste fixée par le département, sur préavis de la CMSU.	d. utiliser les médicaments nécessaires à l'exercice de sa profession selon les algorithmes fixés par le département ou sur délégation d'un médecin.
2 L'ambulancier exerce sous sa propre responsabilité pour tout ce qui a trait aux techniques de sauvetage et aux soins de base préhospitaliers. Les interventions	2 L'ambulancier exerce sous sa propre responsabilité pour tout ce qui a trait aux techniques de sauvetage et aux soins préhospitaliers qui relèvent de sa compétence.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
médicales et les soins techniques nécessitent la supervision du médecin.	
3 L'ambulancier doit être porteur d'un titre admis selon le droit fédéral ou d'un titre jugé équivalent.	3 L'ambulancier est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
4 L'ambulancier pratique à titre dépendant ou indépendant.	4 Inchangé.
5 L'ambulancier n'est pas astreint à tenir le dossier de patient de l'article 87. Il doit établir une fiche d'intervention.	5 L'ambulancier n'est pas astreint à la tenue d'un dossier du patient. Il établit toutefois un rapport d'intervention. L'article 87 alinéa 5 de la présente loi s'applique par analogie.
6 Le Conseil d'Etat règle les modalités d'interventions et de transports.	6 Inchangé.
	Art. 129a) Techniciens ambulanciers
	1 L'activité du technicien ambulancier consiste à :
	a. collaborer avec l'ambulancier, dans les limites de ses compétences, à la prise en charge des patients en situation urgente ou non urgente,
	b. assurer de façon autonome avec un équipier chauffeur la prise en charge des patients pour des transferts interhospitaliers stables.
	2 Le technicien ambulancier pratique à titre dépendant.
	3 Le technicien ambulancier est titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.
	4 Le Conseil d'Etat règle les modalités d'intervention et de transport des patients.
Art. 134 Opticiens a) Rôle et compétences	**Art. 134**
1 Il existe deux catégories d'opticiens :	1 Il existe deux catégories d'opticiens :
a. l'opticien titulaire du diplôme fédéral de formation supérieure et qui est seul autorisé à pratiquer les travaux à risques tels que les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact ;	a. l'opticien titulaire du diplôme fédéral de formation supérieure (opticien diplômé) ou l'optométriste, seuls autorisés à pratiquer les travaux à risques tels que les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact,
b. l'opticien titulaire du certificat fédéral de capacité et dont l'activité consiste dans	b. l'opticien titulaire du certificat fédéral de capacité (opticien) et dont l'activité

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
la fabrication des lunettes.	consiste dans la fabrication des lunettes.
2 Les deux catégories d'opticiens peuvent pratiquer à titre dépendant ou indépendant au sens de l'article 135.	2 Les deux catégories d'opticiens peuvent pratiquer à titre dépendant ou indépendant. Ils sont détenteurs d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. L'étendue de l'activité autorisée dépend du type de titre.
3 Le département se prononce sur l'équivalence d'autres titres.	3 Abrogé.
	3bis La prescription de lunettes et lentilles de contact à des enfants de moins de 16 ans est du ressort exclusif de l'ophtalmologue.
4 Seuls l'opticien et l'opticien diplômé sont habilités à préparer les verres et les lentilles de contact destinés à une correction optique prédéterminée par un opticien diplômé ou un ophtalmologue.	4 Seuls l'opticien, l'opticien diplômé et l'optométriste sont habilités à préparer les verres et les lentilles de contact destinés à une correction optique prédéterminée par un opticien diplômé, un optométriste ou un ophtalmologue.
Art. 142 b) Conditions d'exploitation	**Art. 142** b) Inchangé.
1 L'installation et l'exploitation des drogueries sont subordonnées à l'autorisation du département.	1 La droguerie est exploitée sous la direction d'un droguiste diplômé, dit droguiste responsable, qui exerce personnellement et effectivement une surveillance sur l'activité qui y est déployée.
2 La droguerie doit être exploitée sous la direction d'un droguiste diplômé, dit droguiste responsable, qui doit exercer personnellement et effectivement une surveillance sur l'activité qui y est déployée.	2 L'installation et l'exploitation des drogueries sont subordonnées à l'autorisation du département.
3 Le droguiste diplômé ne peut diriger qu'une seule droguerie.	3 Le droguiste diplômé ne peut diriger qu'une seule droguerie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un autre droguiste.
4 L'autorisation d'exploiter est délivrée au droguiste responsable. Elle est personnelle et intransmissible.	4 Inchangé.
5 Lorsque le droguiste responsable n'est pas propriétaire de la droguerie, il doit bénéficier vis-à-vis du propriétaire de l'indépendance nécessaire pour assumer la direction et la responsabilité de la droguerie.	5 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
[6] L'article 196 est réservé.	[6] Abrogé.
Art. 143b Autorisation d'exploiter	**Art. 143b**
[1] L'exploitation d'une organisation de soins, quelle que soit son importance, est soumise à l'autorisation préalable du département.	[1] Inchangé.
	[2] Le contrôle et la surveillance des organisations de soins sont régis par la présente loi et ses règlements d'application, la législation sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi que les dispositions légales liées à la part du coût des soins financée par l'Etat.
Art. 143c Conditions d'exploitation	**Art. 143c**
[1] Les organisations de soins doivent respecter les conditions d'exploitation posées par la présente loi.	[1] Les organisations de soins respectent les conditions d'exploitation posées par la présente loi.
[2] Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions d'exploitation supplémentaires.	[2] Inchangé.
	[3] La publicité des organisations de soins est régie par les articles 82 et 150 de la présente loi par analogie.
	SECTION IV ORGANISATIONS DE PHYSIOTHERAPIE
	Art. 143i Conditions d'exploitation
	[1] L'organisation de physiothérapie est dirigée par un physiothérapeute au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.
	[2] Elle dispose:
	a. du personnel et des équipements nécessaires à la fourniture des traitements mentionnés à l'article 127,
	b. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires,
	c. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département.

Texte actuel

Art. 147 Conditions

[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter, le requérant doit démontrer que :

a. l'établissement est dirigé par un responsable d'exploitation répondant aux conditions énumérées à l'article 148 de la présente loi ;

b. l'établissement dispose d'un responsable médical (art. 149a) voire d'un responsable infirmier (art. 149b), ainsi que du personnel qualifié en nombre suffisant ;

b[bis] dans la mesure où il est autorisé à exploiter des services d'urgence ou de soins intensifs, l'établissement dispose d'un service de garde médicale adapté aux soins qu'il dispense et conforme aux exigences prévues par le règlement, en particulier d'un service apte à assurer une garde médicale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sous le responsabilité d'un médecin-chef ;

c. son organisation est adéquate et respecte les droits des patients au sens de la

Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux

SECTION V ORGANISATIONS DE DIETETIQUE

Art. 143j Conditions d'exploitation

[1] L'organisation de diététique est dirigée par un diététicien au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.

[2] Elle dispose:

a. du personnel et des équipements nécessaires à la fourniture des traitements mentionnés à l'article 130c,

b. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires,

c. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département.

Art. 147

[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter, le requérant doit démontrer que :

a. Inchangé,

b. Inchangé,

b[bis] Inchangé,

c. Inchangé,

d. Inchangé,

e. Inchangé,

f. Inchangé,

g. Inchangé,

h. l'établissement contribue, dans la mesure de ses capacités, à la relève dans les professions de la santé. Il s'assure en outre que ses employés satisfont à l'exigence de formation continue prévue par la législation sanitaire. Le département fixe les modalités.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
présente loi ;	
d. la localisation de l'établissement, ses accès sont adéquats et son environnement ne présente pas d'inconvénient au sens de la présente loi ;	
e. l'établissement dispose des locaux et de l'équipement nécessaire répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients ;	
f. l'établissement répond aux exigences de prévention et de lutte contre l'incendie et les éléments naturels ;	
g. une assurance responsabilité civile couvre ses activités.	
2 Le requérant qui répond aux conditions susmentionnées reçoit une autorisation d'exploiter un établissement sanitaire de la part du département.	2 Inchangé.
3 Le Conseil d'Etat règle les conditions d'octroi et d'exercice de l'autorisation.	3 Inchangé.
Art. 152 Définition	**Art. 152**
1 Sont considérées comme apparentées aux établissements sanitaires les institutions dans lesquelles des prestations à caractère médical sans effet thérapeutique direct ou des prescriptions d'hygiène préventive sont dispensées ou sont effectuées notamment les laboratoires d'analyses médicales humaines et vétérinaires ainsi que les instituts de radiologie.	1 Inchangé.
	2bis Les articles 145 à 151c s'appliquent par analogie aux établissements apparentés de droit privé.
3 Le Conseil d'Etat établit la liste des établissements apparentés.	3 Inchangé.
SECTION III ETABLISSEMENTS ET INSTITUTS SANITAIRES CANTONAUX	*SECTION III ETABLISSEMENTS ET INSTITUTS SANITAIRES CANTONAUX ET ETABLISSEMENTS SANITAIRES AUTONOMES DE DROIT PUBLIC*
Art. 155 Définition	**Art. 155 Etablissements et instituts sanitaires cantonaux**
1 Les établissements et instituts sanitaires cantonaux sont des établissements	1 Inchangé.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
sanitaires, au sens des articles 144 et 152, ainsi que des instituts scientifiques créés et exploités par l'Etat. Ils sont placés sous l'autorité du département.	
	Art. 155bis Etablissements sanitaires autonomes de droit public 1 Les dispositions relatives aux établissements sanitaires de droit privé s'appliquent par analogie aux établissements sanitaires autonomes de droit public. Les lois spéciales qui régissent le statut de ces derniers sont réservées.
Art. 183 Prise en charge des urgences préhospitalières	**Art. 183 Urgences préhospitalières** ~~a) Notion~~
1 Le Conseil d'Etat réglemente l'organisation et l'exploitation des services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières . Ces dernières sont gérées par une Centrale d'appels sanitaires d'urgence.	1 On entend par urgences préhospitalières les urgences somatiques, psychiatriques et sociales.
2 Il met en place un dispositif cantonal dont les modalités de fonctionnement sont fixées dans le règlement. L'Etat participe à son financement.	2 ~~Abrogé.~~ Le Conseil d'Etat réglemente l'organisation et l'exploitation des services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières. Ces dernières sont gérées par une Centrale d'appels sanitaires urgents. 3 Il met en place un dispositif cantonal dont les modalités de fonctionnement sont fixées dans un règlement. L'Etat participe à son financement. ~~**Art. 183a** b) Prise en charge~~ ~~1 Le Conseil d'Etat réglemente l'organisation et l'exploitation des services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières. Ces dernières sont gérées par une Centrale d'appels sanitaires urgents.~~ ~~2 Il met en place un dispositif cantonal dont les modalités de fonctionnement sont fixées dans un règlement. L'Etat participe à son financement.~~
Art. 191 Sanctions administratives	**Art. 191**
1 Lorsqu'une personne n'observe pas la présente loi ou ses dispositions d'application, lorsqu'elle a fait l'objet d'une condamnation pour un crime ou un délit, lorsqu'elle est convaincue d'immoralité ou de procédés frauduleux ou	1 Inchangé : a. Inchangé,

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
lorsqu'elle fait preuve dans l'exercice de sa profession de négligence, de résistance aux ordres de l'autorité ou d'incapacité, le département peut lui infliger les sanctions administratives suivantes :	
a. l'avertissement ;	b. Inchangé,
b. le blâme ;	c. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 20'000.-,
c. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.- ;	d. Inchangé,
d. la mise en place de conditions, la limitation, la suspension, le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation de pratiquer, d'exploiter ou de diriger ou encore le retrait de la qualité de responsable.	e. Inchangé,
e. la fermeture des locaux ;	f. Inchangé,
f. l'interdiction de pratiquer.	
	1bis En cas de violation du devoir de formation continue au sens de l'article 78a de la présente loi, seules peuvent être prononcées les sanctions visées à l'alinéa 1 lettres a à c.
2 Ces sanctions peuvent être cumulées.	2 Inchangé.
3 Sauf dans les cas où un avertissement est prononcé, le département peut publier la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire.	3 Sauf dans les cas où un avertissement est prononcé, le département peut publier la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire ou la communiquer aux autorités sanitaires d'autres cantons, à des organismes chargés d'appliquer la législation sur l'assurance-maladie obligatoire ou à d'autres tiers concernés lorsqu'un intérêt public ou privé prépondérant l'exige.
	3bis Un tel intérêt est présumé lorsque la communication est destinée à une commission ad hoc de l'association professionnelle dont la personne sanctionnée est membre.
4 Les compétences de la Commission d'examen des plaintes, figurant à l'article 15d, alinéa 4, lettre c de la présente loi sont réservées.	4 Inchangé.
	5 Le département en charge des affaires vétérinaires est compétent lorsque les mesures

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
	ont trait à l'exercice de la médecine vétérinaire conformément à l'article 5a de la présente loi.
Art. 191a Mesures provisionnelles	**Art. 191a**
1 En cas d'urgence, le département peut en tout temps prendre les mesures propres à prévenir ou faire cesser un état de fait contraire à la présente loi ou menaçant la sécurité des patients ou le respect de leurs droits fondamentaux. Il peut notamment suspendre ou retirer provisoirement à son titulaire une autorisation de pratiquer, de diriger ou d'exploiter ou la qualité de responsable.	1 Inchangé.
2 Lorsqu'une telle mesure est prise à l'encontre d'un établissement sanitaire, l'organe compétent de ce dernier dispose d'un délai d'un mois pour remplacer le titulaire de l'autorisation d'exploiter, de diriger ou le responsable. A défaut le département désigne un responsable.	2 Inchangé.
3 En cas de besoin, le département peut requérir l'intervention de la force publique.	3 Inchangé.
	4 Lorsque la situation l'exige, le département publie la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire, ou la communique aux autorités sanitaires d'autres cantons, à des organismes chargés d'appliquer la législation sur l'assurance-maladie obligatoire ou à d'autres tiers concernés lorsqu'un intérêt public ou privé prépondérant l'exige.
	5 Un tel intérêt est présumé lorsque la communication est destinée à une commission ad hoc de l'association professionnelle dont la personne sanctionnée est membre.
	6 Le département en charge des affaires vétérinaires est compétent lorsque les mesures ont trait à l'exercice de la médecine vétérinaire conformément à l'article 5a de la présente loi.
	Art. 199b Disposition transitoire de la loi du XX.XX.XXXX
	1 Les pharmaciens assistants agréés par le département selon l'article 93 alinéa 3 dans sa version au 1er janvier 2015, restent au bénéfice de cet agrément et peuvent exercer sous la supervision d'un pharmacien autorisé à pratiquer.

Texte actuel	Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux
	Art. 2 [1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 14 décembre 2016.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

FÉVRIER 2017 **334**

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET

ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil

et

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

sur le postulat de M. Jean-Michel Dolivo et consorts au nom du groupe AGT " pour une assurance cantonale prenant en charge les soins dentaires de base et la mise en place de policliniques dentaires régionales dans le canton " (10_POS_188)

1 INTRODUCTION

1.1 Rappel de l'initiative

L'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" est rédigée de toutes pièces ; elle propose d'introduire dans la Constitution du 14 avril 2003 du canton de Vaud (Cst-VD RSV 101.01) un article 65b (nouveau) ayant la teneur suivante :

Art. 65b Soins dentaires

[1] *L'Etat met en place une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire.*

[2] *Il met en place un réseau de policliniques dentaires régionales.*

[3] *Le financement de l'assurance des soins dentaires de base est assuré, pour les personnes cotisant à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) par un prélèvement analogue à celui de l'AVS et, pour les autres, par la politique sanitaire cantonale."*

En sa séance du 28 août 2013, le Conseil d'Etat a formellement validé le contenu de l'initiative, rendant ainsi possible la récolte des signatures (art. 90a de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques ; LEDP, RSV 160.01).

En l'espèce, le lancement officiel de la récolte des signatures a débuté en mars 2014. Initialement lancée par le POP et solidaritéS, ce sont en outre plusieurs organisations et partis politiques qui ont participé à la phase de récolte des signatures, parmi lesquelles La Gauche, le Mouvement populaire des familles, UNIA Vaud, le SSP Vaud, l'USV, L'autre syndicat, SUD, le Parti socialiste vaudois, Les Verts, et l'Avivo Vaud et Lausanne.

Déposée le 22 juillet 2014 auprès de la Chancellerie, l'initiative a formellement abouti avec 15'263 signatures valables. En sa séance du 20 août 2014, le Conseil d'Etat a officiellement transmis l'initiative au Grand Conseil.

1.2 Procédure

Conformément à la Constitution vaudoise (art. 78 à 82 Cst-VD), et à la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (art. 100 et 103b LEDP), cette initiative est désormais en mains du Grand Conseil qui peut :

- soit l'accepter ou la rejeter telle quelle, dans ce cas, s'agissant d'une initiative constitutionnelle, le vote du peuple – obligatoire – doit intervenir dans un délai de 2 ans suivant le dépôt, soit au plus tard le 22 juillet 2016.
- soit lui opposer un contre-projet avec la faculté, dans ce cas, de prolonger d'un an le délai ci-dessus, soit au 22 juillet 2017.

Un retrait de l'initiative est légalement possible : le cas échéant, le comité d'initiative devra en décider jusqu'au trentième jour suivant la publication du décret ordonnant la convocation des électeurs (art. 98 LEDP). En cas de retrait d'une initiative à laquelle un contre-projet a été opposé, le Grand Conseil précise dans le décret ordonnant la convocation des électeurs si le contre-projet est soumis au vote du peuple ou s'il devient caduc (art. 98a al. 2 LEDP).

1.3 Décret prolongeant d'un an le délai pour soumettre au vote populaire l'initiative

Dans sa séance du 25 mai 2016, le Conseil d'Etat a adopté l'exposé des motifs et projet de décret prolongeant d'un an le délai pour soumettre au vote populaire l'initiative "Pour le remboursement des soins dentaires" (EMPD 303). Le Conseil d'Etat a alors pris la décision d'opposer un contre-projet à l'initiative. Dans cette perspective, il a donc présenté au Grand Conseil le projet de décret en prolongation d'un an du délai pour soumettre en votation le texte en question. Ce délai était demandé pour permettre au Conseil d'Etat de finaliser l'ensemble des travaux en cours lors du 2e semestre de 2016 et de proposer un projet consolidé au Grand Conseil pour le 1er semestre 2017.

L'EMPD ayant été transmis au Grand Conseil, la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) s'est réunie le 24 juin 2016 pour examiner cet objet. A cette occasion, la CTSAP a auditionné deux acteurs concernés par l'initiative populaire en leur demandant de concentrer leur intervention sur la question du report du délai et non sur le fond de l'initiative : M. Jean-Michel Dolivo, en tant que représentant du Comité d'initiative, a affiché son opposition à la prolongation demandée ; les représentants de la Société suisse des médecins-dentistes – section Vaud (SSO-VD) se sont montrés favorables à la prolongation du délai. Dans son rapport du 31 août 2016, la CTSAP a recommandé au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret, cela à l'unanimité des membres présents.

Suite à cela, le Grand Conseil a, dans sa séance du 20 septembre 2016, adopté le décret prolongeant d'un an le délai pour soumettre au vote populaire l'initiative "Pour le remboursement des soins dentaires" (unanimité moins quelques abstentions).

Par cette décision, le Grand Conseil a dès lors accepté de prolonger le délai pour la votation sur l'initiative d'un an et, par-là, accepté la proposition du Conseil d'Etat d'élaborer un contre-projet direct à l'initiative.

Le délai initial au 22 juillet 2016 pour la votation de l'initiative est par conséquent prolongé jusqu'au 22 juillet 2017.

Par le présent EMPD, le Conseil d'Etat présente ainsi ce contre-projet sous forme d'un nouvel article 65b de la Constitution vaudoise.

Dans la section suivante, le Conseil d'Etat exprime sa position concernant le projet d'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" ainsi que les motifs en faveur d'un contre-projet constitutionnel à l'initiative.

2 POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat est partagé quant au projet contenu dans l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires". D'un côté, une assurance cantonale obligatoire pourrait constituer une solution pour un accès plus large et plus équitable de la population aux soins dentaires. De l'autre côté, le Conseil d'Etat émet des doutes quant aux chances de succès et de soutien politique d'un tel projet, cela eu égard au fait que des aspects essentiels de l'initiative ne manqueront pas de susciter de fortes oppositions.

En effet, l'initiative prévoit un système de financement qui impliquerait des coûts importants pour l'Etat, l'économie et les salarié-e-s. Si la teneur de l'article constitutionnel proposé ne précise pas le taux de prélèvement prévu, les déclarations faites par les initiant-e-s à l'occasion de la récolte des signatures en 2014 ont pu faire état d'un montant oscillant entre 0.5% et 1% de prélèvement paritaire sur les salaires, ce qui représenterait un prélèvement de 140 à 283 millions sur la masse salariale vaudoise de 2014 (28.3 milliards CHF). En outre, au niveau du budget de l'Etat, la politique sanitaire cantonale se verrait sollicitée pour garantir une participation financière permettant une couverture d'assurance aux personnes ne cotisant pas à l'AVS. En sa qualité d'employeur, l'Etat devrait aussi verser env. 20 mios CHF de cotisation à l'assurance obligatoire dans l'hypothèse où un taux de cotisation paritaire de 1% serait retenu (estimation faite à partir d'une masse salariale actuelle de l'Etat d'env. 4 milliards CHF, périmètre large c'est-à-dire incluant le CHUV, l'UNIL, les HES, etc.). En dehors de ces coûts, le principe même d'obligation d'assurance pour les soins dentaires apparaît contesté, en premier lieu par les instances représentant le secteur professionnel des médecins-dentiste.

Sur le fond, le Conseil d'Etat émet deux réserves sur l'initiative. D'une part, de par son principe d'assurance obligatoire universelle pour toute la population, l'initiative peut sembler insuffisamment ciblée sur les catégories les plus à risques. Or, les réflexions et les travaux conduits jusqu'ici indiquent plutôt que les pathologies bucco-dentaires et le renoncement aux soins dentaires sont des phénomènes qui, certes, s'avèrent problématiques et auxquels il convient d'apporter des solutions, mais qui ne se retrouvent pas nécessairement avec la même intensité dans tous les groupes de la population. D'après les spécialistes, une grande partie des problèmes bucco-dentaires tendent désormais à se concentrer dans certaines catégories de la population en situation de vulnérabilité socio-économique et/ou de fragilisation sur le plan socio-sanitaire. D'autre part, le projet d'initiative prévoit un dispositif de prévention en santé bucco-dentaire ainsi que la mise en place de policliniques dentaires régionales, un dispositif qui ressortirait uniquement de la compétence de l'Etat. Cette centralisation de la prévention ne convainc pas totalement le Conseil d'Etat : d'une part, elle pourrait conduire à supprimer toute compétence en la matière aux communes, à qui il incombe actuellement pourtant une part substantielle de responsabilité dans le domaine de la prévention en santé bucco-dentaire, essentiellement dans le domaine scolaire ; d'autre part, les coûts de mise en place de policliniques dentaires régionales sur l'ensemble du territoire cantonal incomberaient au canton, avec les coûts afférents à une telle obligation constitutionnelle.

Malgré les réserves évoquées ci-dessus, le Conseil d'Etat tient à préciser qu'il partage l'objectif général des initiant-e-s consistant à améliorer la santé bucco-dentaire de la population et à permettre un accès plus équitable et de qualité dans le canton de Vaud.

En outre, les réflexions menées et les différents travaux conduits sous l'égide du DSAS ces dernières années (cf. ch. 3.1 du présent EMPD) démontrent que le dispositif actuel en matière de santé bucco-dentaire ne donne pas entière satisfaction et qu'il nécessite d'être revu s'agissant de l'intensité des efforts de prévention – lesquels doivent être renforcés - de l'efficacité du dispositif actuel de dépistage dentaire en milieu scolaire - lequel mérite d'être revu - tout comme des importantes inégalités géographiques et sociales dans l'accès aux soins dentaires des enfants et des jeunes

habitant-e-s du canton de Vaud, lesquelles subsistent et nécessitent donc d'être combattues par de nouvelles mesures.

Le renoncement aux soins dentaires étant une réalité dans le canton de Vaud y compris au sein de la population adulte, tout comme l'existence d'un certain nombre de lacunes dans le dispositif, le gouvernement reconnaît la nécessité d'agir et de prendre un certain nombre de mesures dans le domaine de la santé bucco-dentaire. C'est pourquoi il souhaite, en réponse aux interventions parlementaires Dolivo et Hurni tout comme à l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires", proposer de nouveaux axes généraux pour la politique publique cantonale en santé bucco-dentaire.

Les interventions parlementaires précitées puis l'initiative populaire déposée en 2014 soulèvent effectivement un enjeu majeur de santé publique, qui constitue d'ailleurs un sujet de préoccupation important pour la population vaudoise. L'initiative aborde une problématique cruciale mais elle propose un dispositif dont on peut douter des chances de succès. Le Conseil d'Etat est donc d'avis qu'un véritable choix démocratique devrait être donné à la population afin qu'elle puisse se prononcer sur un projet alternatif capable de remédier aux problèmes actuels tout en présentant de meilleures chances de succès que l'initiative.

Dès lors, le Conseil d'Etat a décidé d'élaborer un contre-projet direct de rang constitutionnel à l'initiative.

A cet effet, il juge légitime de proposer au Grand Conseil, et cas échéant à la population vaudoise, un contre-projet direct qui visera à atteindre des buts similaires mais par des moyens plus ciblés, d'un coût inférieur pour l'Etat, l'économie et les salarié-e-s et mettant l'accent sur la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire dans une optique de partenariat entre l'Etat, les communes et les associations professionnelles concernées. Ce contre-projet se caractérise par le fait qu'il prévoit de concentrer les efforts sur les groupes et les situations à risque de renoncement au travers d'axes généraux et des mesures ciblées. Les axes généraux proposés sont décrits plus en détail dans la section 3 du présent EMPD.

De plus, le Conseil d'Etat estime nécessaire que les citoyen-ne-s vaudois-e-s puissent choisir entre deux projets de même rang normatif. Une telle manière de faire permettra un débat et une discussion au niveau des principes généraux que le peuple souhaiterait, cas échéant, voir s'appliquer ou non par la suite. Cet article constitutionnel, qu'il s'agisse au final de la version proposée par l'initiative ou celle des autorités, aura l'avantage de définir quelle doit être la base constitutionnelle générale de la politique de santé bucco-dentaire.

Le Conseil d'Etat suggère donc au Grand Conseil d'accepter le contre-projet et de recommander aux électeurs d'en faire de même. Concernant le traitement de l'initiative, dans la mesure où le contre-projet amène une amélioration substantielle, concrète et sensiblement plus rapide que l'initiative, le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil à rejeter l'initiative en lui préférant le contre-projet et à adresser une recommandation de vote en ce sens au peuple pour la votation populaire.

Pour le surplus, l'article 3 du projet de décret fixe qu'en cas d'éventuel retrait de l'initiative, le contre-projet sera maintenu et soumis seul au vote. En effet, dans la mesure où les autorités publiques cantonales ont jugé nécessaire d'améliorer la politique publique en matière de santé bucco-dentaire, le contre-projet se justifie même en l'absence de l'initiative.

Simultanément avec le présent EMPD sur la convocation des électeurs sur l'initiative et le contre-projet direct du Conseil d'Etat, le Gouvernement présente au Parlement un projet de loi qui décline et concrétise la politique de santé bucco-dentaire consacrée dans le contre-projet direct.

3 ELABORATION ET CONTENU DU CONTRE-PROJET CONSTITUTIONNEL

3.1 Genèse du contre-projet

A divers niveaux, plusieurs démarches ont été entreprises ces dernières années dans le but d'améliorer la politique de la santé bucco-dentaire dans le canton :

- Les interventions parlementaires Dolivo et Hurni ; il est répondu au postulat Dolivo dans le chapitre 4 ci-dessous ;
- Un rapport de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), présenté en 2013 sur mandat du DSAS, qui a fait un état des lieux de la santé bucco-dentaire des jeunes de 0 à 18 ans et du dispositif vaudois de la santé bucco-dentaire des jeunes ; ce rapport a identifié certaines lacunes dans le dispositif et formulé un certain nombre de recommandations pour améliorer le dispositif de prise en charge (joint en annexe) ;
- Le dépôt de l'initiative populaire "Pour un remboursement des soins dentaires" en juillet 2014 ;
- La consultation publique organisée par le DSAS, de juin à août 2014, sur un premier avant-projet de loi présentant des pistes pour améliorer la santé bucco-dentaire et la prise en charge des soins dentaires des jeunes habitant-e-s du canton de Vaud ; cette consultation était concomitante à l'initiative précitée ;
- Des travaux d'un Comité de pilotage (CoPil) du DSAS entre 2014 et 2016 qui rassemblait en son sein des représentants de l'Etat et des experts du domaine ; ces travaux ainsi que d'autres réflexions complémentaires ont abouti à un avant-projet de loi que le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil en parallèle au présent EMPD.
- Etude commandée par le DSAS à l'institut de sondage M.I.S Trend en août 2016 sur le taux de couverture assécurologique des enfants dans le canton de Vaud intitulé "Etude auprès des familles vaudoises sur la couverture des soins dentaires".

Le contre-projet d'article constitutionnel présenté ci-après découle des réflexions que le Conseil d'Etat a menées en réaction à ces démarches et aux analyses conduites.

En effet, comme évoqué précédemment, le Conseil d'Etat est convaincu de la nécessité de prendre des mesures suite aux constats établis ces dernières années en matière de santé bucco-dentaire, tout en considérant que le projet d'initiative ne constitue pas le moyen adéquat pour remédier aux problèmes dans ce domaine et aux lacunes identifiées dans le dispositif existant.

3.2 Contenu du contre-projet

Tenant compte des éléments qui précèdent, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil un contre-projet constitutionnel qui a la teneur suivante :

Art. 65b (nouveau) Santé bucco-dentaire

[1] *L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes :*

a. *assurer une promotion et une prévention efficientes en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaires ;*

b. *promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers et par un accès aux soins dentaires.*

[2] *Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des enfants, des jeunes, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables.*

[3]*L'Etat prévoit des aides financières sous condition, couvrant les frais des traitements dentaires.*

[4]*L'Etat peut promouvoir la couverture assécurologique des enfants.*

Ce contre-projet s'articule ainsi sur plusieurs axes dont le contenu principal et la direction générale sont explicités dans les sections suivantes.

3.2.1 Promotion et prévention en santé bucco-dentaire (art. 65b, alinéa 1, lettre a))

Un certain nombre de lacunes, par exemple au niveau de l'offre d'éducation en milieu scolaire, a été mis en exergue notamment par l'IUMSP (offre limitée à la scolarité obligatoire et disponible dans un nombre restreint de communes). Une harmonisation des pratiques à l'échelle du canton et une adaptation du contenu de l'éducation à la santé dentaire aux besoins spécifiques de la population ont été recommandées, ainsi que des mesures de promotion de la santé bucco-dentaire ciblées et suffisamment précoces en faveur des populations à risque.

En suivant une optique de trajectoire de vie et de besoin d'une prévention et de détection précoces, les mesures suivantes ont été mises en exergue :

- information en santé bucco-dentaire auprès des femmes enceintes ;
- messages de prévention via les pédiatres et infirmières petite enfance ;
- développement de la prévention dans les structures préscolaires (crèches, garderies), encouragement de pratiques saines d'hygiène bucco-dentaire ;
- création d'un lien précoce entre l'enfant et un médecin-dentiste pour réduire le risque de caries et les coûts engendrés ainsi que la "peur" du dentiste ;
- l'identification des personnes à haut risque carieux par des personnes-ressources au sein de certaines communautés, notamment en recourant à la médiation interculturelle, et à l'accompagnement des familles concernées. Un contrôle de la santé bucco-dentaire d'entourage est mené pour toute personne à haut risque carieux confirmé (comme pour certaines maladies transmissibles) ;
- maintien de la prophylaxie bucco-dentaire au sein de l'école obligatoire.

Les travaux du Comité de pilotage sur la santé bucco-dentaire ont de plus permis d'identifier d'autres groupes de la population pour lesquels un renforcement de la promotion et de la prévention en santé bucco-dentaire sont nécessaires, à savoir :

- les personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux (EMS) et des homes non médicalisés (HNM) ;
- les personnes ayant atteint l'âge AVS et suivies par une organisation de soins à domicile ;
- les personnes hébergées dans des établissements socio-éducatifs (ESE) ou psycho-sociaux (EPS).

En effet, les personnes à partir d'un certain âge deviennent à nouveau un groupe plus vulnérable que la moyenne de la population adulte, et cela de manière croissante à mesure que l'âge avance. Ainsi, les personnes âgées présentent fréquemment un état bucco-dentaire altéré caractérisé par de multiples pathologies comme la carie et la maladie parodontale, un taux élevé d'édentement ou des problèmes d'hygiène. De plus, les risques et les impacts d'un état bucco-dentaire dégradé sur la santé générale des personnes âgées sont aujourd'hui clairement établis à l'instar de la dénutrition, des maladies cardiovasculaires, des infections respiratoires ou une dégradation générale de la qualité de vie.

De même, le CoPil a recommandé d'intégrer au projet le milieu du handicap (mental, psychique, polyhandicap, physique), au sein duquel la santé bucco-dentaire constitue une préoccupation importante et à laquelle il convient de répondre.

Enfin, les problèmes bucco-dentaires, des personnes âgées en particulier, influencent directement et indirectement les coûts de la santé, lesquels continueront d'augmenter pour ces types de soins si aucune mesure préventive supplémentaire ne devait être prise dans les prochaines années.

Sur la base de l'article constitutionnel et plus particulièrement de son alinéa 1, lettre a), qui constitue un mandat clair pour assurer la promotion et la prévention en la matière, les mesures préconisées pourront être prises et se traduire notamment par des programmes d'information mis en place par l'Etat, en partenariat avec les communes, les associations professionnelles concernées et par un renforcement de la formation en santé bucco-dentaire des professionnels s'occupant des groupes cibles.

Il est à noter que l'initiative se contente de mentionner la prévention en santé bucco-dentaire comme une tâche qui devrait incomber à l'Etat uniquement (alinéa 1 de l'initiative). Comme évoqué précédemment (cf. ch. 2), cette centralisation de la prévention ne convainc pas totalement le Conseil d'Etat : d'une part, elle pourrait conduire à supprimer toute compétence en la matière aux communes ; d'autre part, les coûts de mise en place de policliniques dentaires régionales sur l'ensemble du territoire cantonal incomberaient au canton, avec les coûts afférents à une telle obligation constitutionnelle.

Le contre-projet constitutionnel du Conseil d'Etat repose quant à lui sur une logique qui met l'accent sur la collaboration et le partenariat entre l'Etat, les communes et les associations et secteurs professionnels concernés, ce qui semble plus adéquat tenant compte du fonctionnement actuel du domaine de la santé publique et des moyens disponibles.

3.2.2 Facilitation de la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et examens (art. 65b, alinéa 1, lettre b))

Les analyses précitées ont montré que des examens réguliers, en particulier dans les phases de vie qui nécessitent un suivi et une protection accrus, favorisent la santé bucco-dentaire. Par rapport aux enfants en âge scolaire en particulier, l'analyse de l'IUMSP des conditions effectives du dépistage dentaire scolaire montre les limites de l'actuel système de dépistage au niveau du suivi médico-dentaire. Ce dépistage, obligatoire et annuel, s'effectue principalement à l'école par le biais d'une visite du médecin-dentiste scolaire dans la classe, parfois au cabinet dentaire du médecin-dentiste scolaire ou encore directement à la clinique dentaire scolaire lorsqu'elle existe, voire dans une caravane dentaire itinérante. Les lacunes identifiées sont le temps limité, le matériel et les infrastructures parfois insuffisants, l'absence de dossiers dentaires individuels, la confusion chez certains parents entre dépistage et contrôle conduisant à renoncer à un examen annuel, les frustrations des médecins-dentistes scolaires face aux bouches multi-cariées observées dans le dépistage d'une année à l'autre, ou encore les divergences entre dépistage positif et examen négatif ou l'inverse. En dehors de ce dépistage gratuit en milieu scolaire, la responsabilité d'effectuer des examens dentaires réguliers avant, pendant et après la scolarité obligatoire incombe essentiellement aux parents, respectivement aux jeunes adultes. En outre, le rapport encourage un suivi médico-dentaire de la femme enceinte et des enfants en âge préscolaire.

D'autres groupes de la population sont également concernés par les mesures de suivi médico-dentaire. Il s'agit des mêmes groupes déjà visés au titre de la promotion et de la prévention sous chiffre 3.2.1 ci-avant, à savoir les personnes âgées et hébergées ou bénéficiant de soins à domicile dont la fréquence et la gravité de la carie dentaire et de la maladie parodontale augmentent avec l'âge, et les personnes en situation de handicap. Une meilleure prévention devrait par conséquent aussi passer par un dépistage et une détection précoce des problématiques bucco-dentaires, en particulier dans le cadre d'une approche générale de santé publique visant à prévenir l'émergence du déclin fonctionnel chez ces personnes.

Au vu des constats émanant des travaux préparatoires et de la consultation de 2014, une disposition

constitutionnelle qui met en avant le mandat de promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire, comme le propose l'article 65b, alinéa 1, lettre b) du contre-projet, permettrait d'améliorer sensiblement le dispositif de contrôle et de suivi de ces groupes de la population. La législation d'application devra préciser cet axe et les mesures concrètes.

Pour sa part, l'initiative ne contient pas de mandat spécifique dans ce sens, en se limitant à attribuer à l'Etat la tâche de la prévention.

3.2.3 Populations visées (art. 65b, alinéa 2)

Comme déjà exposé, certains groupes de la population nécessitent une attention particulière et renforcée en termes de promotion, de prévention et de prise en charge en matière bucco-dentaire. Les travaux menés ont confirmé que l'information et l'accès aux soins dentaires pour ces personnes vulnérables est souvent difficile. On pense notamment aux enfants et, parmi eux, en particulier à ceux qui présentent des hauts risques carieux, tout comme aux personnes atteintes dans leur santé physique et psychique par leur âge et/ou leur handicap. Pour ces dernières, de multiples facteurs rendent l'accessibilité plus difficile, telles que des difficultés individuelles de la personne en lien avec sa santé physique ou psychique, des difficultés d'accéder aux soins dentaires par manque d'offre, notamment en institution, mais aussi un renoncement aux soins bucco-dentaires pour des raisons économiques.

Le principe de prévention et de détection précoces des situations à risque doit donc prévaloir pour ces catégories de personnes, en particulier pour les enfants lors de la période préscolaire et scolaire, pour les personnes suivies par le biais des soins à domicile ou hébergées en EMS ou en établissement socio-éducatif ou psycho-social.

Dès lors, le Conseil d'Etat propose que l'alinéa 2 de l'article 65b du contre-projet mette clairement en évidence la priorité d'une mise en œuvre des mesures définies à l'alinéa 1 pour ces catégories de personnes. Il estime que cette priorisation de certains groupes de la population s'avérera efficace pour atteindre les buts fixés d'une amélioration de la santé bucco-dentaire et d'un meilleur accès aux soins dentaires pour la population et efficiente du point de vue des ressources.

3.2.4 Prise en charge financière des frais de traitement dentaire (art. 65b, alinéa 3)

Les principales sources de subsides aux soins dentaires passent actuellement par les régimes sociaux cantonaux que sont le revenu d'insertion (RI), les prestations complémentaires pour les familles (PC familles) ainsi que par les prestations complémentaires AVS/AI (PC AVS/AI).

Certes, pour les familles dont le niveau de revenus ne donne pas droit à une des aides mentionnées ci-dessus, des aides peuvent exister sur le plan communal. Néanmoins, et comme constaté par l'IUMSP dans son rapport de 2013, l'offre actuelle de subsides communaux pour les soins dentaires n'est ni suffisante ni adéquate car elle n'est proposée que dans une minorité de communes. En outre, lorsque des subventions existent, les critères d'octroi et l'étendue des prestations couvertes varient fortement. En particulier, l'insuffisance de couverture financière des soins dentaires par les communes a été relevée s'agissant des groupes à risque de la population, à savoir les enfants dont le statut socio-économique des parents expose à des risques de précarité ou de renoncement aux soins dentaires : "*entre 30 et 50% des familles se trouvant dans ces situations ont droit à une aide communale pour les soins dentaires de leurs enfants. Ces aides correspondent à des taux de participation aux frais dentaires variables selon les communes et les situations considérées, mais oscillant entre 25 et 33%*" (rapport IUMSP 2013 : 8).

Afin de permettre une meilleure continuité entre les examens bucco-dentaires et les soins ainsi que dans le but de réduire les disparités économiques et régionales dans l'accès aux soins, l'IUMSP recommande l'élargissement des subsides aux soins dentaires à des revenus plus élevés et couvrant les jeunes de la naissance à la majorité ainsi que l'harmonisation des pratiques en matière de subsides à

l’échelle cantonale.

Le Conseil d’Etat soutient cette recommandation qui a trouvé un écho majoritairement favorable dans le cadre de la consultation (stratégie de réduction de l’effet de seuil financier qui joue un rôle dans le renoncement aux soins dentaires) et positif auprès du CoPil.

C’est la raison pour laquelle le Conseil d’Etat propose que l’article 65b, alinéa 3 du contre-projet constitue la base constitutionnelle pour une aide financière cantonale aux soins dentaires, qui permettra une harmonisation de l’aide au niveau cantonal et un mandat clair pour mettre en place un tel dispositif. Toutefois, à la différence de l’initiative, des jalons sont fixés, à savoir des aides octroyées sous certaines conditions selon les catégories concernées : la possibilité d'un remboursement partiel des soins dentaires ordinaires pour l'ensemble des enfants et des jeunes, sur la base d'un taux de remboursement uniforme ; pour les personnes adultes, la possibilité d'octroyer des aides financières en cas de frais dentaires importants, mais sous condition de ressources (al. 3 du contre-projet).

Les modalités de cette aide financière élargie par rapport à l’état actuel seront à définir par la législation d’application. Les travaux déjà effectués à ce sujet ont mené le Conseil d’Etat à donner la préférence à certaines options qui sont les suivantes (cf. Titre V du projet de loi présenté simultanément au présent EMPD par le Conseil d’Etat) :

- pour tous les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans, une extension de la prise en charge des coûts par un remboursement de la moitié des frais découlant de soins dentaires ordinaires ; ce remboursement sera octroyé subsidiairement aux régimes sociaux fédéraux ou cantonaux en vigueur et aux assurances privées ;
- la couverture des soins prophylactiques et thérapeutiques de base, sans les traitements orthodontiques non couverts par les assurances sociales fédérales ;
- pour toutes les personnes adultes, la possibilité d'un remboursement partiel des frais de soins dentaires ordinaires importants dès lors que ces frais dépasseraient un certain seuil de coûts (franchise), ce seuil devant être fixé en proportion de la capacité contributive de la personne concernée. Le projet de loi fixe une franchise au-delà de laquelle les frais de soins seraient pris en charge par le canton, avec une limite maximale de prise en charge à fixer par le Conseil d’Etat. Le Conseil d'Etat imagine ainsi un appui financier ciblé sur des traitements générant des coûts jugés trop importants au vu des revenus nets des personnes concernées.

La base constitutionnelle proposée permettra d'atteindre un des objectifs essentiels posés par le Conseil d’Etat, à savoir de réduire considérablement la barrière économique dans l'accès aux soins, notamment pour les enfants et les jeunes et pour les adultes issus de ménages aux revenus modestes ou de la classe moyenne mais qui ne peuvent actuellement prétendre à aucun soutien financier dès lors qu'ils ne sont pas bénéficiaires des régimes sociaux. De plus, une telle mesure réduirait aussi les disparités géographiques dans l'accès aux aides puisqu'une prestation harmonisée à l'échelle cantonale est introduite. Enfin, cette mesure garantirait un meilleur accès aux soins pour les futures catégories de bénéficiaires, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population enfantine et jeune du canton de Vaud en général.

Cette nouvelle norme constitutionnelle permettrait aussi d’inclure dans ces remboursements de soins dentaires les autres groupes de personnes évoqués plus haut, notamment les personnes âgées et en situation de handicap. Les principales sources de subsides aux soins dentaires pour ces personnes se fondent actuellement sur les régimes sociaux, en grande partie par le biais des PC AVS/AI. Pour les futurs bénéficiaires, cette mesure présenterait l'avantage de renforcer la continuité entre les actes de dépistages et d'examens bucco-dentaires qui seront effectués et de potentiels soins prophylactiques et/ou thérapeutiques. Au vu des taux de couverture financière actuelle des personnes âgées et des

personnes handicapées précitées, c'est principalement pour les personnes en âge AVS suivies par le biais des soins à domicile qu'une telle mesure déploierait le plus d'effets bénéfiques attendus en termes de réduction de la barrière économique d'accès aux soins et de retardement de l'hébergement en institution, vu le taux de couverture actuel relativement bas (20%) pour ces personnes.

3.2.5 Promotion de la couverture assécurologique des enfants (art. 65b, alinéa 4)

Un élément important qui favorise le suivi médical de l'état bucco-dentaire des enfants et des jeunes est le fait qu'ils soient assurés par une assurance dentaire. Le taux de couverture des enfants assurés étant une information difficile à obtenir, le DSAS a décidé de commander une enquête réalisée par M.I.S Trend en août 2016. Cette enquête téléphonique a relevé un taux de couverture pour les soins de caries d'env. 45% parmi les enfants de 0-18 ans du canton de Vaud (la couverture serait de 60% pour les moins de 10 ans, de 41% pour les 11-15 ans, 32% pour les 16-18 ans). L'érosion du taux de couverture se poursuit ensuite à l'âge adulte, puisqu'il s'élèverait à 12% de la population adulte interrogée. D'après la même étude, les raisons invoquées par les foyers n'ayant pas de couverture d'assurance sont en tout premier lieu la question financière (34%), puis le fait de ne pas en avoir besoin (25%), mais aussi le fait de ne pas y avoir pensé (20%) ou que personne ne leur a proposé (16%). La barrière financière d'accès à un produit d'assurance pour l'enfant constitue donc le problème principal auquel sont confrontés les ménages avec enfants, sans exclure l'intérêt d'une information ciblée aux parents quant aux bénéfices d'une assurance précoce des enfants.

Par conséquent, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il faut viser une couverture assécurologique plus large des enfants s'agissant des soins dentaires. Concrètement, il est proposé que l'alinéa 4 donne une compétence à l'Etat de promouvoir la couverture d'assurance des enfants dans ce domaine, par des moyens spécifiques que la législation d'application précisera. L'objectif principal consistera à atteindre les familles dont les enfants sont actuellement dépourvus d'une assurance dentaire. Les moyens que le Conseil d'Etat envisage à ce sujet sont la sensibilisation et l'information précoce des parents dont les enfants ne sont pas assurés (incitation par l'information) et également une participation forfaitaire aux premières primes d'assurance dentaire pour tous les enfants pour autant qu'ils aient été assurés dès leur première année de vie par leurs parents (incitation économique). La couverture pourrait alors se faire sur la base d'un cahier des charges agréé par le Conseil d'Etat.

Comparé au projet d'initiative basé sur une logique d'assurance obligatoire universelle, le Conseil d'Etat estime que les moyens qu'il envisage seraient moins onéreux et, de par leur nature précoce et ciblée, particulièrement adéquats pour atteindre le but d'une meilleure couverture assécurologique de la population enfantine et jeune du canton de Vaud.

4 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL SUR LE POSTULAT DE M. LE DÉPUTÉ JEAN-MICHEL DOLIVO ET CONSORTS AU NOM DU GROUPE AGT " POUR UNE ASSURANCE CANTONALE PRENANT EN CHARGE LES SOINS DENTAIRES DE BASE ET LA MISE EN PLACE DE POLICLINIQUES DENTAIRES RÉGIONALES DANS LE CANTON " (10_POS_188)

4.1 Rappel du postulat

Selon l'Office fédéral de la statistique (Coût et financement du système de santé en 2004, Neuchâtel 2006), les frais dentaires totaux s'élevaient en Suisse à 3.3 milliards de francs pour l'année 2005. En 2004 les assurances sociales (assurance-maladie, invalidité, accidents et militaire) ont participé au financement à raison de 6%, les assurances privées à raisons de 5%, et la part des ménages privés s'est donc élevée à 89%. Les soins dentaires, à l'exception des soins causés par un accident, ne sont pas pris en charge au titre d'une assurance sociale. Ils ne font pas partie du catalogue des prestations régi par la LAMal, sauf dans certains cas liés à la maladie au sens de l'article 31 LAMal (L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires : a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles ou c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1, al. 2, let. b.) Les frais liés aux soins dentaires sont donc en principe à la charge du patient. Pour beaucoup de personnes et de familles aux revenus modestes ou moyens, les soins dentaires sont un luxe ! Et nombreux sont celles et ceux qui repoussent un traitement avec le risque que les dégâts, et donc les frais, augmentent encore davantage. Il est certes possible de conclure une assurance complémentaire. Mais, pour être remboursé aux trois quarts de la facture, il faut compter avec une prime mensuelle d'en tout cas une cinquantaine de francs pour des remboursements plafonnés à 2000 francs. Le coût est dissuasif. A cause de cette lacune de couverture, bon nombre de personnes ne peuvent pas faire face à des factures souvent très lourdes. D'autres vont se faire soigner en France voisine, voire à Budapest. Et, phénomène nouveau, des cliniques dentaires low cost s'ouvrent ici et là. Certes, les personnes bénéficiaires d'aides sociales ont accès à des soins dentaires gratuits. Les frais sont payés par le régime des prestations complémentaires AVS et par les systèmes cantonaux lorsqu'ils existent. C'est le cas pour Vaud avec le revenu d'insertion. Mais cela ne concerne évidemment qu'une partie restreinte de la population.

En vertu de l'art. 34 de la Constitution vaudoise, "Toute personne a droit aux soins médicaux essentiels...". Selon l'art. 65 de ladite Constitution, l'Etat, pour contribuer à la sauvegarde de la santé de la population, assure notamment "à chacun un accès équitable à des soins de qualité". L'absence de toute couverture d'assurance pour les soins dentaires, pour une très grande majorité des habitants de ce canton, va à l'encontre de cet objectif constitutionnel. Les signataires de la motion demandent au gouvernement qu'il propose une loi cantonale instituant une assurance cantonale obligatoire prenant en charge les soins dentaires dont les primes sont proportionnelles au revenu. Le canton a mis, à juste titre, en place une assurance publique contre les risques en cas d'incendie et a organisé son intervention, en adoptant la loi du 17 novembre 1952 concernant l'assurance des bâtiments et du mobilier contre l'incendie et les éléments naturels ainsi que la loi du 17 novembre 1993 sur le service de défense contre l'incendie et le secours. L'ECA est une institution de droit public, ayant la personnalité morale et fonctionnant sous le contrôle de l'Etat. Le canton a tout à fait la compétence pour mettre en place aujourd'hui une assurance obligatoire, qui, tout en n'entrant pas dans le champ d'application de la LAMal, remédie à une lacune grave en matière de santé publique. En lien avec cette assurance cantonale, le canton crée également un réseau de policliniques dentaires régionales, dispensant des soins dentaires de base et offrant des prestations de qualité.

Lausanne, le 25 août 2009.

(Signé) Jean-Michel Dolivo et 21 cosignataires

Motion transformée en postulat et renvoyée au Conseil d'Etat le 11 mai 2010

Détermination de la Commission :

Parmi les commissaires opposés, certains entrent alors en matière sur l'idée d'une assurance couvrant les enfants uniquement (jusqu'à 16, 18 ou 20 ans). Face, tant à l'intérêt suscité par une étude sur l'ampleur du problème et les moyens d'y remédier, qu'aux réserves exprimées, l'auteur de la motion accepte la proposition qui lui est faite de transformer sa motion en postulat, étant entendu que le texte dudit postulat (qui reprend celui de la motion) constituera l'une des différentes pistes à explorer par le Conseil d'Etat. Par 13 voix favorables, 0 contre et 2 abstentions, la commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération le postulat et de le transmettre au Conseil d'Etat.

4.2 Rapport du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat reconnaît l'intérêt de la problématique soulevée par le postulat de M. le Député Dolivo et consorts tout comme la nécessité de prendre des mesures s'agissant d'un accès plus équitable aux soins dentaires, en particulier sous l'angle de la réduction de l'effet de la barrière financière.

En préambule, le Conseil d'Etat se permet de renvoyer aux premiers éléments de réponse intermédiaires au postulat Dolivo, lesquels avaient d'abord été présentés dans le cadre d'un bref rapport intermédiaire soumis en octobre 2013 au Grand Conseil puis dans le cadre de la consultation d'un avant-projet de loi à l'été 2014.

En substance, en octobre 2013, il était alors provisoirement indiqué qu'en vue de répondre au dit postulat, le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) et le Service de la santé publique (SSP) avaient mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), afin de faire un état des lieux de la santé bucco-dentaire des jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud. Ce rapport de l'IUMSP ayant été déposé, le SASH et le SSP avaient alors entrepris et poursuivi leurs travaux avec les professionnels concernés, dont des représentant-e-s de la SSO-Vaud, avec pour objectif de formuler une série de propositions concrètes au Conseil d'Etat. Une réponse au postulat était alors annoncée avant l'été 2014.

A l'été 2014, justement, et sur la base des principaux constats et recommandations du rapport de l'IUMSP, le Conseil d'Etat a autorisé le DSAS à mettre en consultation son avant-projet de loi présentant les pistes pour améliorer la santé bucco-dentaire et la prise en charge des soins dentaires des jeunes habitant-e-s du canton de Vaud.

S'agissant des mesures mises en consultation en 2014, les pistes alors retenues ne prévoyaient pas de mettre en place une assurance dentaire obligatoire, mais plutôt une mesure d'aide financière ciblée selon laquelle les enfants au bénéfice d'un subside cantonal de l'assurance maladie pourraient bénéficier d'une prise en charge des frais dentaires, avec une prise en charge financière proportionnelle aux revenus des parents (barèmes dégressifs à fixer par le Conseil d'Etat).

Tenant compte des résultats de la consultation de 2014 tout comme des différentes analyses scientifiques conduites par le DSAS ces dernières années (voir partie 1 de l'EMPL présenté conjointement) indiquant que le renoncement aux soins dentaires pour des raisons économiques est une réalité dans le canton de Vaud, le Conseil d'Etat est d'avis que les mesures d'aides financières proposées pour les enfants et les jeunes (remboursement partiel par l'Etat des soins dentaires de base pour tous jusqu'à l'âge de 18 ans), les adultes (remboursement au-delà d'une franchise fixée proportionnellement au revenu) cela tant par la proposition de compléter la base constitutionnelle en ce sens (contre-projet direct du Conseil d'Etat) que d'une nouvelle loi à ce sujet (projet de loi présenté conjointement, cf. Titre V de la loi), s'avéreront efficaces et suffisantes pour répondre aux préoccupations soulevées dans le postulat de M. Dolivo s'agissant de l'insuffisance de prise en charge

financière des soins dentaires dans le canton de Vaud.

De surcroît, le contre-projet à l'initiative prévoit d'octroyer à l'Etat la compétence constitutionnelle et formelle d'encourager la couverture assécurologique des enfants visant par-là notamment les familles insuffisamment informées quant aux avantages de l'assurance, ce par le biais d'outils incitatifs tant sur le plan de l'information que d'une contribution économique aux primes d'assurance dentaire. De même, le renforcement de la prévention et de la détection précoce des situations à risque dès le plus jeune âge tout comme la révision du système d'examens bucco-dentaires en milieu scolaire et des mesures préventives constituent autant d'axes qui, à terme, devraient permettre de réduire le nombre de situations actuellement problématiques.

Par son contre-projet à l'initiative et le projet de loi présenté conjointement au présent EMPD, le Conseil d'Etat estime ainsi prendre toutes les mesures nécessaires pour aller dans le sens des préoccupations exprimées dans le postulat, sans pour autant recourir à une assurance obligatoire universelle dont les chances de succès paraissent limitées aux yeux du Conseil d'Etat.

5 TRAITEMENT DE L'INITIATIVE ET DU CONTRE-PROJET DIRECT

De rang constitutionnel, l'initiative "Pour le remboursement des soins dentaires" est soumise au référendum obligatoire (art. 83 Cst-VD) ; le projet de décret ci-joint y pourvoit.

L'initiative est rédigée de toutes pièces. Si le Grand Conseil adopte un contre-projet direct comme le Conseil d'Etat le propose, l'article 103b alinéas 2 et 3 LEDP précise que les électeurs auront à se prononcer simultanément sur l'initiative et le contre-projet en répondant aux trois questions suivantes :

1. Acceptez-vous l'initiative populaire ?
2. Acceptez-vous le contre-projet ?
3. Si l'initiative populaire comme le contre-projet sont acceptés par le peuple, est-ce l'initiative ou le contre-projet qui doit entrer en vigueur ?

La majorité est déterminée séparément pour chacune des questions. Lorsque tant l'initiative populaire que le contre-projet sont acceptés, le résultat donné par les réponses à la troisième question emporte la décision. Entre en vigueur le texte qui, à cette question, recueille la majorité des suffrages.

Le Grand Conseil est en droit d'émettre une recommandation de vote (art. 100, alinéa 2 LEDP).

6 PRÉAVIS DU CONSEIL D'ETAT

Au vu de ce qui précède et dans la mesure où le contre-projet amène une amélioration substantielle, concrète et sensiblement plus rapide que l'initiative, le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil à rejeter l'initiative et à lui préférer le contre-projet direct.

7 CONSEQUENCES

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

Les textes de l'initiative et du contre-projet prévoient d'ajouter un article à la Constitution du 14 avril 2003 du canton de Vaud (Cst-VD ; RSV 101.01).

L'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" a été jugée valide le 28 août 2013 par le Conseil d'Etat, y compris en termes de conformité au droit supérieur. Le contre-projet du Conseil d'Etat a reçu également la validation du Service juridique et législatif de l'État de Vaud.

En cas d'acceptation de l'initiative, une loi d'application devra être élaborée définissant plus précisément la notion de "soins dentaires de base" et, par voie de conséquence, la liste des prestations médicales dentaires financièrement couvertes par ladite assurance ; la loi devrait en outre fixer le taux

exact de prélèvement sur les revenus soumis à cotisation AVS (cotisation paritaire) tout comme le niveau de participation financière de l'Etat dans ce domaine. En outre, la loi d'application devrait expliciter le dispositif préventif que l'Etat aurait la responsabilité de mettre en place tout comme les principes généraux s'agissant de la mise en place du réseau de policliniques dentaires régionales (modes de gouvernance, nombre et ancrage territorial, périmètre d'activités et des prestations).

Si c'est le contre-projet qui est accepté en votation populaire, c'est le projet de loi porté simultanément au présent EMPD devant le Grand Conseil qui constituerait la loi d'application, sous réserve de son adoption préalable par le Parlement. Le projet de loi est présenté et contenu dans l'EMPL topique.

7.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

En cas d'acceptation de l'initiative, l'Etat comme employeur pourrait avoir à honorer des cotisations jusqu'à env. 20 mios CHF annuels si la cotisation paritaire était fixée à 1% (masse salariale Etat de Vaud/périmètre large d'env. 4 milliards CHF, donc y compris CHUV, UNIL et HES).

En cas d'acceptation du contre-projet, c'est le projet de loi qui entrerait en vigueur, sous réserve de son adoption par le Grand Conseil. Les conséquences financières détaillées du projet de loi sont explicitées dans l'EMPL y relatif.

7.3 Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

L'acceptation de l'initiative conduirait à la mise en place d'une cotisation sur la masse salariale cotisant AVS, dont le montant devrait être fixé par une loi. En se basant sur les déclarations des initiants (articulation d'un taux paritaire entre 0.5% et 1%), le prélèvement de cotisation se situerait entre 140 et 283 millions (masse salariale VD 2014 : 28.3 milliards CHF).

Pour l'Etat, la politique sanitaire cantonale se verrait sollicitée pour honorer la cotisation des personnes ne cotisant pas à l'AVS – soit, en particulier, les jeunes jusqu'à 20 ans sans activité lucrative, les bénéficiaires d'une rente AVS et les autres personnes dont la cotisation AVS est déjà prise en charge par l'Etat - cela sans compter les coûts afférents à la mise en place des policliniques dentaires régionales et au financement de la prévention. Les estimations pour ces rubriques ne peuvent être produites en l'état et sont donc incertaines, la traduction législative en cas d'acceptation de l'initiative populaire n'étant bien entendu pas disponible à ce stade.

7.4 Personnel

En cas d'acceptation de l'initiative, l'Etat devra vraisemblablement engager du personnel supplémentaire dans les policliniques dentaires régionales dont il aurait la charge de par l'article constitutionnel.

Si c'est le contre-projet qui est accepté, les conséquences détaillées en termes de personnel sont explicitées dans le cadre du projet de loi.

7.5 Communes

L'initiative amènerait un profond changement au niveau de l'organisation du système de prise en charge médico-dentaire du canton, en instaurant un réseau de cliniques dentaires régionales mises en place par l'Etat et sensé couvrir les besoins de la population. Le rôle des communes dans une telle régionalisation devrait être rediscuté vu que la Constitution donnerait désormais mandat à l'Etat d'assumer le dispositif de prévention et les cliniques dentaires régionales.

Quant au contre-projet, il maintient le principe général actuel de répartition des tâches entre l'Etat et les communes s'agissant des mesures de prévention et de promotion en santé bucco-dentaire. Les communes resteraient engagées dans ces domaines, en particulier au niveau scolaire. L'amélioration de la promotion et de la prévention pourrait même amener à intégrer davantage des communes dans des

programmes d'information et de formation par exemple.

En revanche, l'avènement d'une prestation cantonale harmonisée d'aide financière pour les enfants et les jeunes, dont le principe de base serait désormais fixé dans la Constitution, pourrait conduire à ce que les communes disposant actuellement de subsides communaux pour les soins dentaires des jeunes redimensionnent leurs aides voire s'en déchargent.

7.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

7.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

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

Néant.

7.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

7.10 Incidences informatiques

Néant.

7.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

7.12 Simplifications administratives

Néant.

7.13 Protection des données

Néant.

7.14 Autres

Néant.

8 CONCLUSION

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil :

- de prendre acte du présent préavis sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" ;
- de privilégier le contre-projet et de rejeter l'initiative ;
- d'adopter le projet de décret ci-joint modifiant la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 en tant que contre-projet à l'initiative ;
- d'adopter le projet de décret ci-joint ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur cette initiative et sur le contre-projet ;
- d'adopter le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Dolivo.

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

canton de vaud

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 SVMD 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 commues 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 entrainant 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'entrainer 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 policliniques 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.

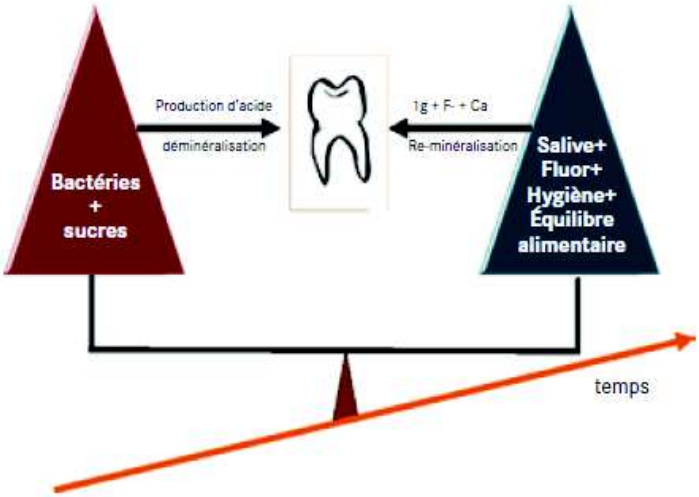
2.2 PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES

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 (dues 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)

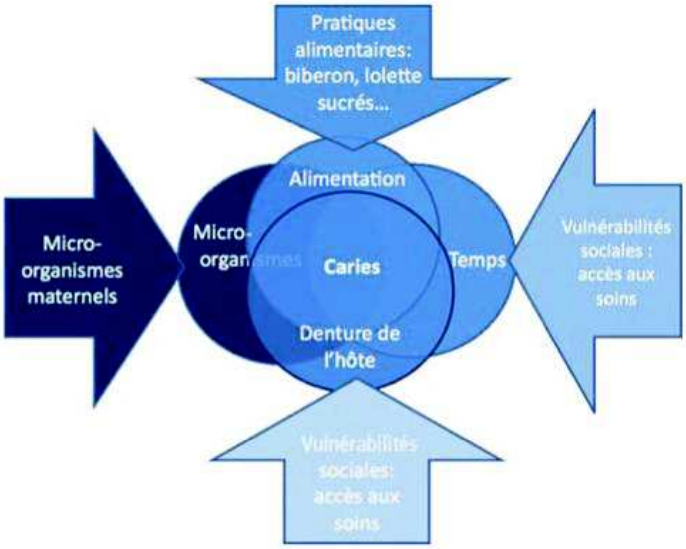


Le cas de la carie précoce de l'enfance (CPE)

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 enfantine, 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 renforçateurs 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 entre 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, Grindefjord 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 répondus 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 commencions 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 médecin-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 1ères 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 souhaitions 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 SVMD 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 1ère 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

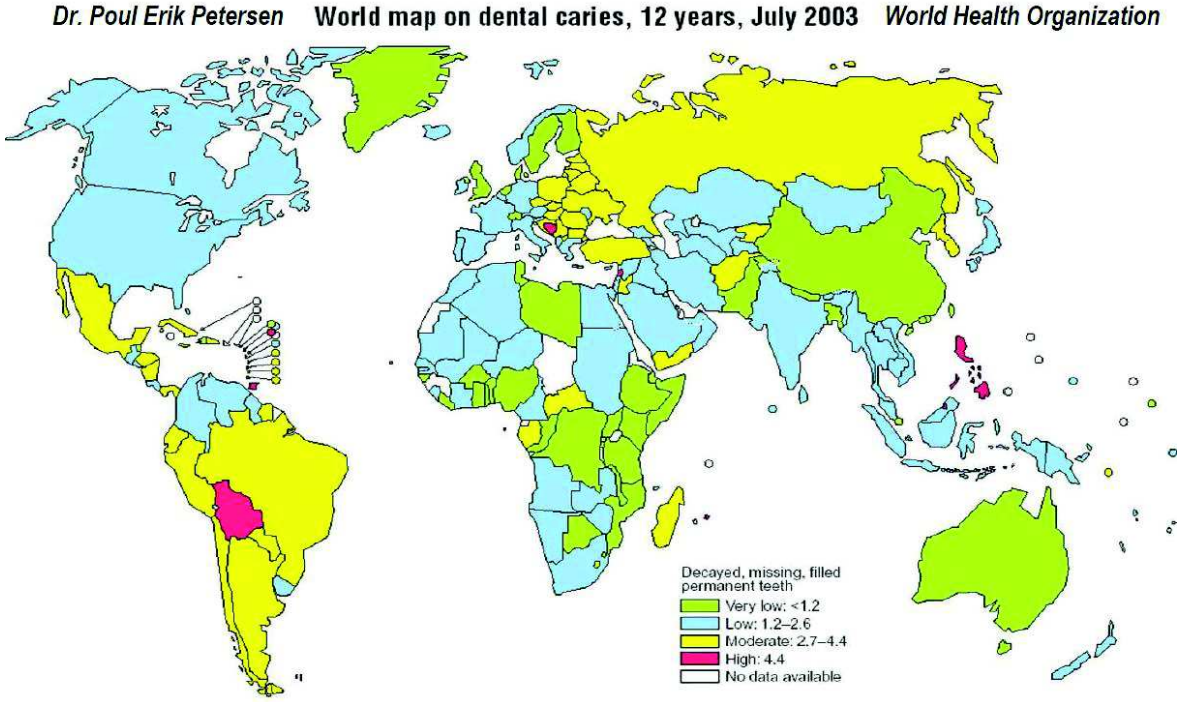


Tableau 2. Valeurs CAOD de quelques pays européens, selon les chiffres à disposition dans la base de données du CAPP

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

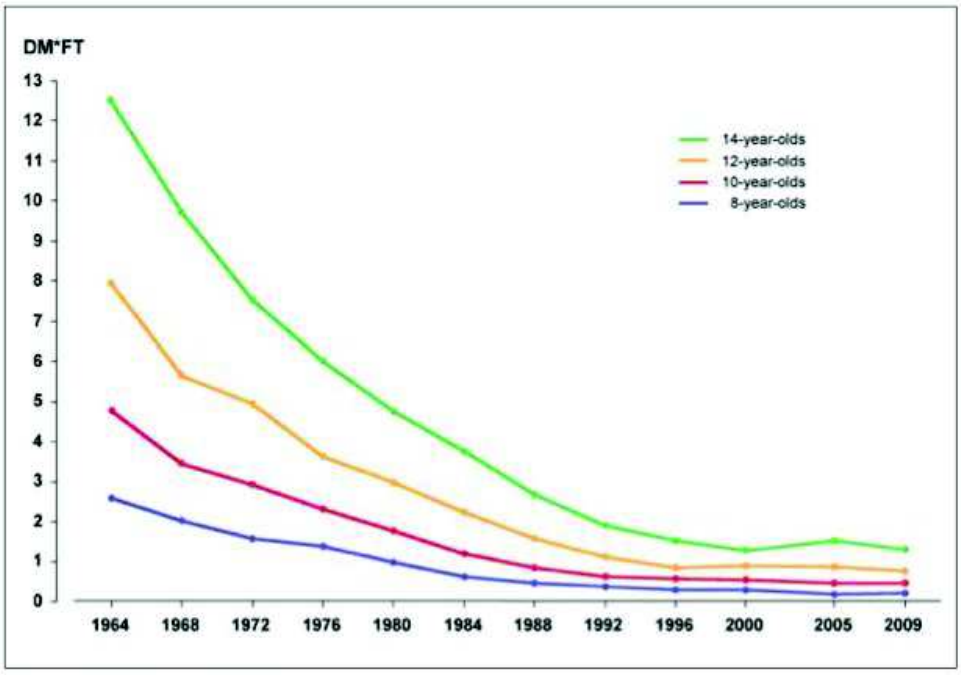
Epidémiologie de la carie en Suisse :

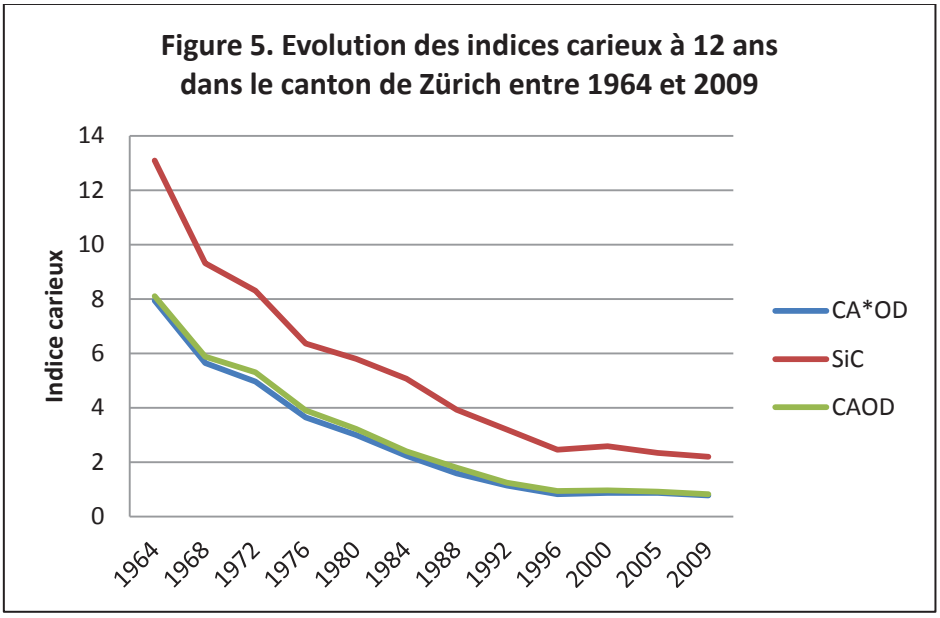
-Les données de Zürich

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 classifier 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.

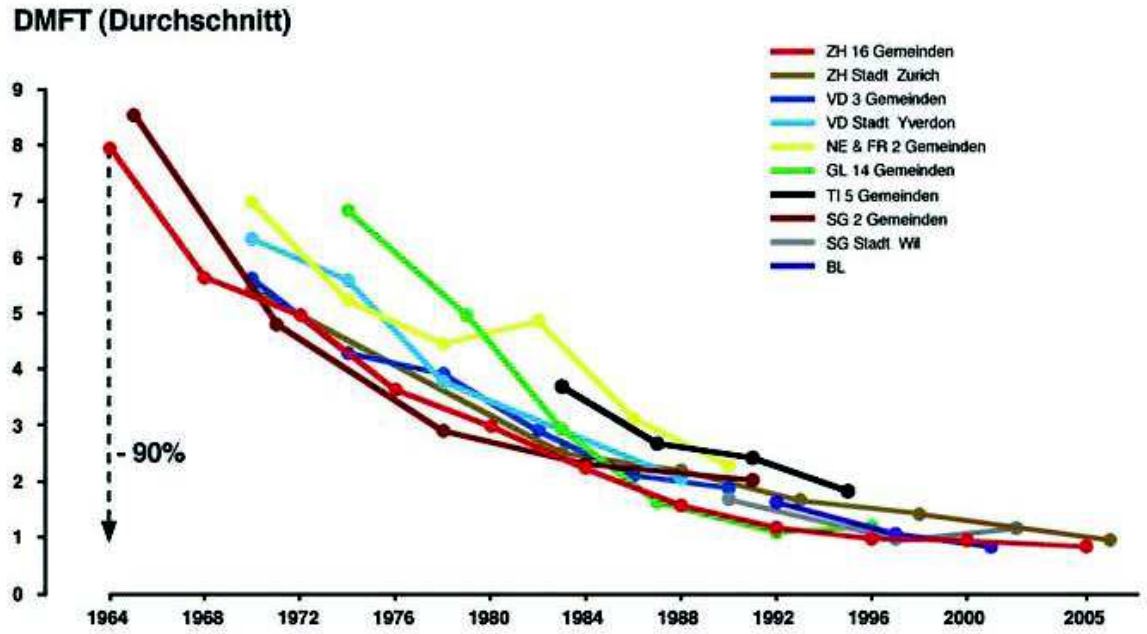
Figure 4 : Déclin de l'indice DM*FT à différents âges (Steiner, Menghini et al. 2010)





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 maitrisant pas bien les langues officielles suisses.

Dans une enquête menée en 2011 par la SVMD 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 SVMD 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.

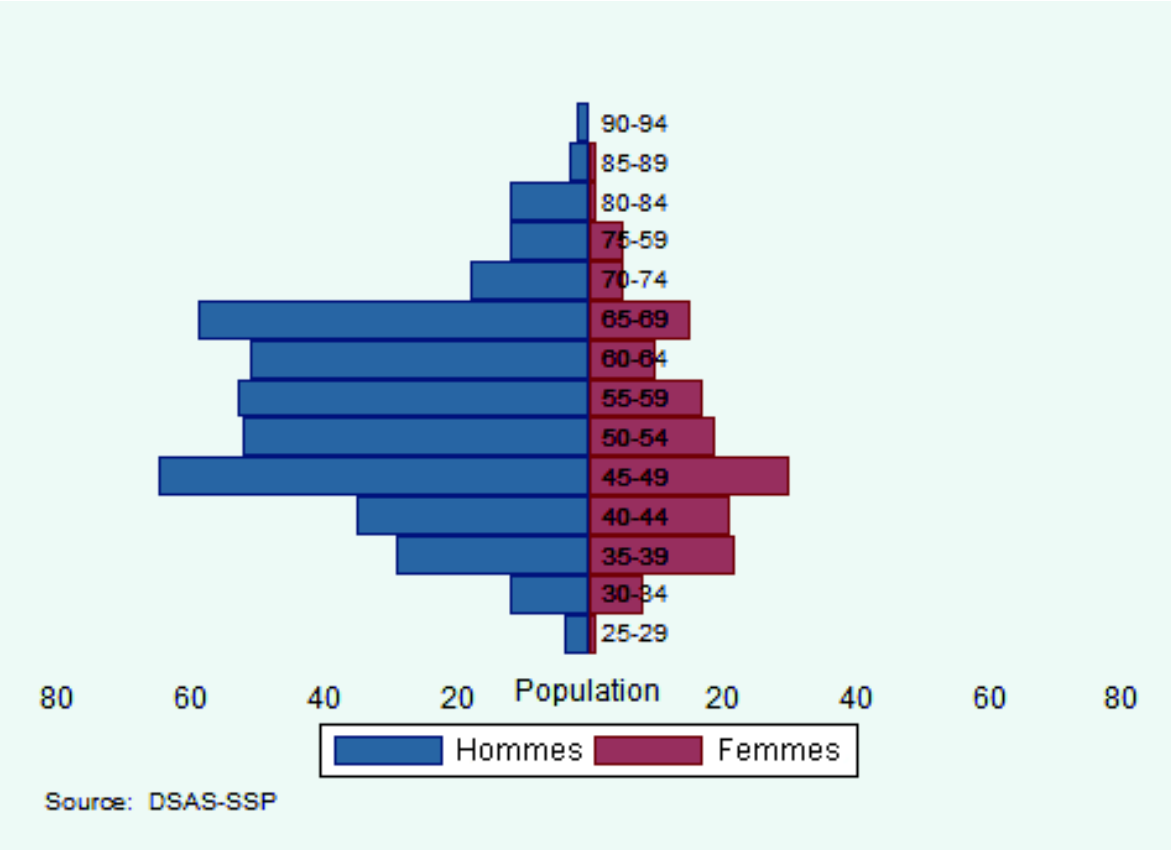


Figure 6 : Population de dentistes du canton de Vaud, avec autorisations de pratique à titre indépendant, par âge et sexe (données SSP 2012).

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.

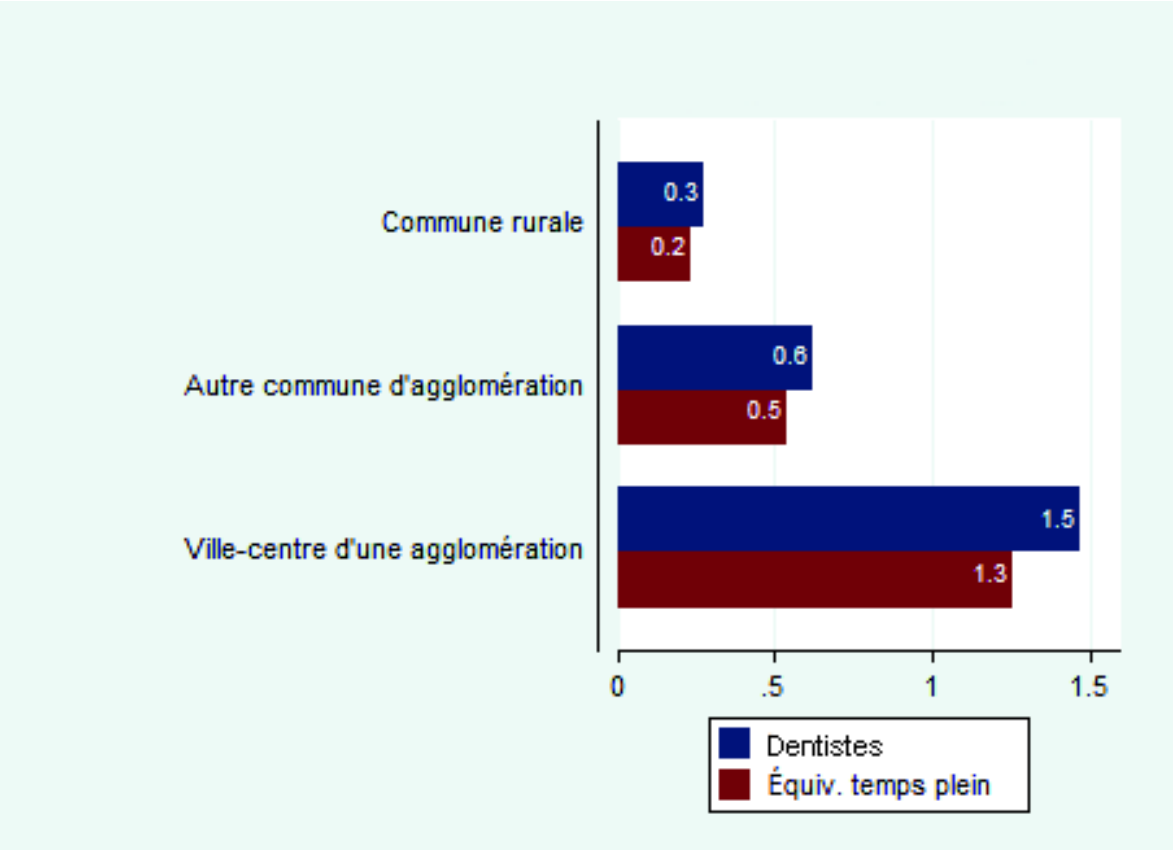


Figure 7 : Densité de dentistes indépendants/ 1000 habitants, par niveau d'agglomération (données SSP 2012).

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 SVMD, 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.

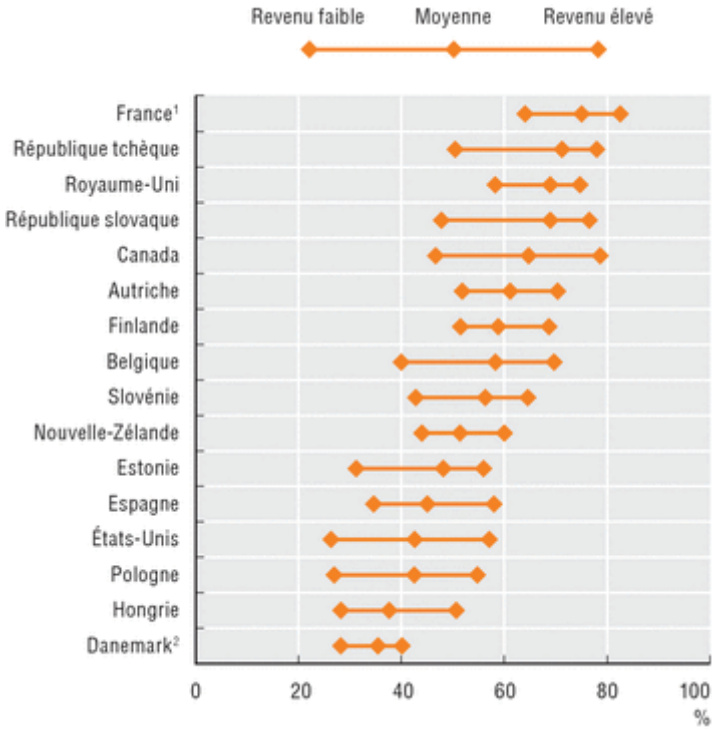
Nous ne disposons pas de données sur les volumes respectifs en termes de soins réalisés, excepté pour les narcoses. Pour le canton de Vaud, les soins nécessitant une anesthésie générale sont principalement effectués à l'HEL et au CHUV, majoritairement par le service de stomatologie de la PMU (deux tiers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

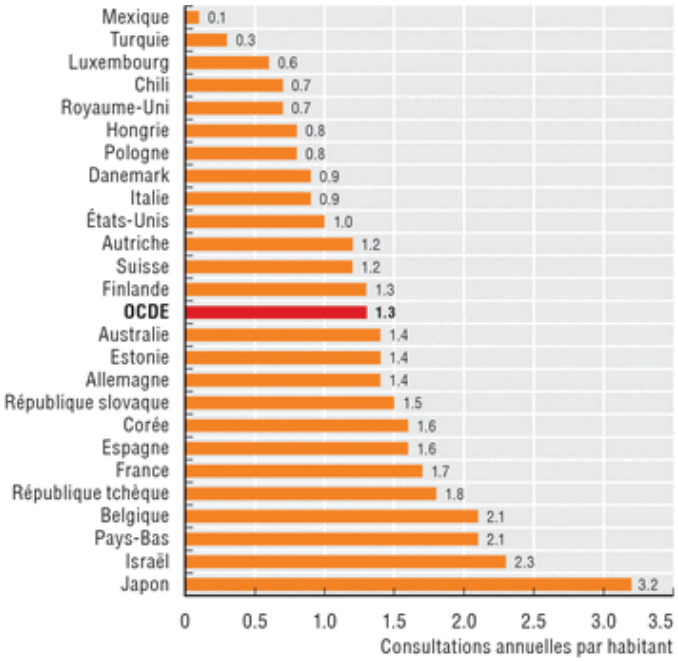
Selon les données de l'OFS, en 2007, 65% des vaudois de plus de 15 ans interrogés ont consulté un dentiste au cours des 12 mois précédents. Nous ne disposons ni de données sur les consultations pour les jeunes de 0 à 18 ans, ni de ventilation par niveau de revenu. En termes de nombre de consultations 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'accroit 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 subside 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	5'058613	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)

[c]Art. 18 c de l'ordonnance sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents, modifiée le 21.12.2011
[d]Art. 9.2, Verodnung über die Schul-und Volkszahnpflege vom 15.11.1965 (818.22)
[e]Loi du 27.09.1990 sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires
[f]Art.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

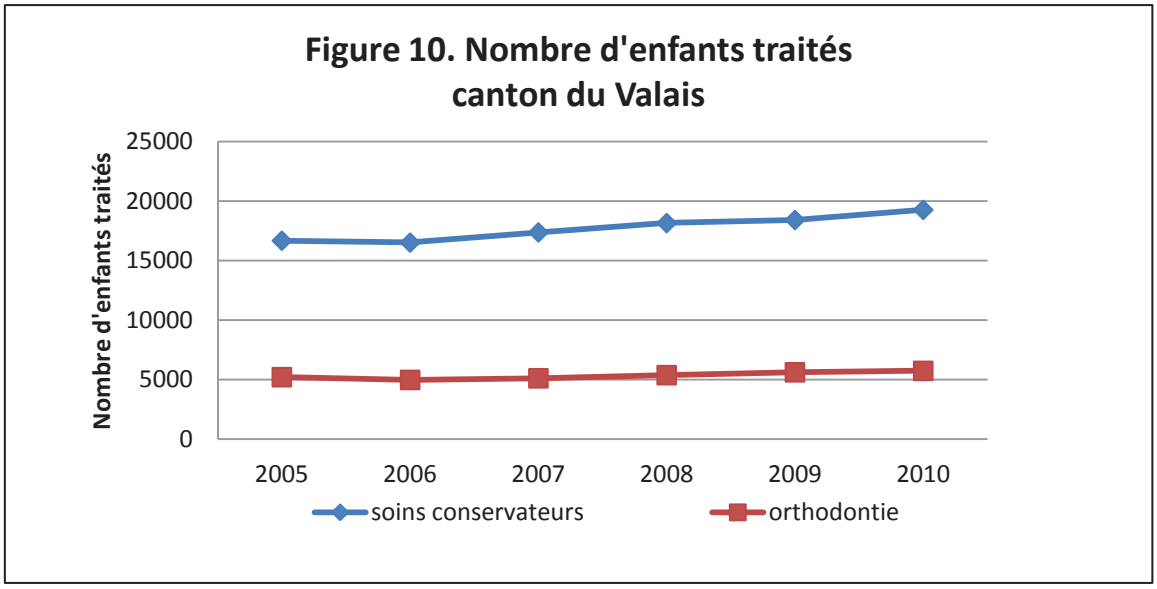
Les soins dentaires scolaires en Valais sont bien développés.
Le système valaisan subventionne à hauteur de 40% les soins dentaires des enfants (de la naissance à l'âge de 15 ans), indépendamment du revenu des parents.
Historiquement, les pouvoirs publics valaisans ont constaté dès la fin des années 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. Plaquette 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.

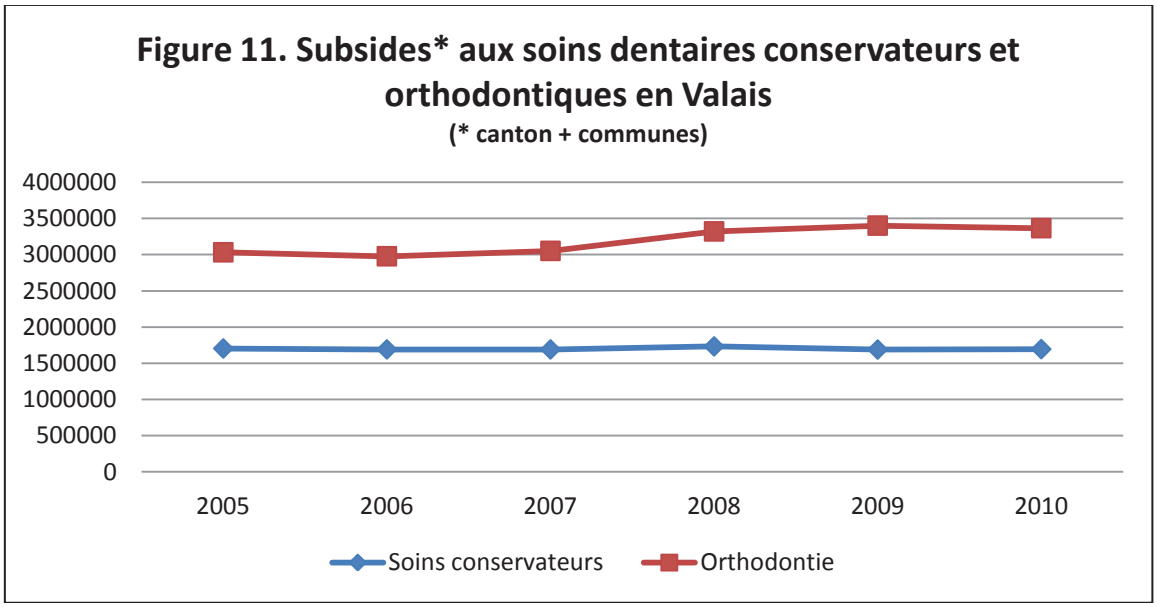
Historique de la mise en place du système valaisan :
-1947/48 : création de l'Association pour l'hygiène dentaire du Centre du Valais
-1967 : décret sur les soins dentaires scolaires du Grand Conseil valaisan et création de l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse. 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 subventionné 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 6ème 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 a 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 SVMD) et traitements réalisés à coûts très réduits au « Point d'eau » pour les populations les plus précaires.

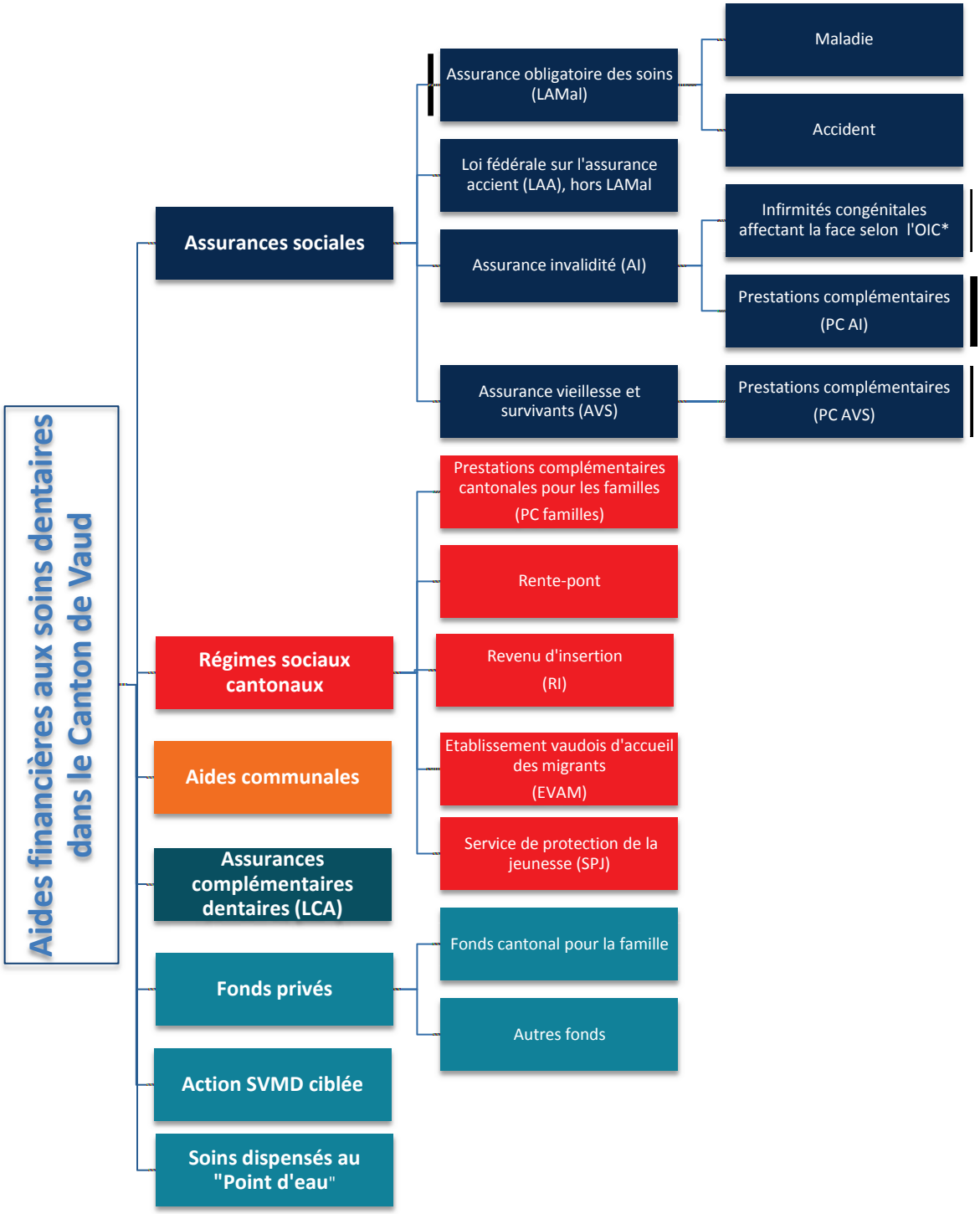


Figure 12 . Aides financières aux soins dentaires dans le canton de Vaud
(*) chiffres 201 à 218 de l'annexe de l' ordonnance 831.232.21 concernant les infirmités congénitales (OIC) du 9 décembre 1985, état le 1er mars 2012.

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 20e 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, Chaine du bonheur, Fonds du 700ème, 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.

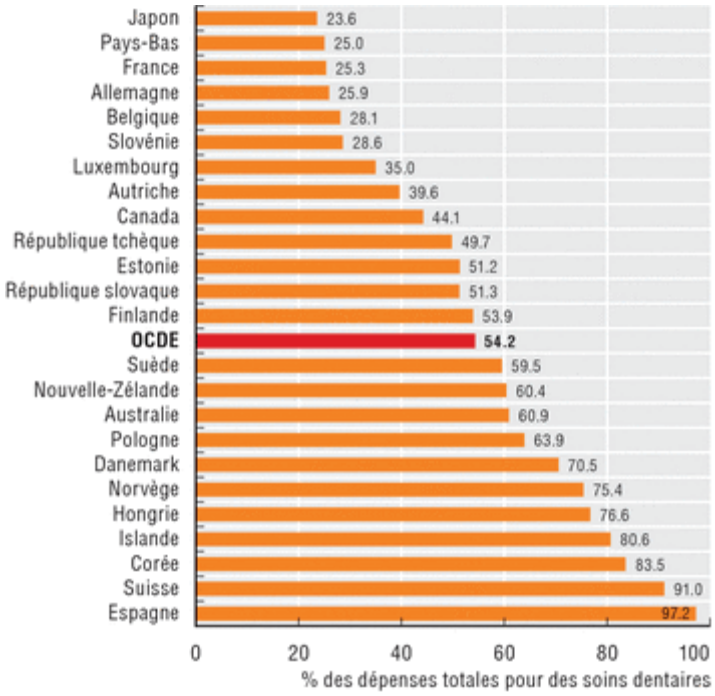
4.4.7 Soins dentaires dispensés au « Point d'eau »

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 commues 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.

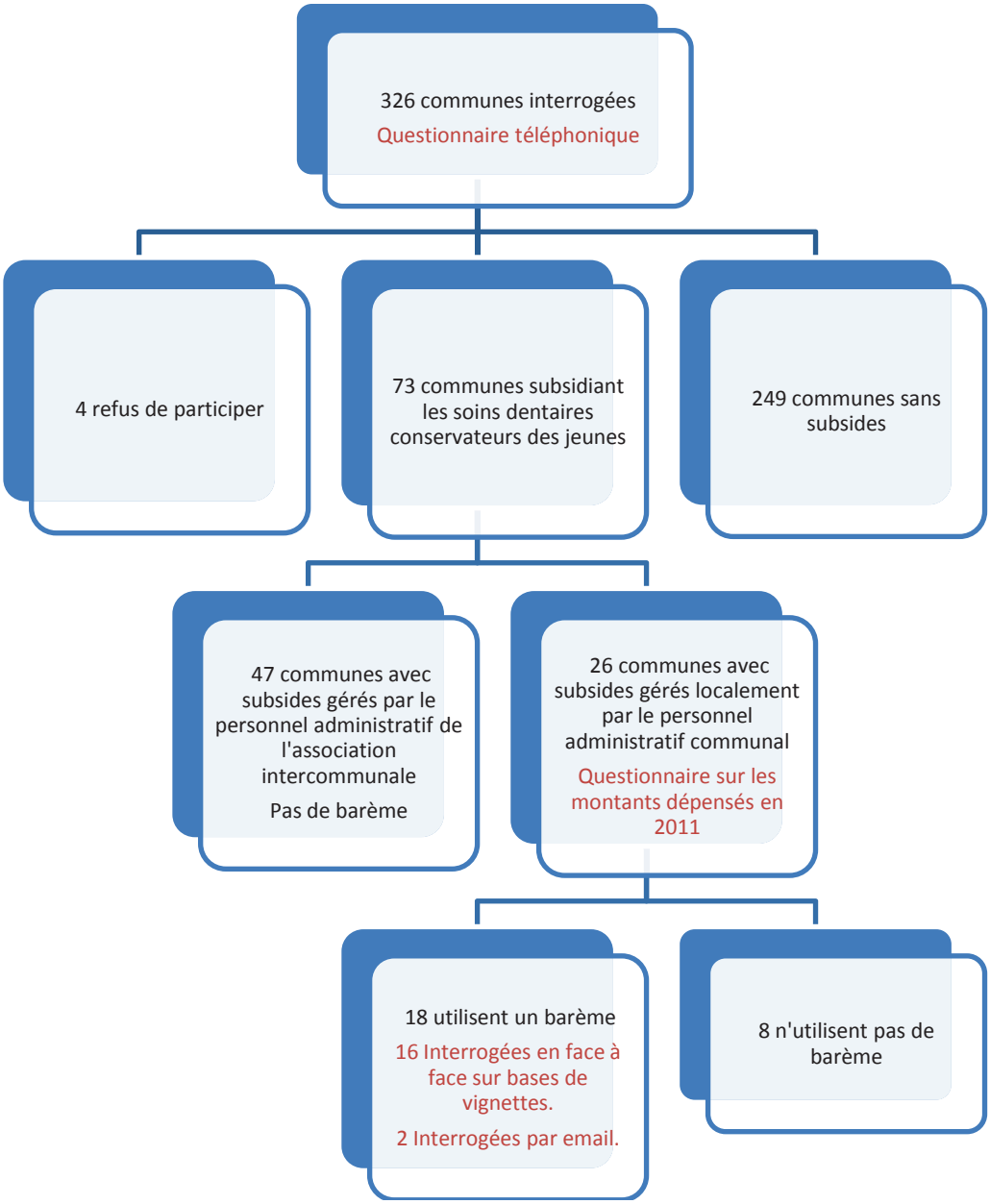


Figure 14. Procédures de collecte de données

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%
Age		
< 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 mois 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 (nº 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 résidants 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 têtière 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 SVMD 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 par 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 disposions 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 entraine 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 maitrisant 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'écolier, 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 entrainant 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 on 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

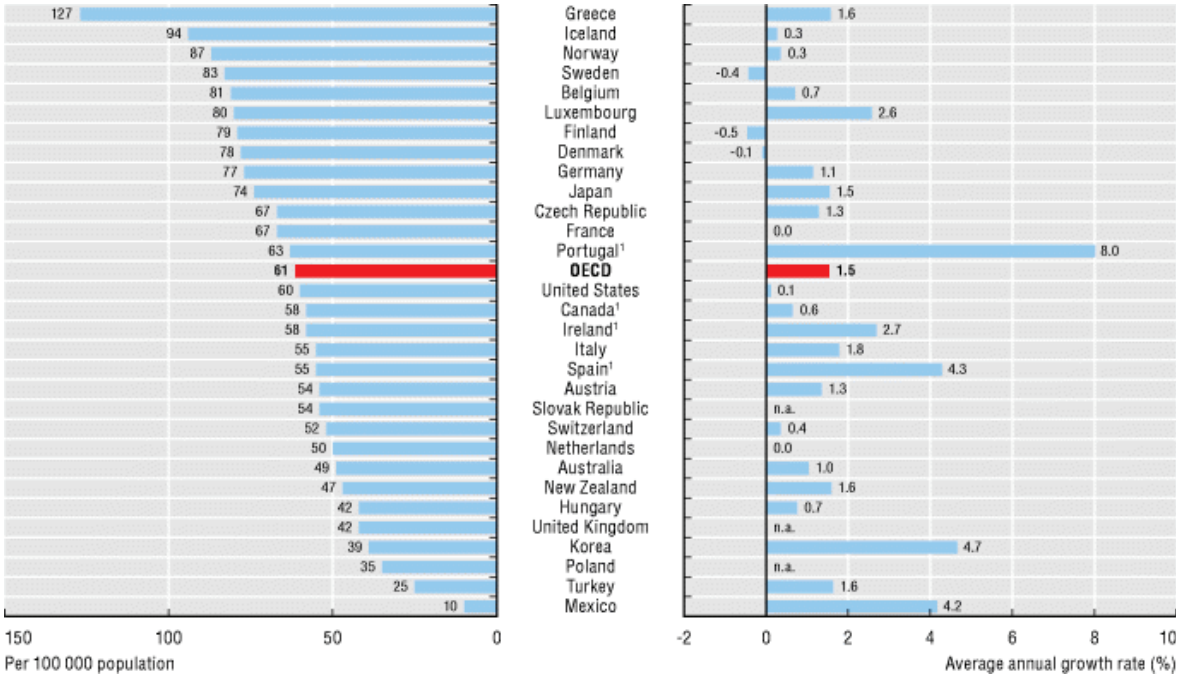
également être respectée. L'obligation pour les parents de soumettre leurs enfants au contrôle devrait être remise en question. Le UK National Screening Committee utilise des critères très proches des critères OMS, mais organisés en fonction de quatre axes (l'affection, le test, le traitement et le programme 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 12ème 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 ce 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 note 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. Grindefjord, 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 kinderzahnheikunde **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.

canton de vaud

M.I.S TREND

ETUDE AUPRÈS DES FAMILLES VAUDOISES SUR LA COUVERTURE EN SOINS DENTAIRES

réalisée pour le
Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) de l'Etat de Vaud

Août 2016

M.I.S TREND
© Août 2016

Table des matières

1.Descriptif de la recherche..... 3 - 7

2. Résultats de l'étude..... 8 - 39

2.1. Consultation, soins et traitements dentaires..... 8- 18

2.2. Assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires ..... 19 - 32

2.3. Assurance complémentaire des adultes pour soins dentaires..... 33 - 36

2.4. Subside cantonal à l'assurance maladie et régime social cantonal et prestations complémentaires AVS / AI 37 - 40

3. Synthèses et conclusions..... 41- 44

© Août 2016

1. Descriptif de la recherche

© Août 2016

Contexte et objectifs de l'étude

Le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) de l'Etat de Vaud a souhaité obtenir des informations auprès des familles du canton sur **la fréquentation des dentistes** et **les motifs de consultation**, mais surtout des données chiffrées sur **leur couverture d'assurances en soins dentaires et en orthodontie**, que ce soit **pour eux-mêmes** ou **pour leurs enfants**.

Cette étude a permis ainsi de répondre aux objectifs suivants:

- Déterminer **la part des parents et enfants** du canton de Vaud de 0 à 18 ans ayant **consulté un dentiste au cours des deux dernières années** et les motifs de consultation.
- Mesurer **le taux et le type de couverture d'assurance des enfants pour les soins dentaires** en ce qui concerne **le soin des caries** et **les traitement en orthodontie**.
- Déterminer **à quel moment** les parents souscrivent une assurance dentaire pour leurs enfants.
- Identifier **les raisons de non-souscription** d'assurance complémentaire pour soins dentaires.
- Obtenir des données sur la part des familles touchant des **subsides cantonal à l'assurance maladie ou au bénéfice d'un régime social cantonal/prestations complémentaires**.
- Relever les **différences** sur les points susmentionnés en fonction du **profil socio-démographique** du répondant. (situation familiale, nationalité, niveau de formation, type de foyer).

© Août 2016

Données méthodologiques

- **Prise d'information téléphonique** (CATI = Computer-assisted Telephone Interview) auprès de familles résidant dans le canton de Vaud, ayant des enfants de 0 à 18 ans vivant dans leur ménage.

- **Echantillon obtenu** : 505 ménages dans lesquels vivent 916 enfants âgés de 0 à 18 ans. Les répondants étaient les parents responsables des questions d'assurances dans le ménage.

- **Marge d'erreur** : +/- 4.5% sur le total de l'échantillon global de 505 répondants.

- **Les résultats globaux ont été pondérés** afin d'obtenir un échantillon représentatif de la réalité démographique des familles et des enfants du canton de Vaud.

- **Prise d'information :** du 19 au 27 août 2016

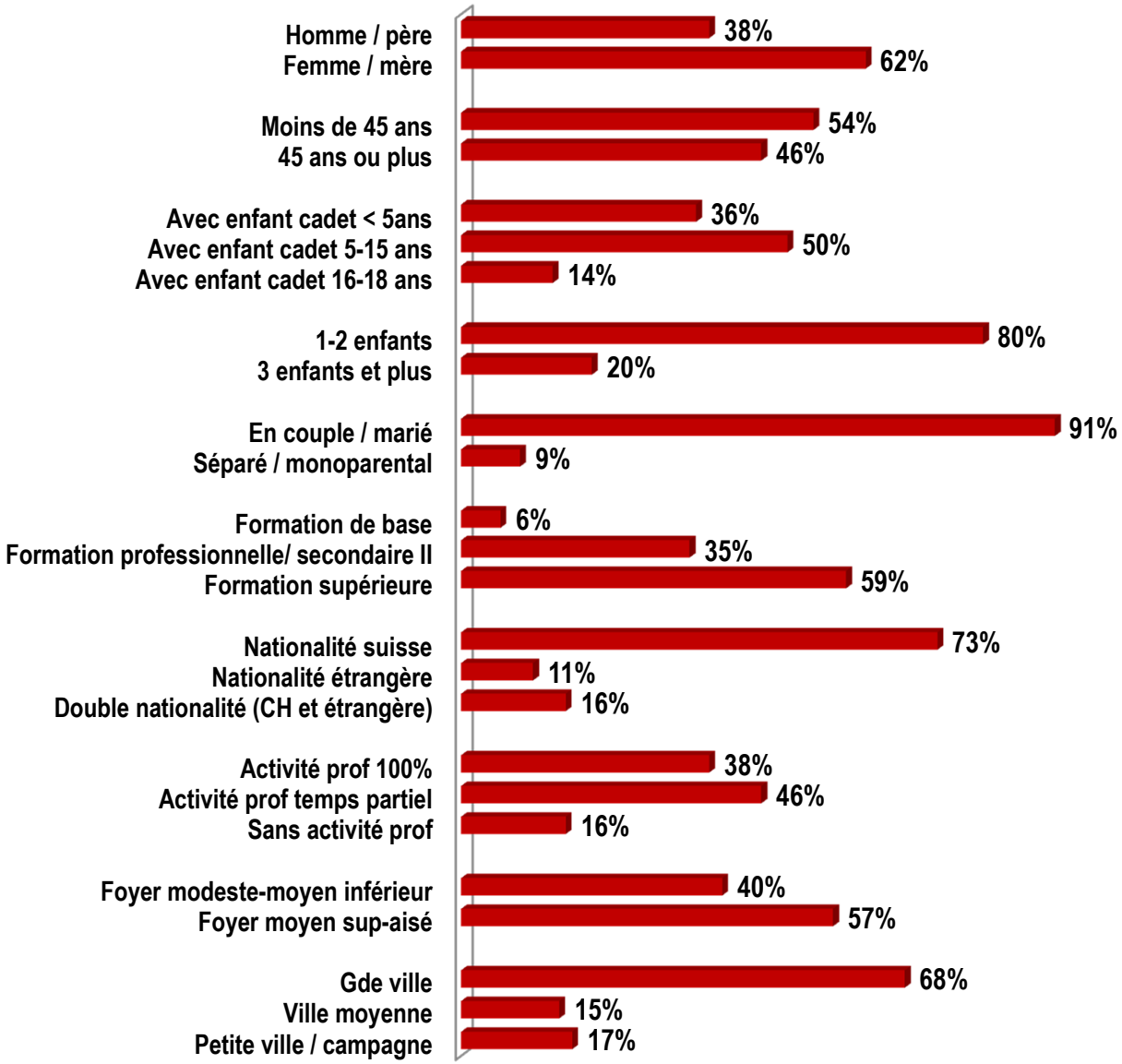
- **Durée moyenne de l'interview:** 7 minutes

© Août 2016

MÉNAGES - PARENTS

Structure de l'échantillon

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

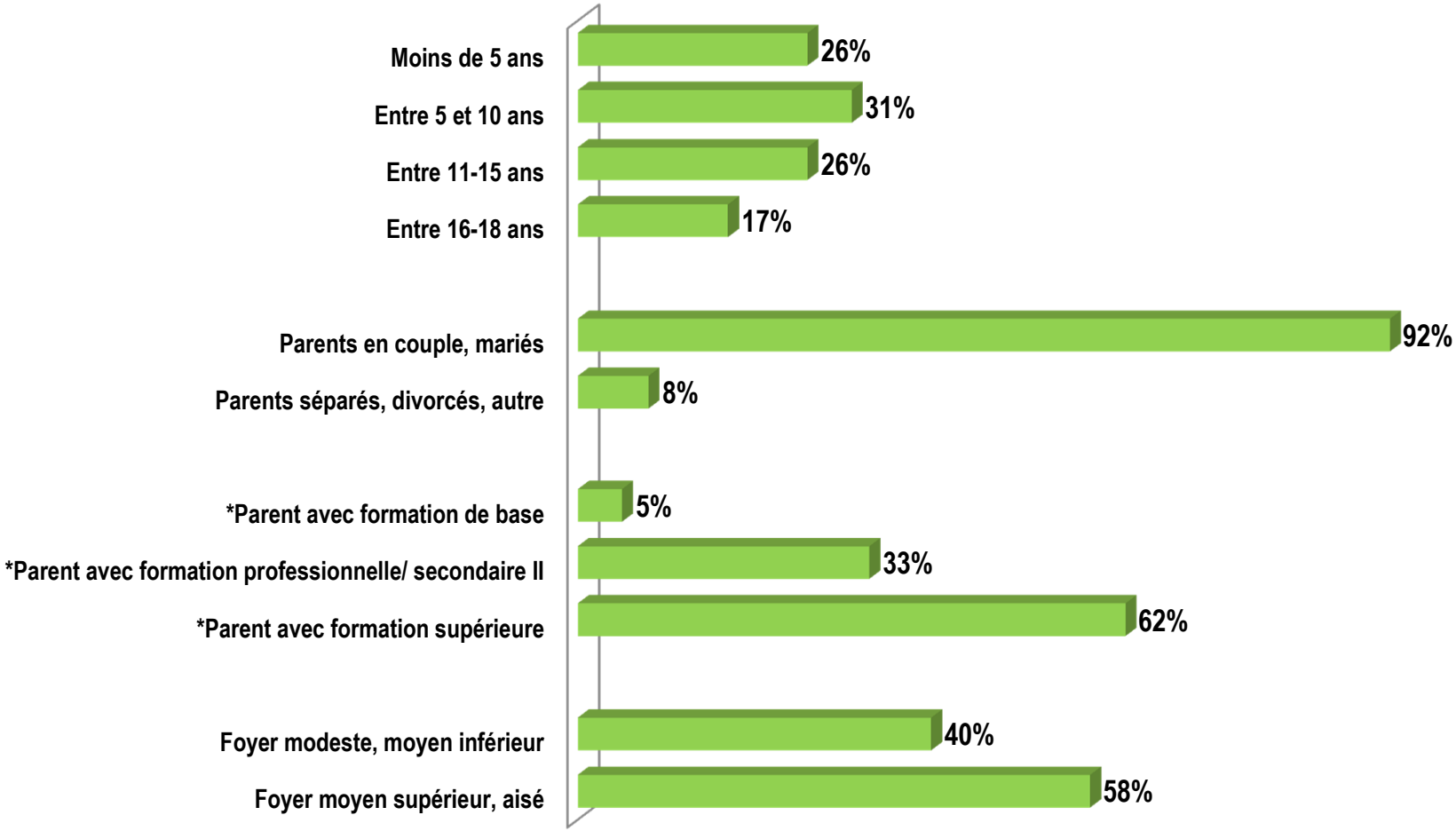


© Août 2016

ENFANTS

Structure de l'échantillon

(Base : 916 enfants de 0 à 18 ans)



*** Il s'agit du niveau de formation du parent ayant répondu au questionnaire**

© Août 2016

2. Résultats de l'étude

© Août 2016

2.1. Consultation, soins et traitements dentaires

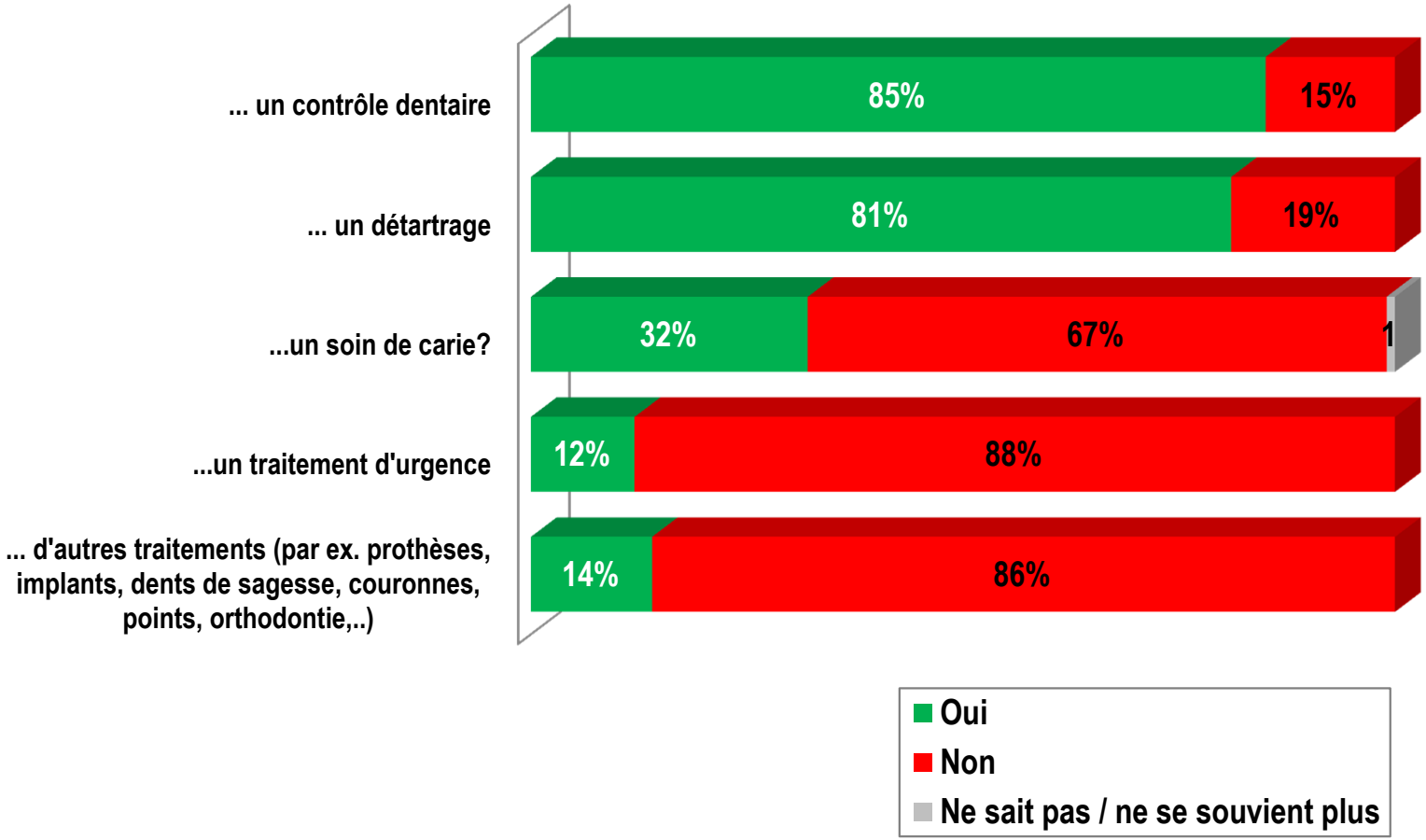
© Août 2016

Consultation dentaire - parents

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

Q1

«Avez-vous consulté un dentiste ou hygiéniste dentaire pour vous-même, au cours des deux dernières années pour...»



© Août 2016

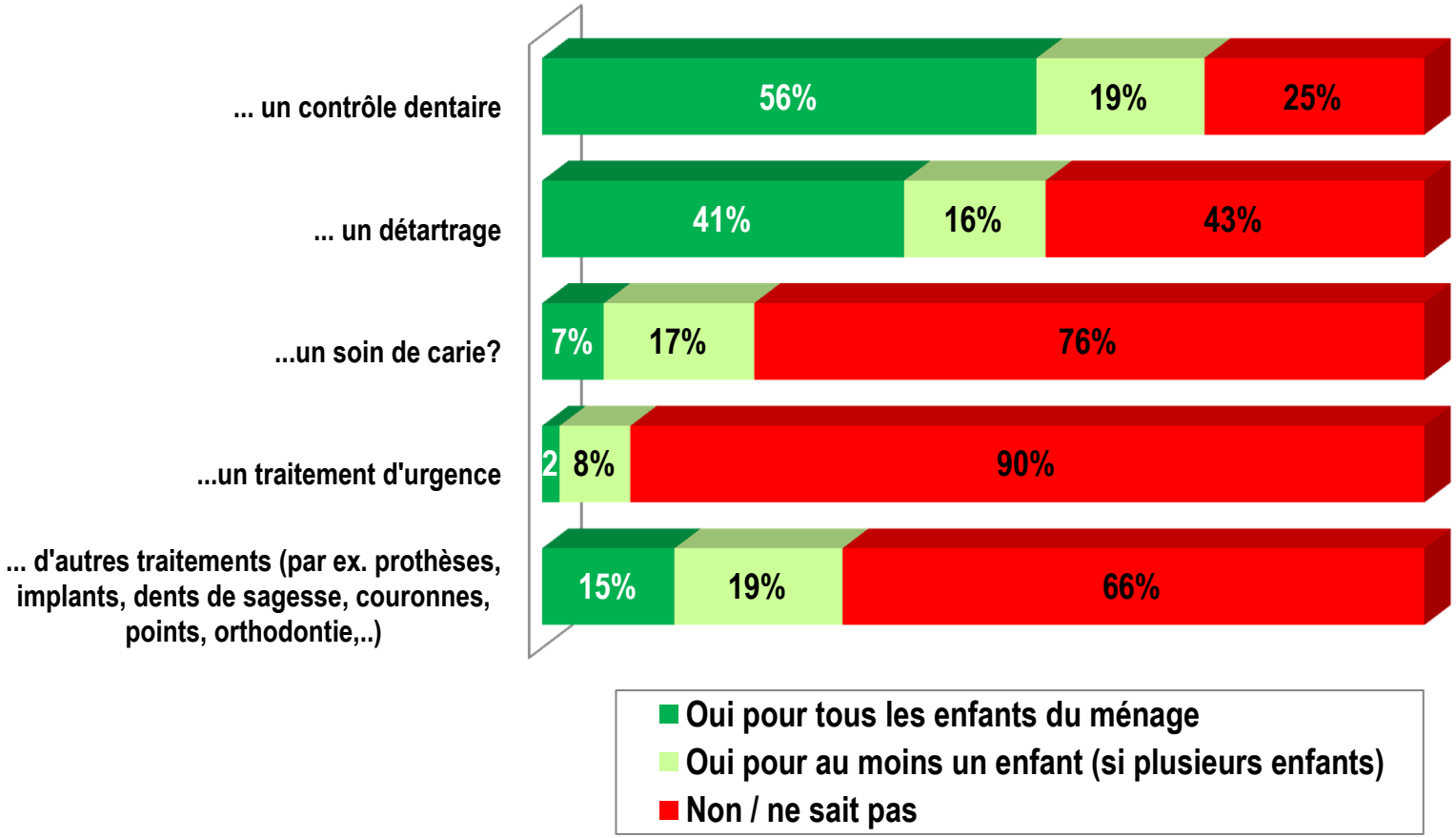
Consultation dentaire - enfants

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

Ménage d'enfants de 0 à 18 ans

Q2

«Avez-vous consulté un dentiste ou hygiéniste dentaire pour votre / vos enfants, en dehors du dépistage annuel fait à l'école, au cours des deux dernières années pour...»



© Août 2016

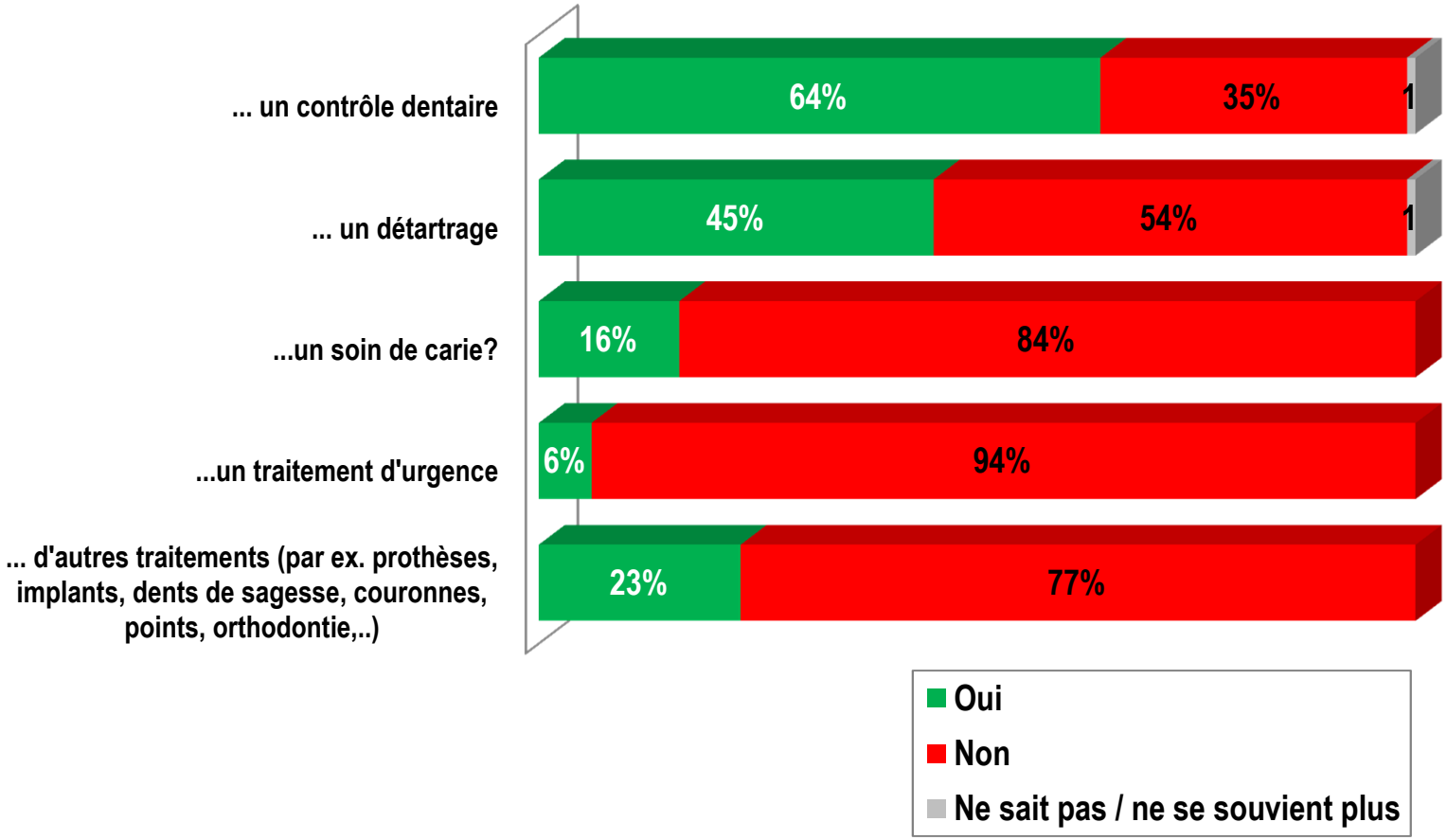
Consultation dentaire - enfants

(Base : 916 enfants de 0 à 18 ans)

Sur la base du total des enfants

Q2

«Consultation dentaire <u>des enfants</u> au cours des deux dernières années, en dehors du dépistage annuel fait à l'école, pour...»



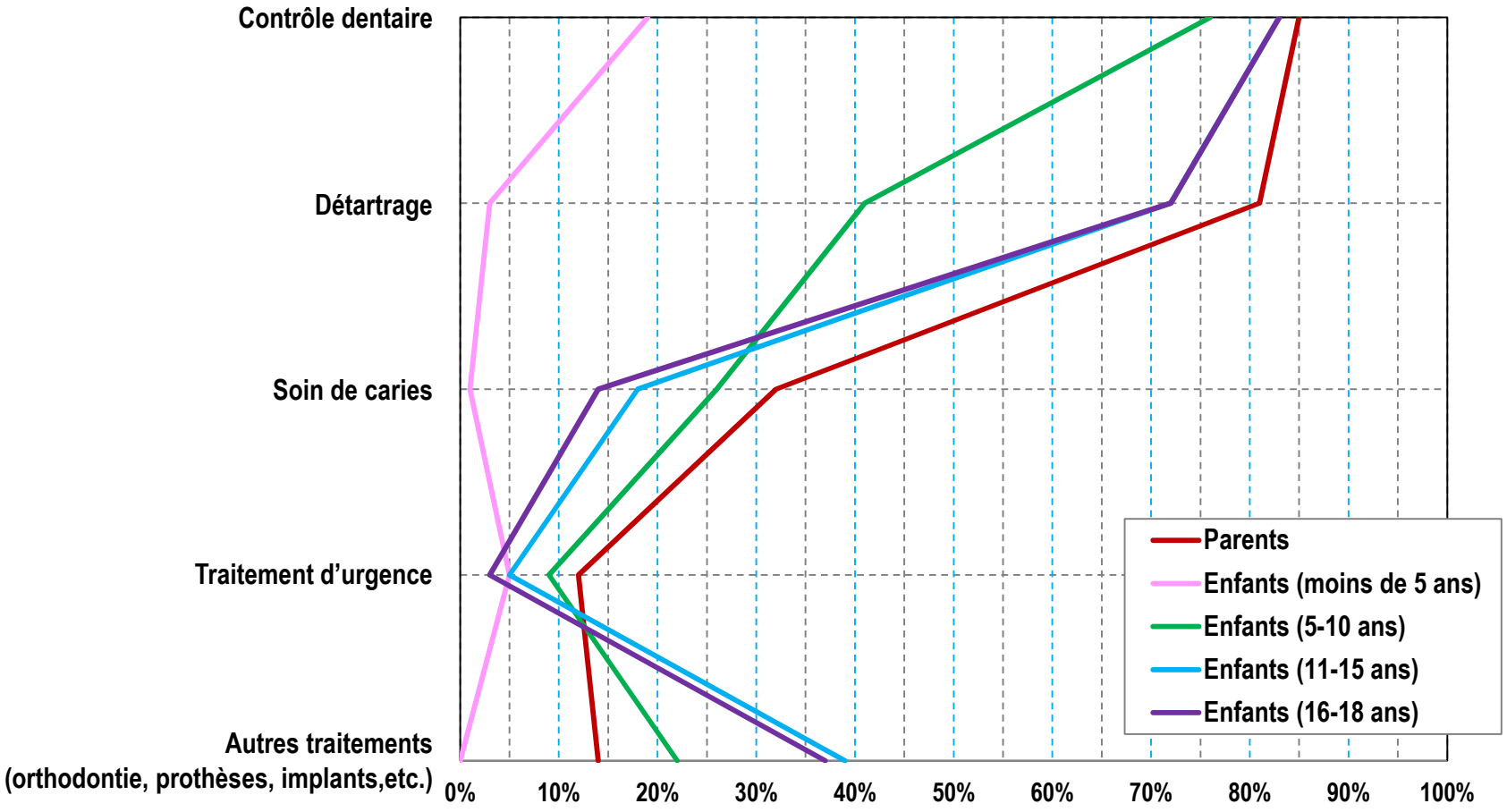
© Août 2016

Consultation dentaire dans les 2 dernières années pour...

(Base : 505 ménages (parents) / 916 enfants de 0 à 18 ans)

Q1-Q2

Selon l'âge des enfants



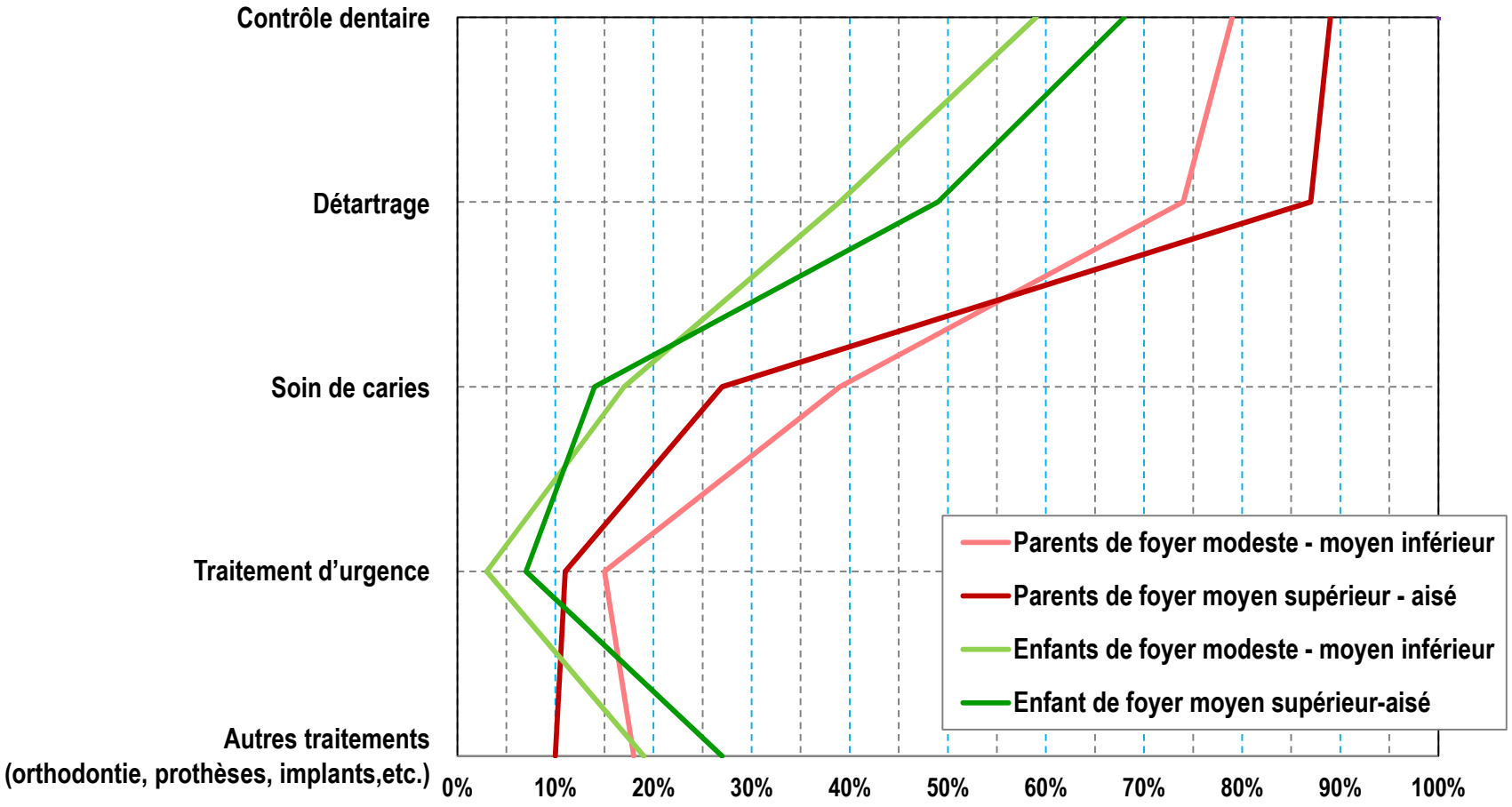
© Août 2016

Consultation dentaire dans les 2 dernières années pour...

(Base : 505 parents / 916 enfants de 0 à 18 ans)

Q1-Q2

Selon le type de foyer



© Août 2016

Consultation, soins et traitements dentaires

(graphique 10)

Plus de 8 **parents d'enfants** sur 10 déclarent avoir **consulté un dentiste ou un hygiéniste dentaire pour eux-mêmes** au cours des deux dernières années, que ce soit pour **un contrôle** ou **un détartrage**. Les **soins de caries** ne concernent qu'un tiers d'entre eux alors que **les traitements d'urgence** ou **autres traitements** sont plus rares, puisque seuls 12% respectivement 14% y ont eu recours.

(graphique 11)

En ce qui concerne leurs **enfants**, les ménages vaudois ont, pour les trois-quarts d'entre eux, effectué un **contrôle** chez un dentiste lors des deux dernières années, pour un de leurs enfants au moins, et ceci en dehors du dépistage annuel fait à l'école. 57% des ménages ont consulté pour **un détartrage**, principalement les foyers avec des enfants âgés de 16 à 18 ans (80%). Les **soins de caries** concernent un quart des ménages avec enfants, alors que les autres traitements comme par exemple les **soins d'orthodontie** sont plus fréquents, vu qu'un tiers des ménages y ont eu recours. **Les traitements d'urgence** sont, en revanche, beaucoup moins fréquents (10%).

(graphique 12)

En prenant comme base **l'ensemble des enfants** concernés par cette étude, soit les 916 enfants de 0 à 18 ans appartenant aux 505 ménages interrogés, nous constatons que deux-tiers ont fait une visite chez un dentiste pour **un contrôle**, 45% pour **un détartrage**, 16% **un soin de carie**, 6% **un traitement d'urgence** et 23% **d'autres traitements** (orthodontie et autres).

© Août 2016

Consultation, soins et traitements dentaires

(graphique 13)

Ces proportions varient fortement **en fonction de l'âge de l'enfant**. En effet, les **moins de 5 ans** ne sont que très **peu concernés**, vu qu'à l'exception des 19% ayant fait un contrôle, les autres soins et traitements ne sont que très rares chez les enfants en âge préscolaire.

En revanche, **dès l'âge de 5 ans**, **les contrôles dentaires**, hors dépistage annuel à l'école, deviennent monnaie courante: 76% des 5-10 ans et 83% des 11-18 ans. Pour ces derniers, une large majorité ont également eu recours à **un détartrage** (72%).

A part **les adultes**, les plus exposés aux **caries** semblent être les **5-10 ans** bien que ce type de soins ne concerne qu'un quart d'entre eux. Cette proportion est un peu plus faible chez leurs aînés: 18% chez les 11-15 ans et 14% chez les 16-18 ans.

Près de 4 préadolescents et adolescents sur 10 ont suivi ou suivent **un autre traitement dentaire**, s'agissant principalement de **l'orthodontie**, qui est moitié moins courante chez les plus jeunes (22% pour les 5-10 ans).

Même si la proportion reste faible, **les traitements d'urgence** concernent plus les 5-10 ans (9%) et les adultes (12%) contre seulement 5% pour les moins de 5 ans et les plus de 10 ans. Ce chiffre chute encore dès 16 ans (3%).

© Août 2016

Consultation, soins et traitements dentaires

(graphique 14 + tableau p.18)

Des différences notoires sont relevées en matière de fréquentation des dentistes selon l**a situation économique du foyer**. Ainsi, **les foyers modestes ou moyens inférieurs** consultent **moins souvent** les dentistes et hygiénistes pour **un contrôle ou un détartrage** que les **ménages plus aisés**. Ce constat vaut, non seulement pour les adultes, mais aussi pour leurs enfants.

Comme conséquence, on dénombre une proportion plus importante de **soins de caries** chez les foyers plus modestes, surtout chez les adultes où la différence est plus nette.

Peu de différences en fonction du niveau économique du ménage sont enregistrées en ce qui concerne **les traitements d'urgence**.

Les autres types de traitements (prothèses, implants, couronnes) sont à peine plus fréquents pour les parents de foyers plus modestes alors que la différence inverse est relevée pour les soins en orthodontie, dont les enfants aisés bénéficient plus souvent.

M.I.S TREND
© Août 2016

Consultation, soins et traitements dentaires

Type de soins	Foyers modestes - moyens inférieurs	Foyers moyens supérieurs - aisés	Différence foyers plus aisés versus plus modestes
Contrôle parent	79%	89%	+10%
Contrôle enfant	74%	87%	+13%
Détartrage parent	59%	68%	+9%
Détartrage enfant	39%	49%	+10%
Caries parent	39%	27%	-12%
Caries enfant	17%	14%	-3%
Traitement d'urgence parent	15%	11%	-4%
Traitement d'urgence enfant	3%	7%	+4%
Autres traitements parent (prothèses, implants, dents de sagesses, couronnes, etc.)	18%	10%	-8%
Autres traitements enfant (orthodontie, etc.)	19%	27%	+8%

M.I.S TREND
© Août 2016

2.2. Assurance complémentaire dentaire pour les enfants

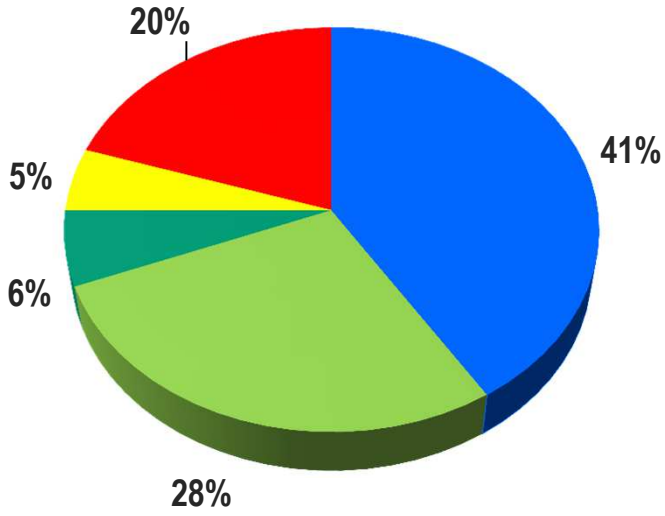
© Août 2016

Assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires: type de couverture

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

Q3

Ménages d'enfants de 0 à 18 ans



- Assurance complémentaire spécifique dentaire
- Assurance complémentaire globale
- Assurance complémentaire spécifique ET globale
- Assurance complémentaire mais ne sait pas quel type
- Non pas d'assurance complémentaire dentaire / ne sait pas

80% des ménages du canton de Vaud ont une assurance complémentaire dentaire pour au moins un de leurs enfants de 0 à 18 ans, dont 47% une assurance complémentaire spécifique dentaire.

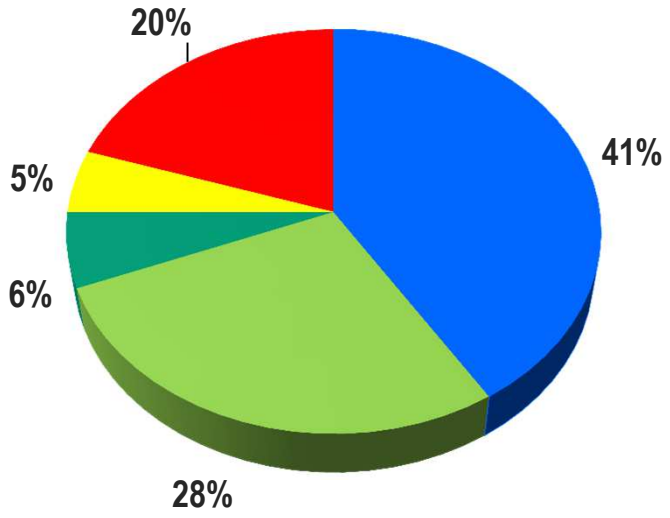
© Août 2016

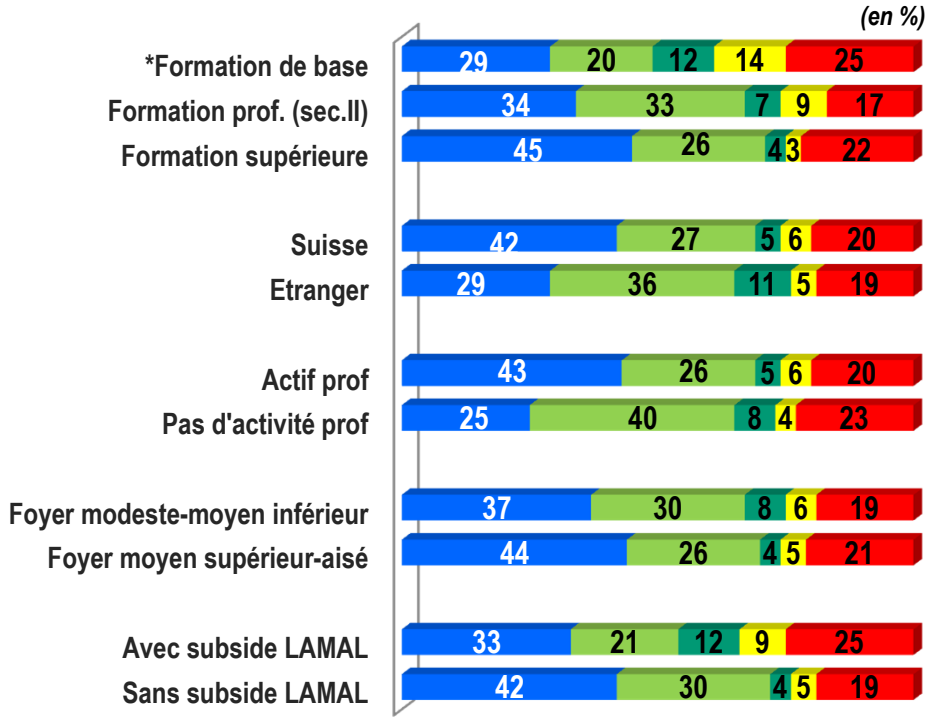
Assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires: type de couverture

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

Q3

Ménages d'enfants de 0 à 18 ans





* base faible

- Assurance complémentaire spécifique dentaire
- Assurance complémentaire globale
- Assurance complémentaire spécifique ET globale
- Assurance complémentaire mais ne sait pas quel type
- Non pas d'assurance complémentaire dentaire / ne sait pas

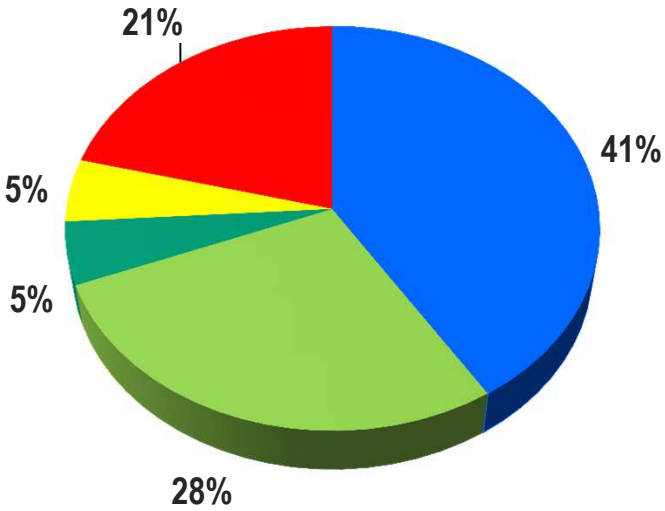
M.I.S TREND
© Août 2016

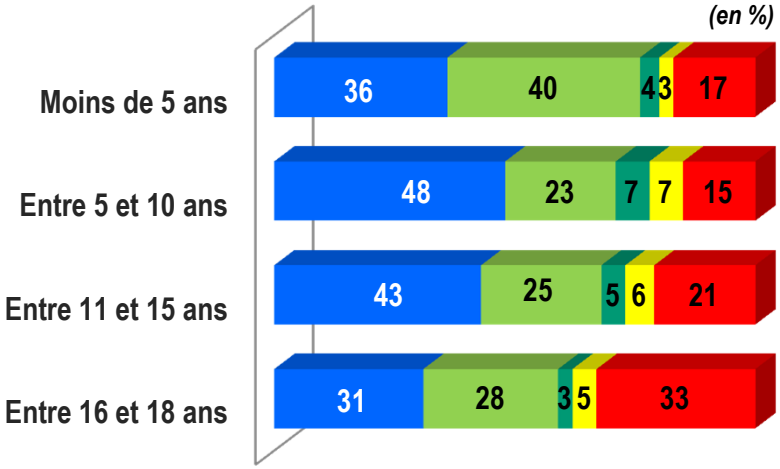
Assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires: type de couverture

(Base : 916 enfants 0 à 18 ans)

Q3

Enfants de 0 à 18 ans





- Assurance complémentaire spécifique dentaire
- Assurance complémentaire globale
- Assurance complémentaire spécifique ET globale
- Assurance complémentaire mais ne sait pas quel type
- Non pas d'assurance complémentaire dentaire / ne sait pas

79% des enfants de 0 à 18 ans du canton de Vaud sont couverts, dont 46% par une assurance complémentaire spécifique dentaire.

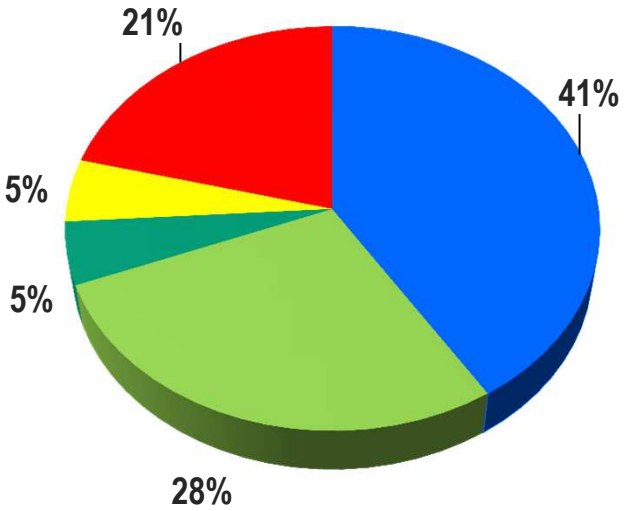
© Août 2016

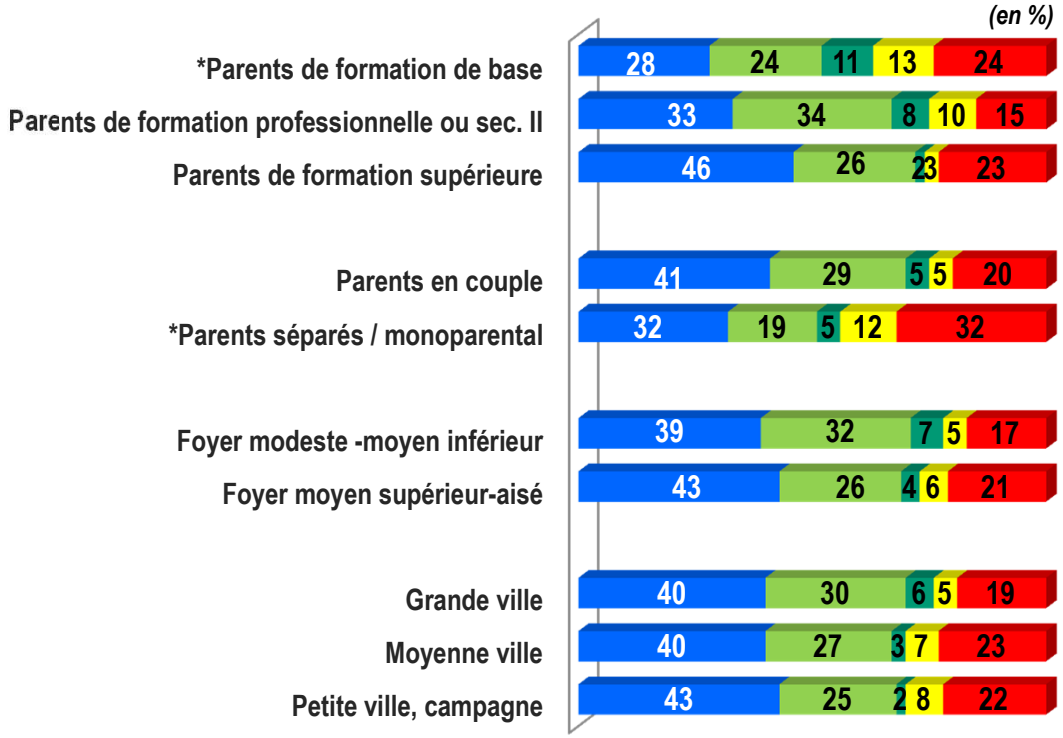
Assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires: type de couverture

(Base : 916 enfants 0 à 18 ans)

Q3

Enfants de 0 à 18 ans





* base faible

- Assurance complémentaire spécifique dentaire
- Assurance complémentaire globale
- Assurance complémentaire spécifique ET globale
- Assurance complémentaire mais ne sait pas quel type
- Non pas d'assurance complémentaire dentaire / ne sait pas

© Août 2016

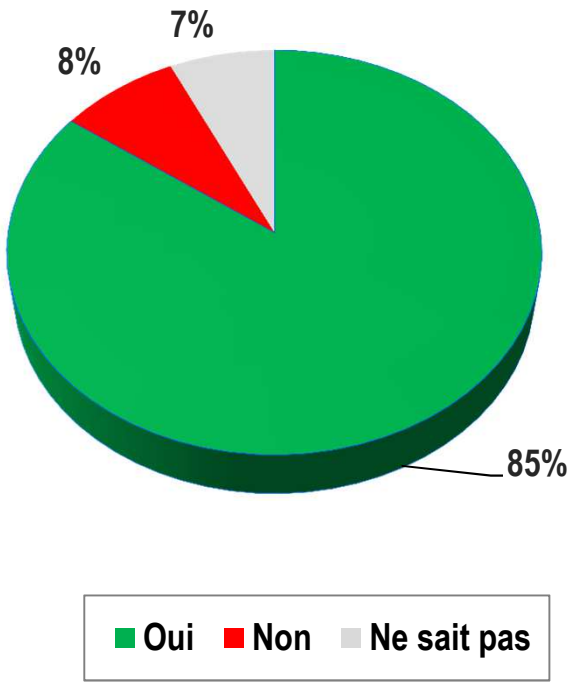
Couverture assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires : prestation soins d'orthodontie

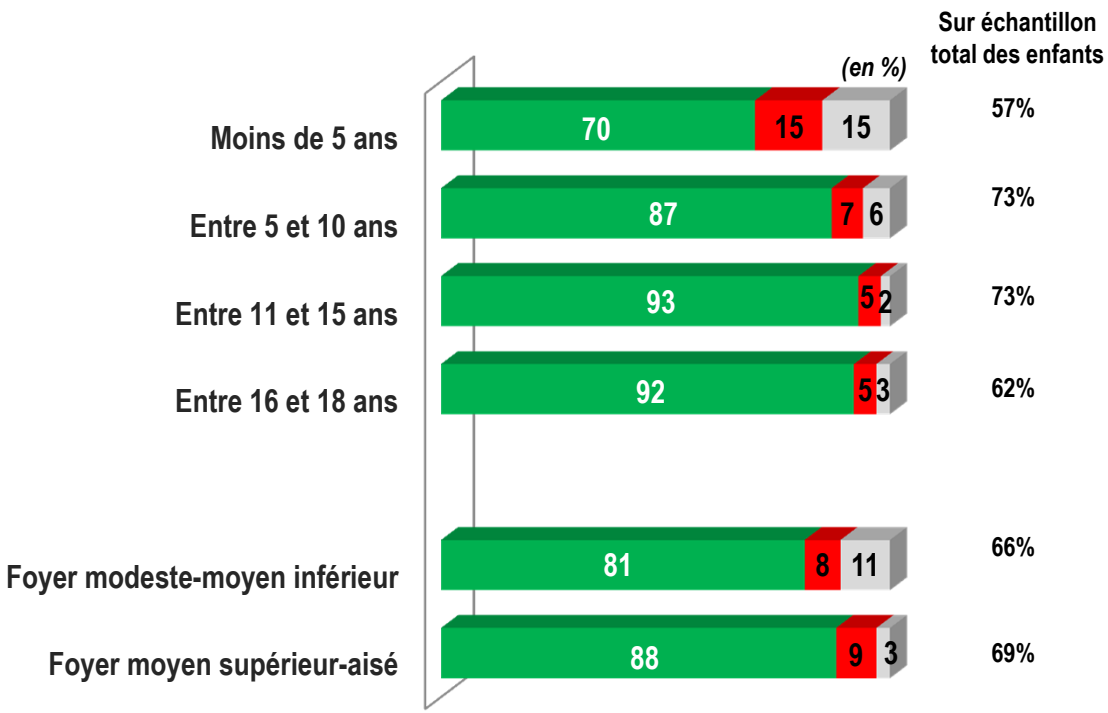
(Base : 726 enfants 0 à 18 ans assurés par une assurance complémentaire pour soins dentaires)

Q4

Enfants de 0 à 18 ans

«Cette assurance couvre-t-elle les soins d'orthodontie ?»





85% des enfants ayant une assurance complémentaire pour soins dentaires sont couverts pour les soins d'orthodontie, soit 67% des enfants 0 à 18 ans du canton.

© Août 2016

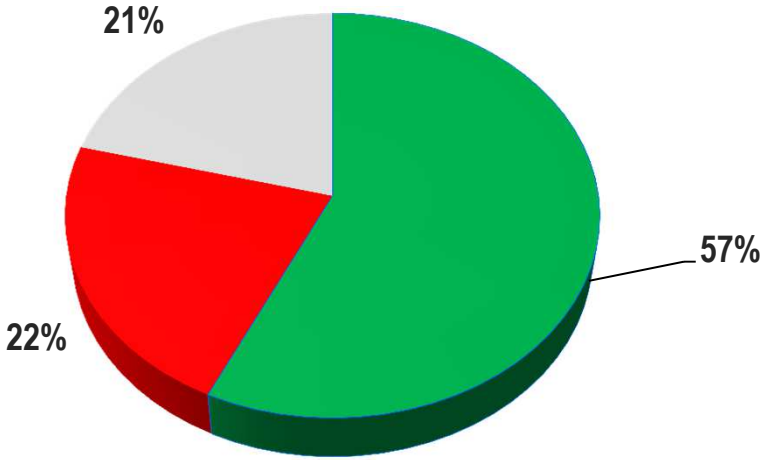
Couverture assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires : prestation soins de caries

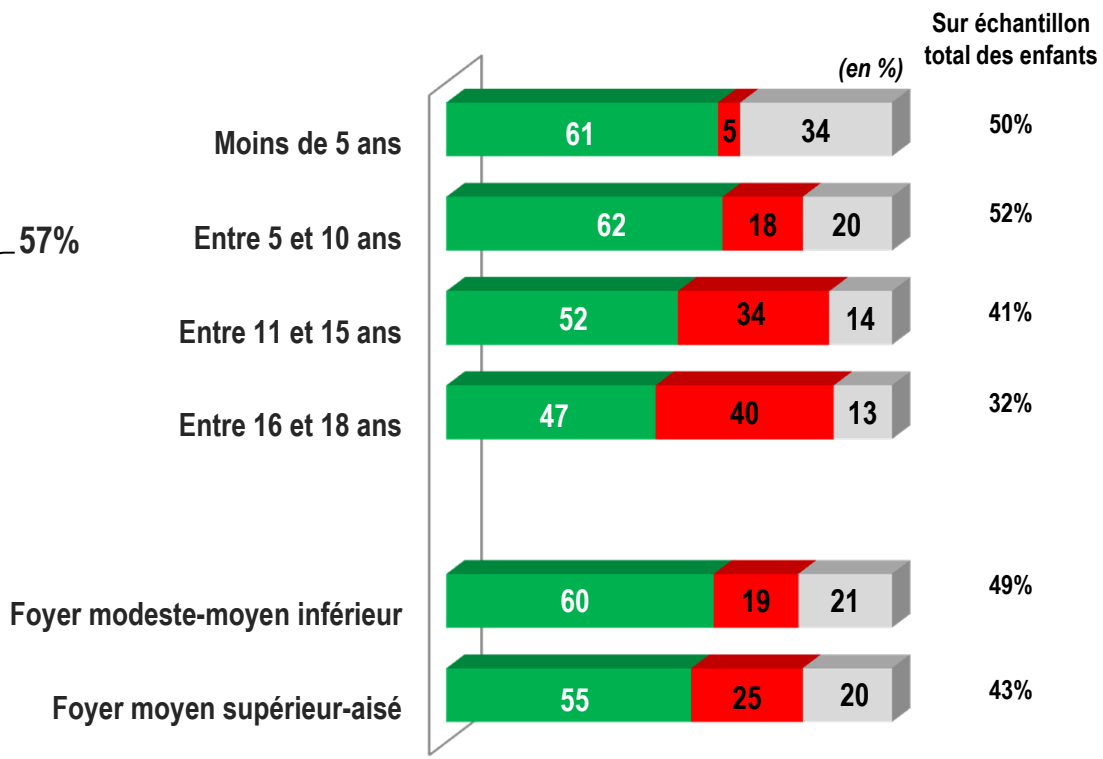
(Base : 726 enfants 0 à 18 ans assurés par une assurance complémentaire pour soins dentaires)

Q5

Enfants de 0 à 18 ans

«Cette assurance couvre-t-elle les soins de caries ?»





Oui | Non | Ne sait pas

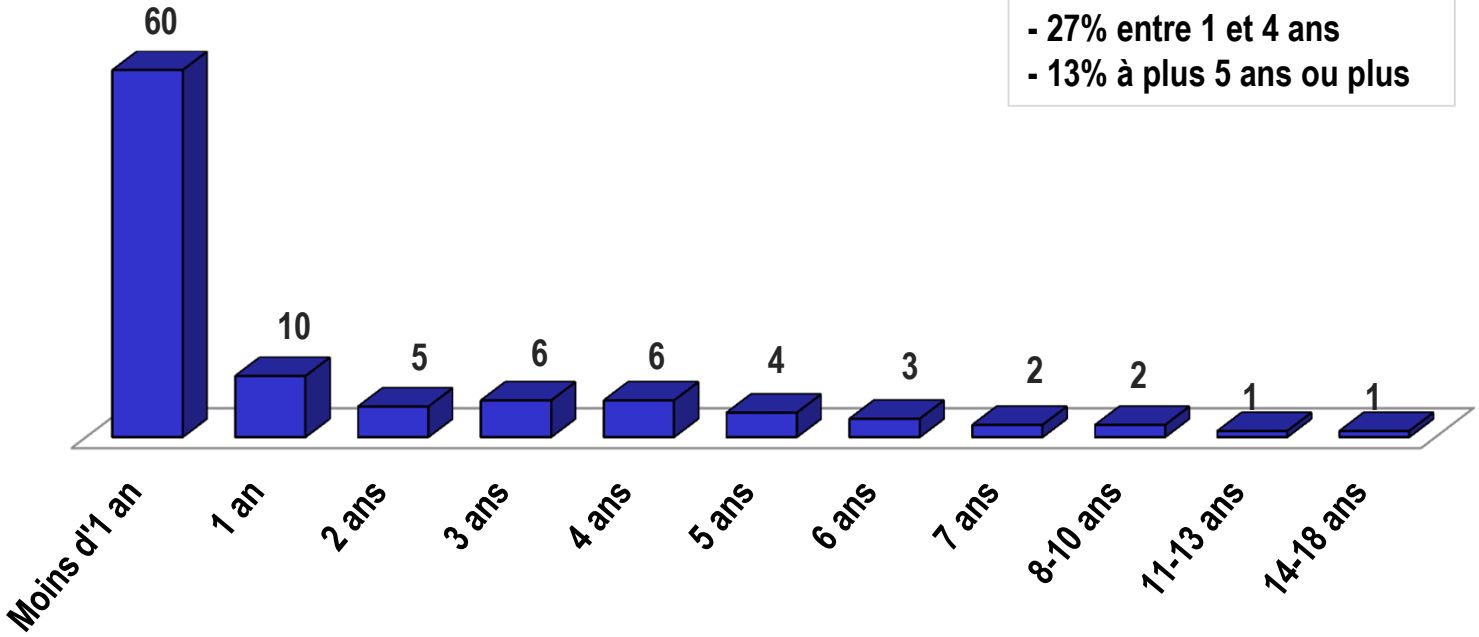
57% des enfants ayant une assurance complémentaire pour soins dentaires sont couverts pour les soins de caries, soit 45% des enfants 0 à 18 ans du canton.

© Août 2016

Age des enfants au moment de la conclusion de l' assurance complémentaire pour soins dentaires

(Base : 726 enfants 0 à 18 ans assurés par une assurance complémentaire pour soins dentaires)

Q6



Soit :
- **60% à moins d'un an**
- **27% entre 1 et 4 ans**
- **13% à plus 5 ans ou plus**

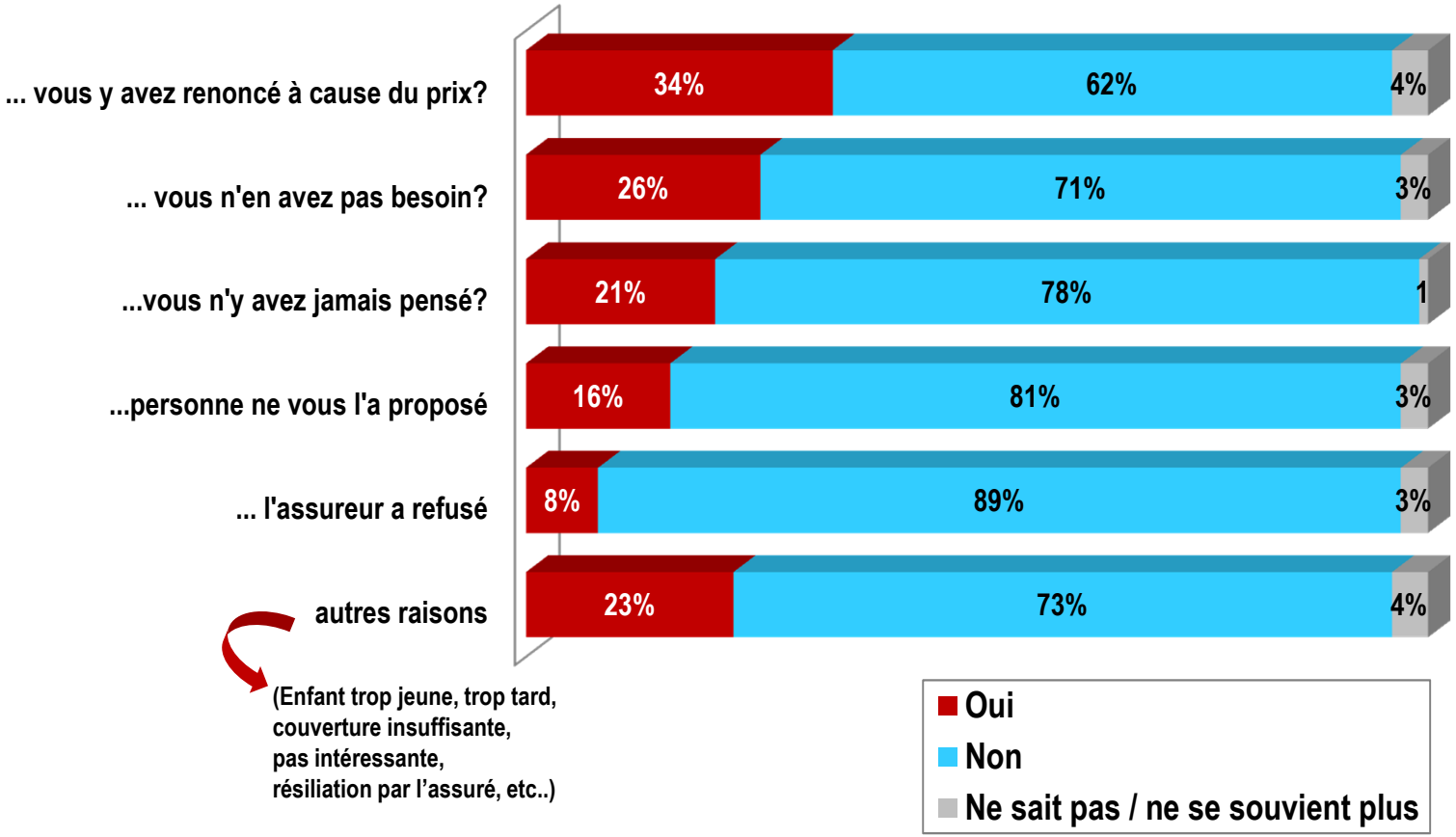
M.I.S TREND
© Août 2016

Raisons de ne pas avoir contracté d'assurance complémentaire dentaire pour ses enfants

(Base : 113 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans n'ayant pas d'assurance complémentaire dentaire pour au moins un de leurs enfants)

Q7

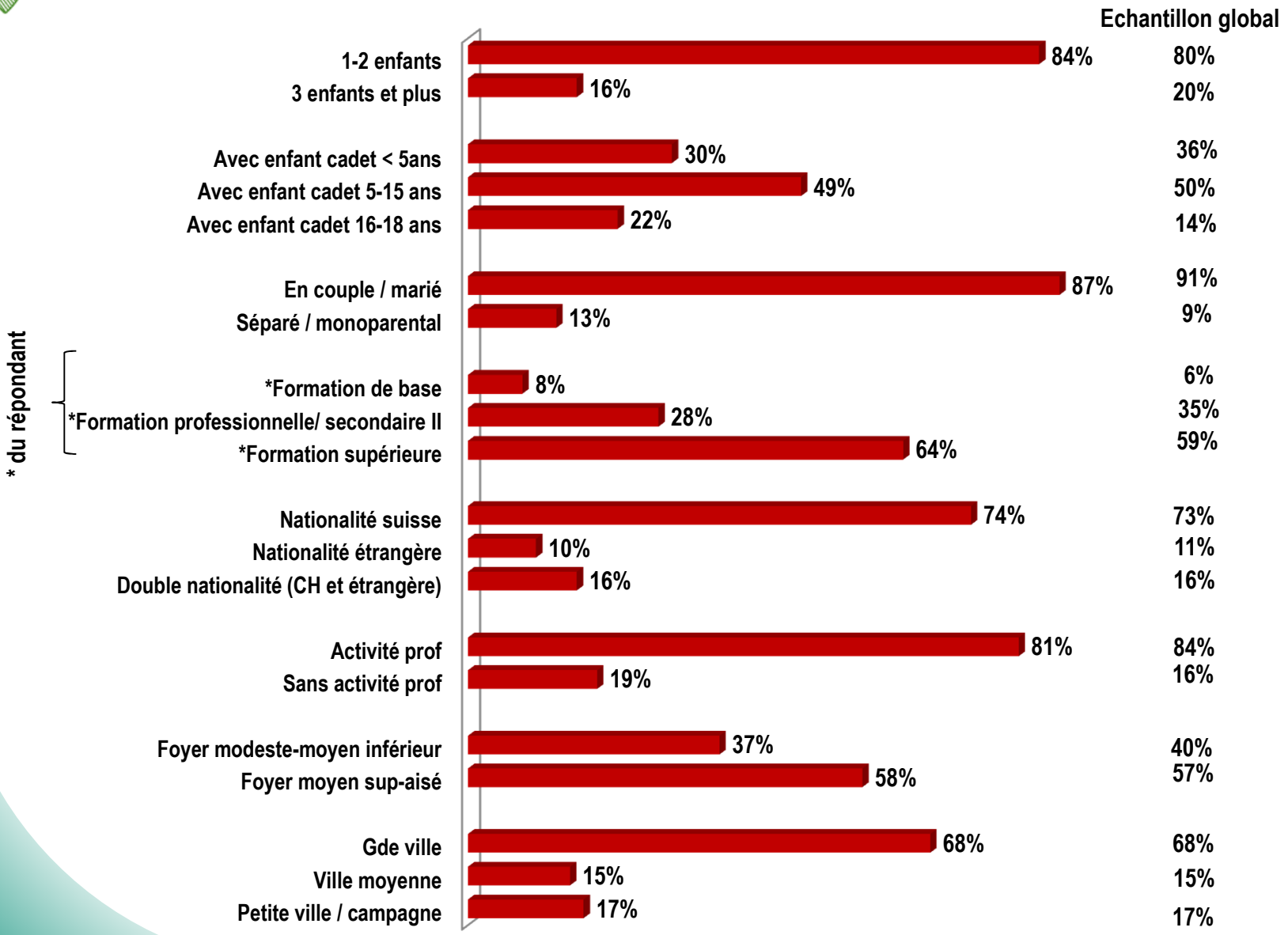
«Etait-ce parce que ...»



© Août 2016

PROFIL SOCIO- DÉMOGRAPHIQUE DES MÉNAGES SANS ASSURANCE DENTAIRE POUR LEURS ENFANTS PAR RAPPORT À L'ECHANTILLON TOTAL

(Base : 101 ménages avec enfants de 0 à 18 ans)



© Août 2016

Couverture assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires

(graphique 20)

Les résultats de cette étude montrent que 8 ménages sur 10 ont souscrit **une assurance complémentaire dentaire**, pour un de leurs enfants au moins, auprès d'une caisse privée (83%). Pour près de la moitié (47%), il s'agit d'une **assurance spécifique dentaire** alors que pour 34%, c'est une **complémentaire de type globale** sous forme de package qui couvre des frais dentaires. Seuls 18% des foyers avec enfants n'ont aucune assurance complémentaire dentaire et 2% l'ignorent, raison pour laquelle nous les avons assimilés aux foyers non-assurés.

(graphique 21)

Le **taux de couverture** des enfants est assez **homogène** en fonction du **profil du ménage**. En revanche, les principales variations résident dans **le type d'assurance complémentaire** souscrite. Ainsi, les **parents de formation supérieure**, **de nationalité suisse**, **de foyers plus aisés et donc sans subside LAMAL** ont davantage tendance à contracter des **assurances spécifiques dentaires** alors que les ménages **moins aisés** ou encore de **nationalité étrangère** optent plutôt pour une **assurance complémentaire globale** couvrant les frais dentaires.

(graphique 22)

Les **enfants couverts** par une assurance dentaire représentent **79%, dont 46% par une assurance dentaire spécifique et 33% par une complémentaire globale**. La part d'enfants non-couverts s'élève donc à 21%. Les différences en fonction de l'âge sont assez marquées. Les mieux assurés sont les 5-10 ans où le taux global s'élève à 85% contre 67% pour les 16-18 ans.

© Août 2016

Couverture assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires

(graphique 22 suite)

Les enfants entre **5 et 15 ans** ont plutôt une **assurance dentaire spécifique** alors que la répartition entre les deux types de complémentaires (spécifique ou globale) est assez égale chez les plus jeunes et les plus âgés.

(graphique 23)

Les enfants de **familles monoparentales** semblent **moins bien assurés** que ceux dont les parents sont en couple: 68% contre 80%, même si ce résultat est à interpréter comme une tendance vu qu'il repose sur une base assez faible de répondants. Les **parents en couple**, tout comme ceux ayant **une formation supérieure**, ont tendance à choisir le modèle d'assurance spécifique dentaire. Quant au **lieu d'habitation**, il n'influence guère le taux et le modèle de couverture puisqu'aucune différence significative n'est relevée entre les grandes agglomérations et les zones rurales.

(graphique 24)

85% des enfants assurés sont couverts pour **les soins en orthodontie**. En ramenant ce résultat sur l'ensemble des enfants de 0 à 18 ans, on constate que, pour les deux-tiers d'entre eux, tout ou partie des frais liés à ce type de traitement seraient donc pris en charge. Les moins de 5 ans sont assurés à raison de 57% (soit 70% des assurés) alors que ce pourcentage grimpe, pour les 5-15 ans, à 73% (soit entre 87 et 93% des assurés). Notons toutefois que pour 15% des jeunes enfants assurés, leurs parents ignorent s'ils sont couverts ou pas pour l'orthodontie, ne s'étant certainement pas encore préoccupés de cette question.

© Août 2016

Couverture assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires

(graphique 24 suite)

Peu de différences existent entre les enfants de **foyers modestes** et aisés sur le taux de couverture en soins en orthodontie, si ce n'est qu'une légère surreprésentation des **foyers plus aisés**.

(graphique 25)

Si la couverture en soins en orthodontie est assez large, ce n'est **pas le cas des soins de caries**. En effet, une petite majorité des enfants couverts par une assurance dentaire le sont pour les caries, ce qui porte à seulement 45% des enfants du canton couverts pour ce type de traitement. Le taux de couverture est toutefois plus élevé chez les enfants de moins de 10 ans (6 enfants assurés sur 10, soit la moitié sur l'échantillon global) contre environ la moitié des assurés des plus de 10 ans, soit 41% des 11-15 ans respectivement 32% des 16-18 ans. Aucune différence notoire n'est à relever selon le type de foyer.

(graphique 26)

Pour la grande majorité des enfants (60%), **l'âge de conclusion d'une assurance complémentaire**, en l'occurrence dentaire, est **en dessous d'un an**, certainement à la naissance. Pour un peu plus d'un quart, les enfants concernés avaient entre 1 et 4 ans, alors que pour 13%, ils étaient âgés de 5 ans et plus.

© Août 2016

Couverture assurance complémentaire des enfants pour soins dentaires

(graphique 27)

Ce sont surtout des **raisons financières** qui constituent **le frein principal** pour ne pas avoir contracté d'assurance complémentaire dentaire pour les enfants, mentionnées par un tiers de ceux qui n'ont pas ce genre d'assurance.

Un quart invoque le fait de **ne pas en avoir besoin** et 2 sur 10 de ne jamais y avoir pensé. 16% l'auraient peut être fait mais **personne ne leur a proposé** alors que pour la moitié moins, **l'assureur a refusé**.

Les autres raisons évoquées sont le fait que l'enfant est trop jeune ou au contraire que c'est trop tard ou enfin que la couverture est insuffisante et donc peu intéressante.

(graphique 28)

Le profil des ménages n'ayant pas conclu d'assurance dentaire pour leurs enfants se distingue très peu de celui de l'échantillon global des ménages interrogés. Les légers écarts ne sont pas significatifs et restent dans la marge d'erreur.

© Août 2016

2.3. Assurance complémentaire dentaire pour les adultes

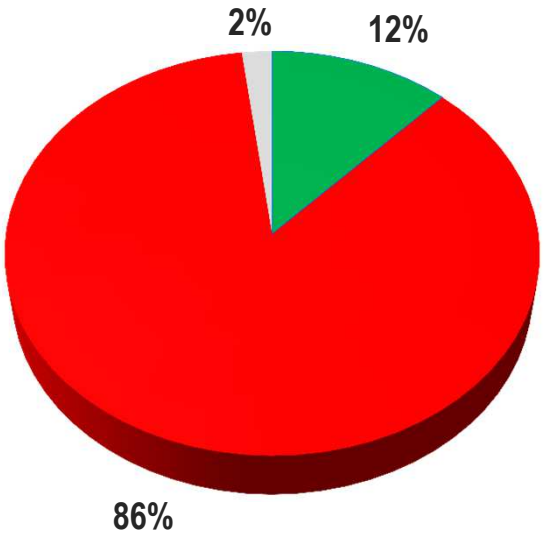
© Août 2016

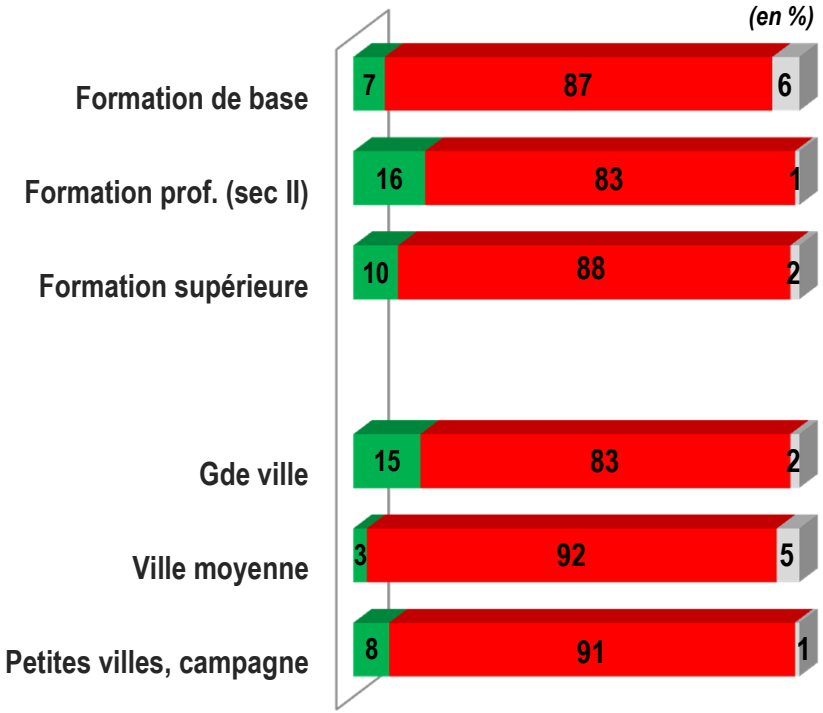
Couverture assurance complémentaire des adultes pour soins dentaires

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

Q8

«Vous-même, avez-vous une assurance complémentaire dentaire?»





Oui Non Ne sait pas

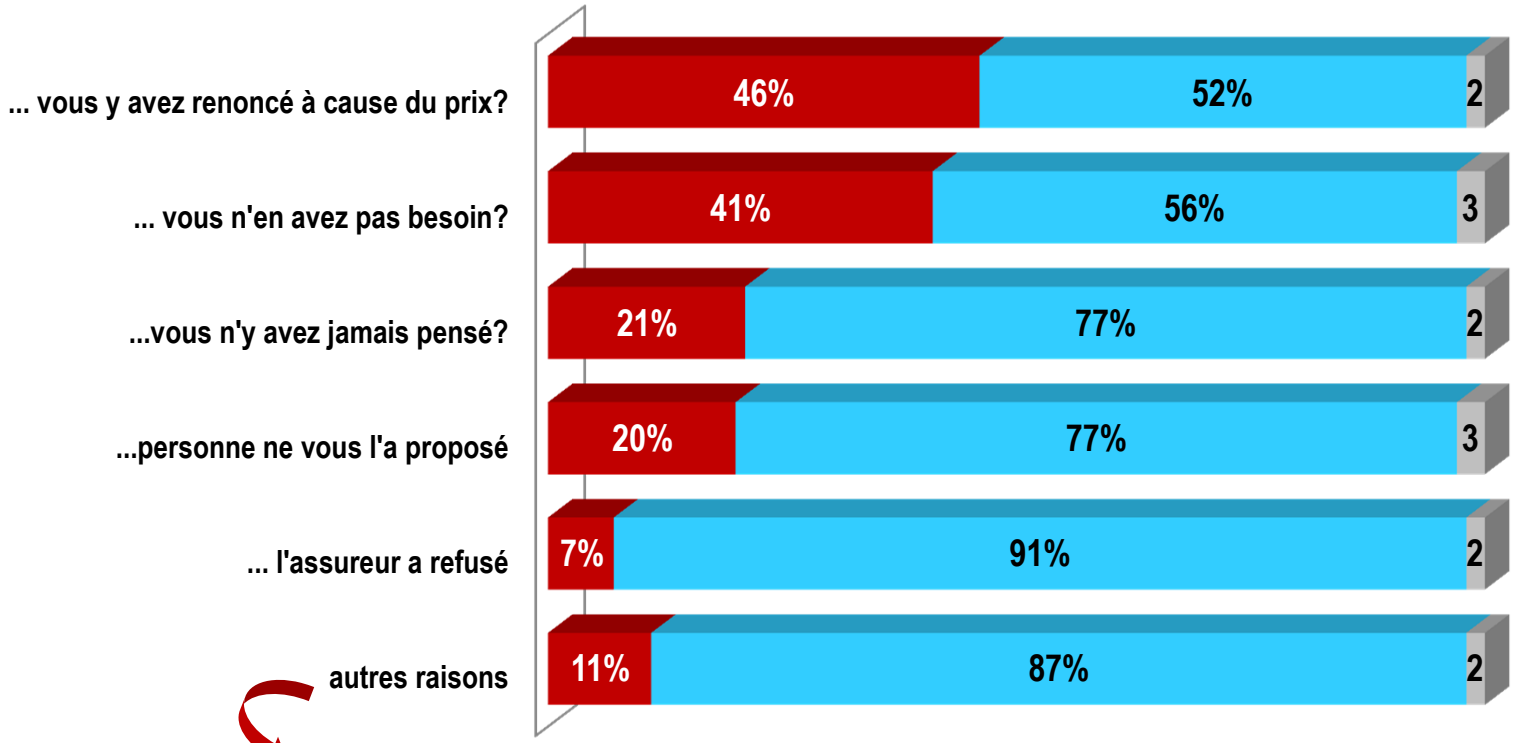
M.I.S TREND
© Août 2016

Raisons de ne pas avoir contracté d'assurance complémentaire dentaire pour soi-même

(Base : 433 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans n'ayant pas de complémentaire dentaire pour eux-mêmes)

Q9

«Etait-ce parce que ...»



(trop tard, trop âgé, a une autres solution (ami dentiste, à l'étranger,...), contre les assurances, couverture insuffisante, pas intéressante, n'existait pas à l'époque, etc.)

- Oui
- Non
- Ne sait pas / ne se souvient plus

© Août 2016

Assurance complémentaire dentaire pour les adultes

(graphique 34)

La couverture par **une assurance complémentaire pour soins dentaires** auprès des **adultes** est largement **moins répandue**. En effet, seuls 12% en ont une, avec une légère surreprésentation de ceux qui ont une formation professionnelle et qui résident dans les grandes villes.

(graphique 35)

Le prix et le manque d'utilité sont clairement les raisons principales, citées par plus de 4 répondants sur 10, pour ne pas avoir conclu une telle assurance. Le fait de **ne jamais y avoir pensé** et que **personne ne l'ait proposé** sont évoqués par 2 personnes sur 10.

Enfin, il est rare que l'assureur ait refusé (7%). Les autres raisons sont le fait d'avoir une autre solution telle qu'un ami dentiste ou des soins dentaires à l'étranger, la couverture peu intéressante ou parce qu'il est trop tard.

M.I.S TREND
© Août 2016

2.4. Subside cantonal à l'assurance maladie et régime social cantonal / prestions complémentaires

© Août 2016

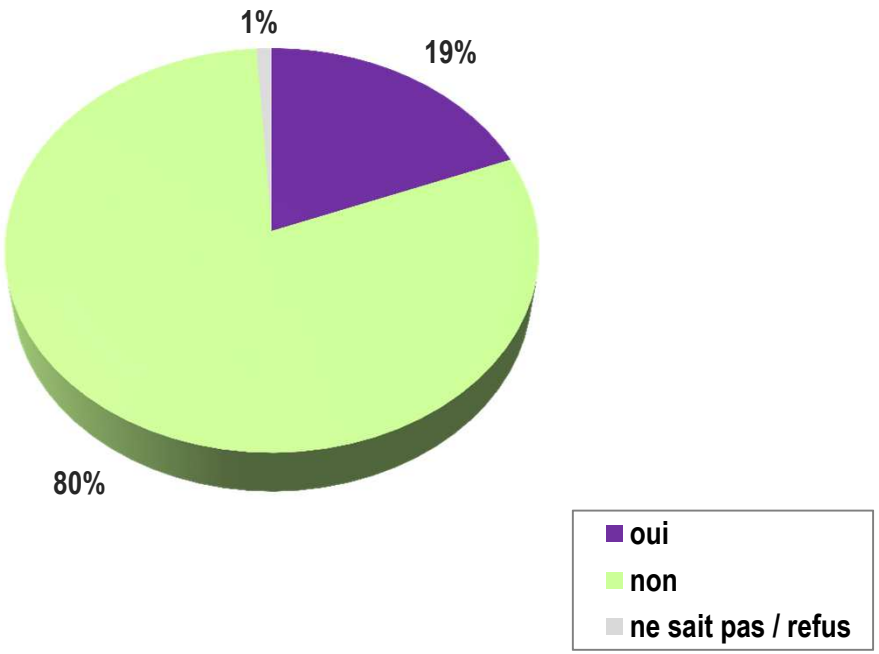
Subside cantonal à l'assurance-maladie et régime cantonal social cantonal ou prestations complémentaires AVS / AI

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

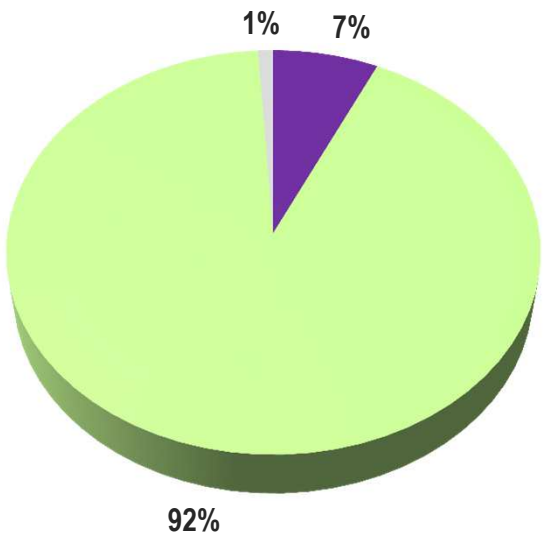
SD6 SD7

« Etes-vous, vous même ou un membre de votre ménage, au bénéfice d'....»

...un subside cantonal à l'assurance-maladie?



... un régime social cantonal ou de prestations complémentaires AVS / AI?

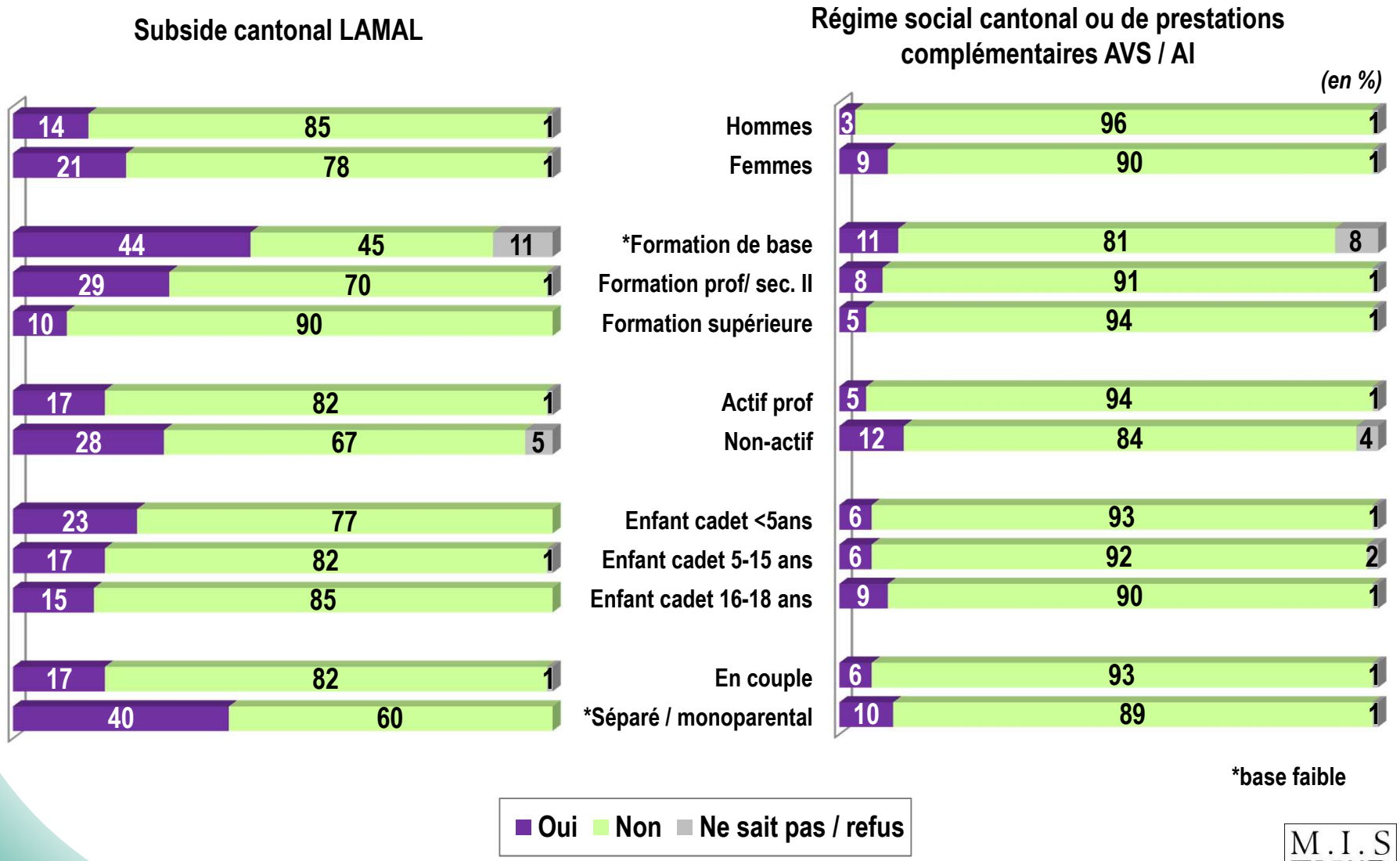


© Août 2016

Subside cantonal à l'assurance-maladie et régime cantonal social cantonal ou prestations complémentaires AVS / AI

(Base : 505 ménages (parents) avec enfants de 0 à 18 ans)

SD6 SD7



*base faible

© Août 2016

Subside cantonal à l'assurance-maladie et régime cantonal social cantonal ou prestations complémentaires AVS / AI

(graphique 38)

2 ménages sur 10 avec enfants toucheraient un **subside cantonal à l'assurance maladie** pour un de leurs membres et 7% seraient au bénéfice **d'un régime social cantonal ou de prestations complémentaires AVS / AI.**

(graphique 39)

Les **femmes** se déclarent plus nombreuses à toucher ces prestations sociales et ce sont principalement les **foyers monoparentaux** les plus concernés par le subside à la LAMAL (40% contre 17% pour les couples), en interprétant ce chiffre avec prudence en raison du nombre peu élevé de ménages monoparentaux dans l'échantillon. Le **niveau de formation** est directement corrélé avec l'obtention des subsides davantage attribués aux personnes avec une formation de base (44%) puis avec formation professionnelle ou secondaire II (29%) qu'aux formations supérieures qui ne sont que 10% à les toucher.

L'âge des enfants joue également un rôle puisque les ménages dont l'enfant cadet a moins de 5 ans sont 23% à toucher un subside contre 16% en moyenne pour les ménages ayant leur cadet plus âgé.

© Août 2016

3. Synthèse et conclusions

© Août 2016

Synthèse et conclusions

Cette étude permet d'établir les **constats suivants**:

- D'une manière générale, une grande majorité des **familles vaudoises consultent régulièrement les cabinets dentaires** et **les enfants sont assez largement assurés** en matière de soins dentaires.

Consultations et soins dentaires

- **A partir de 5 ans**, plus des trois-quarts des enfants ont consulté plus ou moins récemment un dentiste pour un **contrôle hors dépistage annuel à l'école**.
- Les **soins de caries** concernent un quart des 5-10 ans, les plus touchés, et diminuent progressivement avec l'âge des enfants, cette proportion remontant tout de même à 30% pour les parents.
- Près de 4 enfants sur 10 dès l'âge de11 ans ont recours à **d'autres types de traitements**, à savoir principalement **l'orthodontie**.

- **L'aspect économique** est directement corrélé avec les habitudes en matière de consultations dentaires, particulièrement en ce qui concernent **les contrôles et les détartrages chez les adultes et les enfants**. Les parents et les enfants de foyers plus modestes consultent moins pour des contrôles et des détartrages, pour eux-mêmes et leurs enfants, ayant comme conséquence directe une proportion plus importante de **soins de caries** auprès de cette population. Les enfants de foyers plus aisés sont proportionnellement un peu plus nombreux à suivre un **traitement en orthodontie**.

© Août 2016

Synthèse et conclusions

Couverture par une assurance complémentaire pour soins dentaires

- **8 enfants sur 10** sont assurés auprès d'une caisse d'assurance pour les soins dentaires avec une prédominance pour le modèle **d'assurance complémentaire spécifique dentaire** (46%) par rapport à une **assurance dentaire globale** (33%). Seuls **2 enfants sur 10** ne sont **pas assurés**.
- Le **taux de couverture** des enfants varie peu selon le profil socio-démographique de leurs parents, en revanche, **le modèle d'assurance** choisi dépend largement du **niveau socio-économique de leur ménage**. Les foyers **plus aisés** privilégient l'assurance dentaire **spécifique** à l'inverse des ménages plus **modestes** qui choisissent l'assurance de **type globale** couvrant les frais dentaires.
- Quelle que soit l'option choisie, les **traitements en orthodontie** sont couverts alors que ce n'est pas le cas des **soins de caries**.
- Les parents s'y prennent tôt, généralement **dès la naissance (60%)**, pour conclure ce type d'assurance pour leurs enfants.
- La **couverture en matière des soins dentaires pour les adultes** demeure l'exception.
- Les **raisons financières** ainsi que le **manque d'utilité** constituent les obstacles principaux à la souscription d'une assurance complémentaire dentaire.

© Août 2016

canton de vaud

M.I.S TREND

ETUDE AUPRÈS DES FAMILLES VAUDOISES SUR LA COUVERTURE EN SOINS DENTAIRES

réalisée pour le
Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) de l'Etat de Vaud

Août 2016

M.I.S TREND
© Août 2016

PROJET DE DÉCRET
ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil

du 15 février 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles 78 à 82 et 98a de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003

vu les articles 25, alinéa 3, 98, 98a, 100 et 103b de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP)

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

décrète

Art. 1

[1] Les électeurs en matière cantonale seront convoqués par un arrêté du Conseil d'Etat afin de répondre aux trois questions suivantes :

1. Acceptez-vous l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?

Art. 65b (nouveau) Soins dentaires

[1] L'Etat met en place une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire.

[2] Il met en place un réseau de policliniques dentaires régionales.

[3] Le financement de l'assurance des soins dentaires de base est assuré, pour les personnes cotisant à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) par un prélèvement analogue à celui de l'AVS et, pour les autres, par la politique sanitaire cantonale."

2. Acceptez-vous le contre-projet du Grand Conseil qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?

Art. 65b (nouveau) Santé bucco-dentaire

[1] L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes :

a. *assurer une promotion et une prévention efficientes en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaires ;*
b. *promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers et par un accès aux soins dentaires.*

[2] Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des enfants, des jeunes, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables.

[3] L'Etat prévoit des aides financières sous condition, couvrant les frais des traitements dentaires.

[4] L'Etat peut promouvoir la couverture assécurologique des enfants.

3. Si l'initiative populaire et le contre-projet sont acceptés par le peuple, est-ce l'initiative ou le

contre-projet qui doit entrer en vigueur ?

Art. 2

[1] Le Grand Conseil recommande au peuple de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

Art. 3

[1] En cas de retrait de l'initiative, le contre-projet sera soumis seul au vote du peuple.

Art. 4

[1] Le résultat de la votation sera communiqué au Grand Conseil.

Art. 5

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de la publication et de l'exécution du présent décret.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

SEPTEMBRE 2017 **RC-334**
(maj.)

RAPPORT DE MAJORITE DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projet de décret ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil

1. PREAMBULE

La commission a tenu dix séances entre avril et septembre 2017. Afin de faciliter la lecture, la présence des différents membres de la commission est présentée sous la forme du tableau ci-après. Entre la séance du 19 juin 2017 et celle du 4 septembre 2017 est intervenu le changement de législature, impliquant le remplacement de quatre commissaires sortants ou non réélus.

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) était représenté par Mme Christine Cunier, Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise (remplacée par M. Karim Boubaker, Médecin cantonal, le 12 avril, le 8 mai et le 19 juin 2017) et MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat en charge du DSAS, Aurélien Buffat, Responsable de missions stratégiques et administratives, Christophe Voggensperger, Juriste départemental et Marc Weber, Adjoint santé, Coordination surveillance sanitaire et sociale.

Par souci de confidentialité des débats des commissions, le terme "un commissaire/député" a systématiquement été utilisé dans le présent rapport pour désigner tout membre de la commission s'exprimant, quel que soit le genre de la personne intervenant.

Séances → / Commissaires↓	Lundi 3 avril 2017	Mercredi 12 avril 2017	Mardi 25 avril 2017 (matin)	Mardi 25 avril 2017 (après-midi)	Lundi 8 mai 2017	Mercredi 31 mai 2017	Lundi 12 juin 2017	Lundi 19 juin 2017	Lundi 4 septembre 2017	Mercredi 20 septembre 2017
Mojon, Gérard, Président	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent
Bolay, Guy-Philippe	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent
Buffat, Marc-Olivier	Hurni, Véronique	Hurni, Véronique	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent
Butera, Sonya	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente
Crottaz, Brigitte	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente
Despot, Fabienne	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Rey-Marion, Aliette	Durussel, José	Présente		
Dolivo, Jean-Michel	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent
Jaccard, Nathalie									Krug Glauser, Sabine	Présente
Jaccoud, Jessica	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Eggenberger, Julien	Présente	Présente
Jobin, Philippe	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Chollet, Jean-Luc	Présent	Présent	Glauser, Nicolas
Labouchère, Catherine	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Sonnay, Eric	Présente	Présente	Présente	Devaud, Grégory
Luisier Brodard, Christelle	Perrin, Jacques	Perrin, Jacques	Hurni, Véronique	Présente	Présente	Ruch, Daniel	Présente	Présente	Gross, Florence	Présente
Melly, Serge	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Excusé	Présent	Présent	Présent
Meyer Keller, Roxanne									Présente	Présente
Podio, Sylvie	Présente	Excusée	Martin, Josée	Martin, Josée	Martin, Josée	Martin, Josée	Martin, Josée	Martin, Josée		
Rey-Marion, Aliette									Présente	Présente
Richard, Claire									Présente	Présente
Schaller, Graziella	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente	Richard, Claire	Présente		
Sordet, Jean-Marc	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Chollet, Jean-Luc	Chollet, Jean-Luc
Uffer, Filip	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Eggenberger, Julien	Présent		
Venizelos, Vassilis	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	Jaccard, Nathalie	Présent	Présent

2. CONTEXTE

Saisie des
EMPD 334 « Exposé des motifs et projet de décret ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" (l'initiative) et sur le contre-projet du Grand Conseil et Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat de M. Jean-Michel Dolivo et consorts au nom du groupe AGT "pour une assurance cantonale prenant en charge les soins dentaires de base et la mise en place de policliniques dentaires régionales dans le canton" (10_POS_188) » et
EMPL 350 « Exposé des motifs et projet de loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (LSB) et modifiant les lois - sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD), - sur la santé publique (LSP), - sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS) »,
la commission a initialement décidé de traiter d'abord l'EMPL 350, cela essentiellement afin d'être à même de se prononcer sur les articles constitutionnels de l'EMPD 334, en ayant connaissance des dispositions législatives d'application devant en découler, qu'elle aurait choisi de recommander au Grand Conseil.

Ces travaux ont occupé huit séances, tenues entre le 3 avril et le 19 juin 2017. La commission a entendu une présentation générale de la médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise sur la situation des soins bucco-dentaires dans le canton, ainsi qu'une présentation détaillée de l'initiative et du contre-projet du Conseil d'Etat y relatifs, de la part du Conseiller d'Etat en charge du DSAS (CE). Elle a procédé à neuf auditions, analysé l'ensemble de la partie générale de l'EMPL et procédé à la première lecture d'une partie de la loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (LSB).

A la reprise des travaux, au début de la nouvelle législature, le 4 septembre 2017, le Conseiller d'Etat a, d'emblée, fortement invité la commission à suspendre ses travaux sur la LSB et les modifications d'autres lois en découlant, et à donner priorité à l'étude de l'EMPD 334 et à ses dispositions de rang constitutionnel, cela afin de tenir compte des délais constitutionnels liés à l'initiative. Plusieurs commissaires ont rappelé que le choix initial de la commission avait été motivé par le fait de pouvoir se prononcer sur la disposition constitutionnelle en ayant connaissance de la portée de la loi d'application qu'elle proposerait d'y associer. Afin toutefois de permettre la soumission au peuple de l'initiative et du contre-projet du Grand Conseil dans des délais ne s'éloignant pas exagérément trop de ceux découlant des dispositions légales, la commission a, à l'unanimité de ses membres, accepté d'inverser ses priorités et de débuter immédiatement l'étude de l'EMPD 334. Elle y a consacré deux séances. Elle a également accepté de soumettre le décret de l'EMPD 334, séparément de l'EMPL 350 et du rapport sur le postulat Dolivo, au Grand Conseil.

Malgré les très nombreuses modifications apportées au projet de LSB par la commission et formellement interrogé à plusieurs reprises par celle-ci à ce sujet, le Conseiller d'Etat a fait savoir que le Conseil d'Etat n'entendait pas retirer son projet de loi.

En conséquence, le présent rapport traite exclusivement de l'« Exposé des motifs et projet de décret ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil ». Il présente, de manière extrêmement résumée et dans les très grandes lignes, les principales réflexions menées durant l'analyse de la partie générale de l'EMPL 350, ainsi que les travaux relatifs à l'EMPD 334.

Courrier du Conseil d'Etat au président de la commission

En date du mardi 19 septembre 2017, le Conseil d'Etat a adressé un courrier au « *Président de la commission chargée des objets 334 et 350* », ayant pour objet la « *transmission de l'EMPD 334 au Grand Conseil* ». Copie était adressée à Madame la Présidente du Grand Conseil ainsi qu'au Secrétariat Général. Ce courrier a été immédiatement transmis, avec l'accord de M. le Chancelier, à tous les membres de la commission.

Après avoir pris acte du fait que « *lors de sa séance du 4 septembre, la commission a décidé de traiter l'EMPD 334, en interrompant momentanément ses travaux sur l'EMPL 350 … réorientation motivée par la nécessité de soumettre dans les meilleurs délais l'initiative à la votation populaire* », le Conseil d'Etat *« suggère à la commission de transmettre sans délais l'objet 334 au Grand Conseil, en faisant valoir l'urgence d'une votation dudit objet* ».

Lors de la séance de la commission tenue le 20 septembre 2017, le président de la commission a tenu à préciser que l'initiative a été déposée le 22 juillet 2014 alors que la commission a été saisie de l'objet le 3 avril 2017, date de sa première séance. En tenant dix séances en quatre mois (hors vacances parlementaires), le président constate que la commission a agi avec célérité et qu'ainsi, et sans qu'il ne lui en soit fait formellement grief, les retards pris par ce dossier ne peuvent en aucun cas lui (la commission) être imputés, même partiellement.

Le Conseil d'Etat poursuit son courrier susmentionné en constatant « *que l'EMPD en cause, plus spécifiquement le contre-projet qu'il contient, a été sensiblement amendé par la majorité de la commission. Ainsi les mesures de santé bucco-dentaires prévues dans le contre-projet du Conseil d'Etat, notamment en terme de promotion et prévention, ainsi que d'examens et dépistages dentaires, ont été limités, les personnes âgées et en situation de handicap ou particulièrement vulnérables étant exclues des mesures prioritaires. … Compte tenu des modifications importantes apportées par la commission aux textes présentés par le Conseil d'Etat, ce dernier pourrait être amené à revoir sa position sur l'initiative; en d'autres termes, la position exprimée dans l'EMPD 334 serait réexaminée, au cas où le contre-projet constitutionnel tel qu'amendé par la commission resterait inchangé. Nous vous saurions gré de bien vouloir informer le Grand Conseil de cette évolution possible dans votre rapport* ».

La présente mention donne suite au souhait exprimé par le Conseil d'Etat.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Au début des travaux de la commission, la médecin-dentiste conseil a présenté la situation de la santé bucco-dentaire dans le canton de Vaud. Il en ressort que la santé bucco-dentaire générale de la population vaudoise peut être qualifiée de bonne, même si elle reste perfectible sur plusieurs points. Quelque 75'000 citoyens vaudois bénéficient à ce jour d'une prise à charge totale ou partielle de leurs soins bucco-dentaires par les divers services de l'Etat, pour un montant de l'ordre de 30 millions de francs à charge de l'Etat.

Le Conseiller d'Etat en charge du DSAS a ensuite rappelé que l'initiative propose, via l'introduction, dans la Constitution vaudoise, d'un article 65b, « Soins dentaires », la mise en place d'une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention, la création d'un réseau de policliniques dentaires régionales et un financement par un prélèvement analogue à celui de l'AVS. Les coûts y relatifs sont estimés, par le comité d'initiative, à quelque 300 mios de francs. La médecin-dentiste conseil confirme cette estimation, le coût des soins bucco-dentaires par habitant en Suisse rapporté au nombre d'habitants dans le canton de Vaud, produisant un montant légèrement plus élevé, mais ayant pour avantage de tenir compte de l'ensemble des frais bucco-dentaires de la population, sans référence à un quelconque catalogue de prestations.

Le CE a ensuite également rappelé que le programme de santé publique vaudois en matière de santé bucco-dentaire vise l'amélioration 1) de l'hygiène bucco-dentaire, 2) du diagnostic des pathologies bucco-dentaires et 3) de l'accès aux soins et que le Conseil d'Etat a ainsi souhaité répondre à l'initiative en proposant un contre-projet constitutionnel. Le chef du DSAS a ensuite rapidement présenté le projet de loi LSB, dont les objectifs généraux sont d'améliorer la santé bucco-dentaire, en particulier des publics cibles, en 1) favorisant la promotion et la prévention en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaire, 2) promouvant et facilitant l'accès aux examens bucco-dentaires, 3) améliorant l'accès aux soins dentaires par des aides financières ciblées et 4) encourageant la couverture assécurologique des enfants. Le coût global du projet, à charge de l'Etat, s'élève, selon les estimations du Conseil d'Etat, à quelque 38 mios de francs.

Parmi les très nombreuses questions que cette présentation a d'emblée suscitées, le financement via une taxe sur les boissons sucrées (toutes les boissons sans alcool et contenant tout type de sucre ajouté) a particulièrement fait l'objet d'une intense discussion, fort controversée.

Sur la base des premiers travaux effectués par la commission sur la LSB, le Conseiller d'Etat a constaté, à la rentrée de septembre, que les fronts étaient relativement figés. Nonobstant, le Conseil d'Etat n'envisage pas de défendre un contre-projet vidé de toute sa substance, notamment pour des raisons d'équilibre vis-à-vis du texte de l'initiative. Le Conseil d'Etat est ainsi prêt à recommander le rejet de l'initiative pour autant que lui soit opposé une alternative substantielle. Il n'est pas non plus improbable que le Conseil d'Etat recommande l'approbation de l'initiative tout en retirant l'article constitutionnel (à savoir le contre-projet direct), laissant la LSB se poursuivre comme un projet de loi vivant sa vie pour lui-même.

4. POSITION DU COMITE D'INITIATIVE

A plusieurs reprise, les membres de comité d'initiative ont rappelé que leur texte avait été déposé le 22 juillet 2014 et qu'ainsi, malgré la prolongation d'un an accordé par le Grand Conseil, le délai légal pour soumettre l'objet au suffrage populaire était aujourd'hui dépassé. Ils envisagent en conséquence de saisir la Cour constitutionnelle.

A leurs yeux, les travaux relatifs à la LSB ne sont pas inutiles, celle-ci pouvant servir de loi d'application provisoire en cas d'acceptation de l'initiative.

5. AUDITIONS

A sa demande, la commission a successivement entendu les neuf entités/organisations suivantes, dont les positions sont extrêmement succinctement résumées ci-après.

1. Société vaudoise des médecins-dentistes (SSO-Vaud)

L'assemblée générale des médecins-dentistes vaudois, même si elle partage quelques considérants scientifiques avancés par le Conseil d'Etat, a décidé, à une très large majorité, de ne pas soutenir le texte du contre-projet du Conseil d'Etat, tel que formulé dans l'EMPD.

La SSO-Vaud considère que : l'assiette des bénéficiaires est trop large; le principe du conventionnement allant contre celui du libre choix du médecin-dentiste traitant, il n'est pas acceptable; la valeur du point tarifaire retenue ne permet pas de rentabiliser une structure de soins dentaires, quelle qu'elle soit; enfin, la présence forte de l'Etat dans l'ensemble du système proposé va à l'encontre de l'exercice libéral de la profession.

2. Service dentaire scolaire de l'Etat de Genève (SDS)

Une loi cantonale définit les missions du service dentaire scolaire de l'Etat de Genève.
- Le dépistage, de la 1ère à la 8ème Harmos, consiste en un examen clinique rapide annuel, mais de qualité, se déroulant en cabinet, mais intégralement pris en charge par l'Etat.
- Des cours en santé bucco-dentaire sont dispensés à raison d'une période de 45 minutes en 2P et de deux périodes en 5P et 7P.
- Des traitements conservateurs sont administrés à tous les enfants, entre 0 et 18 ans, résidents ou scolarisés dans le canton de Genève, les nécessitant. Ces soins sont à charge des parents, mais l'Etat en prend à charge entre 10 et 80%, suivant la situation financière des parents.
- Des bons pour des contrôles gratuits dans un cabinet dentaires sont distribués à tous les élèves de 9S; ils sont très peu utilisés.

3. Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse (SDJ)

SDJ présente la particularité d'être une association à but non lucratif, régie à la fois par ses propres statuts, par une convention avec les communes, en matière de subventionnement, ainsi que par un mandat de prestation avec le Département de la Santé, déléguant toutes les tâches de prophylaxie, prévention et promotion de la santé bucco-dentaire à SDJ. L'association dispose de son propre personnel médical, exerçant dans ses propres cabinets et cliniques dentaires. Son financement est essentiellement assuré par ses activités cliniques (y compris l'orthodontie).

SDJ gère l'ensemble du système de subventionnement des soins bucco-dentaires. Il surveille ainsi tous les coûts facturés pour les soins dentaires subventionnés, y compris l'orthodontie.

SDJ facture aux communes 40% (environ 8.2 mios de francs) des frais de traitement de tous les enfants (à l'exception des permis F ou N); les parents assumant les 60% restants.

Le système de prophylaxie, géré par SDJ, en vertu du contrat de prestation, est établi sur tout le canton, de manière harmonisée. Il est intégré dans le système de promotion de la santé Valais. L'Etat du Valais verse une contribution annuelle de l'ordre de CHF 400'000.- en rémunération de cette prestation.

4. Association suisse d'assurances (ASA)

L'ASA considère que le système actuel de soins dentaires, reposant sur la responsabilité individuelle, la prévention et la liberté thérapeutique, fonctionne bien. Elle en veut pour preuve que la santé dentaire de la population suisse est, selon l'OMS, l'une des meilleures au monde et que les frais dentaires augmentent moins vite que les autres prestations médicales ou que le PIB.

L'assurance de base rembourse les soins pour les affections dentaires causées par une maladie grave ou non évitable du système de la mastication et les coûts dus à un accident sont pris en charge par la LAA.

Les personnes en difficulté financière bénéficient également d'aides sociales publiques.

L'acceptation de l'initiative ou du contre-projet du Conseil d'Etat obligerait les assureurs à prendre en charge les traitements résultant d'une mauvaise hygiène dentaire; cela remettrait en cause le principe de proportionnalité et provoquerait, par la création de policliniques dentaires, une étatisation de la profession.

L'ASA rejette énergiquement tant l'initiative que le contre-projet élaboré par le Conseil d'Etat.

5. Association suisse des sources d'eaux minérales et des producteurs de soft drinks (SMS)

Les membres de la SMS couvrent quelque 84% du volume des eaux minérales et 97% des boissons rafraichissantes, produites en Suisse.

L'association refuse l'idée d'une taxe sur les boissons sucrées, seul objet de ses considérations.

Ses principaux arguments se fondent sur une stigmatisation arbitraire des boissons sucrées, sur le fait que la prévention demande une approche beaucoup plus globale et qu'aucun impôt n'a jamais empêché de carie ni fait perdre du poids.

Les membres de la SMS ont, sans aucune injonction légale, mais à la demande des consommateurs, déjà développé de nombreux produits peu caloriques. Ils constatent l'absence de lien de causalité consommation - santé.

6. Policlinique médicale universitaire, Lausanne (PMU)

La PMU a pour mission d'apporter les soins bucco-dentaires à toutes les populations vulnérables et aux patients à besoins spécifiques (personnes socio-économiquement défavorisées, malades, en particuliers hospitalisés ou incarcérés, migrants, personnes en situation de handicap), ceci dans toutes les tranches d'âge.

La PMU se félicite d'un contre-projet du Conseil d'Etat constitutif d'un véritable programme de santé publique, axé sur la prophylaxie, veillant à la santé bucco-dentaire à tous les stades de la vie et ciblant les personnes les plus atteintes en la matière.

Rencontrant de nombreux jeunes entre 18 et 25 ans, elle constate que, livrés à eux-mêmes, beaucoup adoptent des comportements à risque, détériorant leur santé bucco-dentaire, alors même qu'ils ont bénéficié de soins appropriés durant leur enfance. Elle relève également que des affections bucco-dentaires non traitées peuvent avoir une influence négative sur d'autres pathologies importantes, voire vitales.

7. Fédération romande des consommateurs (FRC)

La FRC salue l'idée de coupler amélioration de la santé bucco-dentaire et lutte contre la consommation de sucre, tout en précisant que l'idéal serait que l'action se déploie au niveau national.

Constatant que la consommation suisse de sucre correspond à plus du double des recommandations de l'OMS, il apparaît important, aux yeux de la FRC, d'en diminuer la consommation, en particuliers celle des sucres ajoutés, dans lesquels doivent être inclus tous les types d'édulcorants. Les mesures volontaires observées actuellement, même si elles vont dans le bon sens, ne sont, à son avis, largement pas suffisantes.

Pour la FRC, l'introduction d'une taxe liée à la quantité distribuée plutôt qu'au prix, est bonne et le montant de 30 centimes par litre, adéquat et suffisamment incitatif. Le produit de cette taxe doit cependant être clairement affecté à des buts de santé publique et ne doit en aucun cas servir de prétexte à la suppression de financements existants en matière de santé bucco-dentaire.

La fédération est fermement opposée à toute augmentation de prix de ces mêmes boissons, pour le consommateur.

8. Migros Vaud

Même si la formation, la qualité de vie, la prévention et la santé font partie de ses préoccupations quotidiennes, Migros Vaud est en profond désaccord avec le projet de taxe sur les boissons sucrées.

Une taxe de 30 centimes par litre n'aurait, à ses yeux, aucun impact sur les consommateurs. La définition des produits soumis à la taxe serait particulièrement difficile, voire impossible à établir; seule une liste exhaustive permettant une application sans ambiguïté de la loi. Le nombre de nouveaux produits faisant chaque mois leur apparition sur le marché rend l'établissement d'une telle liste quasiment impraticable. La définition même du litre poserait également problème, un litre de sirop n'étant pas comparable à un litre de boisson prête à consommer. La généralisation de la vente de produits en ligne complexifierait également significativement la tâche du taxateur. Finalement, le travail administratif requis pour répondre à la demande de perception de la taxe s'annonce démesuré pour Migros Vaud, toutes les coopératives du groupe s'approvisionnant auprès d'une seule base d'articles nationale, validée par l'Administration fédérale des contributions en matière de TVA.

9. Association vaudoise de promotion des métiers de la terre – Prométerre

Le canton de Vaud est le plus gros producteur de sucre de Suisse, avec quelque 25% de la production nationale. En Suisse, quelque 80% du sucre consommé est d'origine suisse. Déjà mis à mal par l'absence de protection tarifaire et par l'ouverture du marché au niveau européen, le secteur agricole vaudois voit dans la taxe sur les boissons sucrées une contrainte supplémentaire dans un domaine déjà fortement sous pression.

Prométerre se montre fort dubitatif quant aux taxes incitatives, celles-ci devant être fixées à un niveau très élevé pour générer un effet dissuasif et introduisant une distorsion de concurrence, même indirect, pouvant déclencher des effets dominos fort dommageables.

Pour Prométerre, l'effort ne doit pas être axé sur le produit, mais sur les comportements néfastes.

6. ANALYSE GENERALE DU CONTRE-PROJET DU CONSEIL D'ETAT

Remarque introductive

De très nombreuses questions et demandes d'éclaircissement / explications / justifications ont été formulées au cours des nombreuses heures de discussion que la commission a consacré à cette analyse. Il en sera fait état détaillé, le cas échéant, dans le rapport sur l'EMPL 350.

Quelques remarques de la commission et éléments de portée générale, susceptibles, aux yeux du président/rapporteur auteur du présent rapport, d'apporter un éclairage au problème dans son ensemble, y compris dans sa composante constitutionnelle, sont rapportés ci-après.

Portée du système proposé

Un débat de fond nourri s'est engagé, à plusieurs reprises, entre les députés favorables à la limitation de la portée du système proposé et les partisans de son élargissement.

Les partisans de la limitation mettent en exergue le fait que dans un contexte d'amélioration générale de la santé bucco-dentaire, la loi doit porter prioritairement sur les enfants, population sur laquelle les actions prophylactiques sont les plus efficaces ainsi que sur l'incitation à contracter/conserver une assurance. En ce sens, la loi doit être clairement recentrée et redimensionnée. Si l'intervention publique est requise, il y a lieu d'adopter une solution simple, ciblée et financièrement acceptable, privilégiant la responsabilité individuelle et respectant la liberté de choix. La population la plus fragile (75'000 personnes environ) étant déjà couverte, au travers des régimes sociaux, y compris en matière de soins bucco-dentaires, ce sont des aides plus ciblées qui doivent être imaginées, l'argent public ne devant jamais servir à atténuer la concurrence entre prestataires.

Les défenseurs de l'élargissement insistent quant à eux sur le fait que, si la maîtrise des coûts de la santé implique un recours à la responsabilité personnelle, elle passe d'abord par des actes de prévention et que, même si de nombreuses personnes entre 18 et 65 ans s'avèrent suffisamment responsables pour engager par eux-mêmes les actions thérapeutiques proposées, ils ne disposent pas nécessairement des moyens financiers pour le faire; il apparaît donc judicieux d'étendre les prises en charge au-delà de 18 ans, particulièrement en matière prophylactique. Pour ces députés, il ne peut plus être question de responsabilité individuelle lorsque certaines classes de la population renoncent à des soins, faute de moyens.

Subsidiarité de l'Etat

Au cours des discussions, des débats nourris se sont également engagés entre partisans et opposants de l'action subsidiaire de l'Etat.

Les partisans argumentent que l'obligation faite aux communes, par la loi sur la santé publique (LSP), de fournir des prestations, principalement en matière de prévention bucco-dentaire, ne suffit manifestement pas, certaines d'entre elles ne la respectant pas. Ils ne croient pas à l'utilité de sanctions, l'important étant que la population concernée bénéficie des prestations considérées et que les inégalités géographiques en la matière soient éliminées.

Pour les opposants à l'action subsidiaire de l'Etat, rien n'indique, à ce stade, que certaines communes n'assumeront pas les tâches qui leur seront dévolues. Prévoir une action subsidiaire de l'Etat offre la possibilité aux communes de se décharger sur le Canton. Agir à la place des communes tend à rendre celles-ci passives. A moins d'imaginer le recours à des médecins-dentistes issus de la fonction publique (PMU), ces députés voient de surcroît mal comment il serait possible d'organiser au plan cantonal, ce qui ne peut l'être au niveau communal.

Assurances prénatales

La thématique des assurances prénatales a également retenu longuement l'attention de la commission, celles-ci étant susceptibles de couvrir une partie du coût des interventions dentaires futures.

Le contre-projet du Conseil d'Etat vise à encourager les futurs parents à contracter une assurance privée. Une incitation économique, sous forme d'un bon de CHF 200.-, octroyé indépendamment du niveau de revenu des parents et représentant la quasi gratuité des deux premières années d'assurance, soutient cette démarche. La logique corollaire, qui ne satisfait pas les assurances, vise à accorder ce bon exclusivement à des assureurs agréés, proposant un produit d'assurance correspondant à un certain cahier des charges.

Les professionnels de la branche constatent que beaucoup d'adolescents quittant leur foyer abandonnent leur assurance dentaire, ce qui limite l'effet des assurances dentaires contractées de manière précoce. Le projet présenté, relevant d'une véritable démarche de santé publique structurée, ménage, aux yeux du Conseil d'Etat, suffisamment de rendez-vous, avec les jeunes en particulier, pour rappeler à chacun l'importance à rester assurés.

Questionné au niveau RI et PC familles, le CE répond qu'à l'exception d'absorption au sein d'éventuels forfaits RI, ces régimes ne s'acquitteront probablement pas des primes de ces assurances.

Caisse unique d'assurance dentaire

La commission s'est posé la question de savoir comment ces produits d'assurance allaient être créés. S'agira-t-il de mettre en place une caisse unique d'assurance dentaire ? Plusieurs commissaires y sont fermement opposés.

Pour le chef du DSAS, face à la demande de l'initiative portant clairement sur une caisse unique, le Conseil d'Etat a tenté d'apporter une réponse pragmatique. Certes environ 50% de la population contracte une assurance dentaire pour ses enfants; la question demeure cependant de savoir comment procéder avec une approche subsidiaire. Le but ne consiste pas à remplacer ce qui est déjà communément pratiqué.

Assistance dentaire

Consciente du fait qu'une frange de la population peine à faire face à des frais dentaires inattendus, la commission s'est demandée si un modèle d'assistance dentaire, calqué sur celui de l'assistance judiciaire, ne pourrait être imaginé.

Pour le CE, le principe proposé dans le contre-projet du Conseil d'Etat est une assurance « grands risques », couvrant les seuls cas lourds, couplée à un système de franchise, non pas fixée en francs, mais basée sur un taux d'effort (relation entre le poids de la facture et le revenu). Il demeure convaincu que pour soutenir la classe moyenne, il s'agit de sortir de la logique du public prédéterminé et d'entrer dans l'approche du taux d'effort. Il n'écarte pas l'idée d'une « assistance dentaire », mais doute que l'on puisse renoncer à une aide à fonds perdu.

Lien avec les PC familles

La commission s'est également penchée sur le lien entre soins dentaires et PC familles. Relevant que les salariés vaudois paient déjà 0,06% de leur salaire, au titre des PC familles, la commission s'est demandée si, en contrepartie de l'ajout d'une nouvelle cotisation destinée aux soins dentaires, il ne serait pas envisageable de diminuer le taux des PC familles, les vases étant communicants.

Si, pour le CE, les vases sont bien communicants, il doute que cela permette une réduction de la cotisation des PC Familles.

Bons peu utilisés

Des bons fournis par la SSO Vaud, donnant droit à deux contrôles dentaires pour la somme de CHF 20.- , sont distribués dans le canton depuis bientôt dix ans. La médecin-dentiste conseil cantonale constate que ceux-ci sont très peu utilisés, sans pouvoir toutefois expliquer cet état de fait de manière certaine.

Exemple valaisan

Il n'existe, à ce jour, dans le canton de Vaud, qu'une seule clinique dentaire publique cantonale, celle de la PMU. Elle ne couvre que difficilement ses charges et ne pratique pas l'orthodontie. Les informations fournies par l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse (SDJ) constituent certainement, aux yeux de la commission comme à ceux du CE, des pistes à creuser.

Coûts à charge des communes

La problématique des coûts à charge des communes, aujourd'hui en charge du dépistage et de la prévention bucco-dentaire des enfants en âge de scolarité, constitue également l'un des enjeux importants du projet.

Le régime proposé par le Conseil d'Etat prenant en charge l'intégralité des coûts, prises individuellement, les communes n'assumeraient plus aucun frais lié à la prise en charge bucco-dentaire. Le Conseil d'Etat prévoit toutefois l'introduction d'un prélèvement forfaitaire, de l'ordre de CHF 20.- par enfant scolarisé, facturé à l'ensemble des communes du canton.

Les importants investissements consentis par certaines communes, pour des caravanes dentaires par exemple, ne seraient pas perdus et l'ensemble du matériel utilisé. Les communes organiseront les prestations selon les modalités qu'elles auront définies. Le régime leur remboursera les prestations réalisées, en exécution de la loi.

Le chef du DSAS a tenu à souligner que le régime des soins bucco-dentaires proposé ne sera pas porté en augmentation de la facture sociale, assumée pour partie par les communes. Si tel avait été le cas, la taxe sur les boissons sucrées ou la cotisation sur les salaires n'auraient pas été nécessaires.

7. LECTURE DE L'EXPOSE DES MOTIFS 334

Seuls les chapitres ayant fait l'objet d'une discussion sont mentionnés ci-après.

1.1 - Rappel de l'initiative

Un commissaire membre du comité d'initiative souligne qu'en cas d'acceptation de l'initiative, une loi d'application sera nécessaire, afin d'organiser et de définir les modalités de la prise en charge bucco-dentaire au niveau régional et de régler la question des diverses sources de financement (cotisations paritaires pour les personnes assujetties à l'AVS, financement étatique pour les personnes non salariées).

La collaboration entre le réseau régional de cliniques dentaires et les médecins-dentistes installés en cabinet préoccupe plusieurs commissaires. Les seconds sont-ils amenés à disparaitre ? Pour une commissaire professionnelle de la branche, l'expérience de la PMU, dans la région lausannoise, démontre qu'une saine collaboration avec les médecins dentistes installés est parfaitement possible. C'est par contre dans les régions périphériques que des manques sont constatés. Le fait de disposer de policliniques régionales permettrait de combler les besoins. A titre d'exemple, sauf pour les patients ayant accès aux cliniques privées, les soins sous narcose ne peuvent actuellement s'effectuer qu'à Lausanne. Les policliniques régionales pourraient également jouer le rôle du médecin-dentiste scolaire.

2 - Position du Conseil d'Etat

Le Conseiller d'Etat confirme son accord avec l'estimation des coûts liés à l'introduction de l'initiative avancée par le comité d'initiative, soit quelque 300 millions de francs.

Un commissaire n'y croit guère. Le prélèvement d'une cotisation paritaire de 1% sur les salaires AVS (0.5% employé – 0.5% employeur) permettrait de collecter quelque 250 millions de francs. Ce taux, qui devra être fixé dans une loi d'application, dépendra cependant du niveau des prestations ainsi que du niveau de franchise définis. L'initiative peut dès lors coûter du simple au double.

Un commissaire remarque que l'idée de la franchise n'est pas mentionnée dans l'article constitutionnel proposé par les auteurs de l'initiative.

Un député estime que si chaque citoyen du canton accède à des soins de prévention consistant en un détartrage et un examen dentaire une fois par année, cela permettra d'identifier les éventuels problèmes en amont et permettra d'effectuer des soins simples et bon marché, plutôt que de laisser se détériorer des situations nécessitant des soins beaucoup plus importants et couteux à long terme. Le chef du DSAS constate que le remboursement des soins dentaires pour les bénéficiaires de prestations sociales confirme cet état de fait. Ces remboursements s'effectuent sur la base de devis, avec un référentiel raisonnable des prestations admises. L'existence de tels garde-fous permet de conserver la maîtrise des coûts.

Certains commissaires s'inquiètent du surcroit de bureaucratie, donc de personnel, qu'un tel contrôle général des devis pourrait engendrer. Les représentants du DSAS indiquent qu'actuellement 3 ETP sont mobilisés pour gérer 15'000 à 20'000 dossiers annuels. Tout dépendra cependant du seuil à partir duquel s'impose le contrôle des devis (aujourd'hui 500 francs, après une phase test fixée à 200 francs). Quoi qu'il en soit, en tenant compte du fait que les populations aux régimes sociaux s'avèrent en général plus sinistrées que la moyenne, 20 à 30 ETP paraît une extrapolation réaliste.

Un commissaire craint que, du moment que les gens auront payé des primes, ils ne soient incités à aller plus souvent visiter leur dentiste. A contrario, un autre commissaire précise que tel est

précisément le but de la démarche, évitant ainsi une précarisation sanitaire des patients et limitant les grosses interventions. De plus, le suivi des devis devrait permettre d'éviter les abus.

Finalement, un commissaire s'inquiète de la suppression des compétences communales en matière de soins bucco-dentaires, tendant à concentrer celles-ci dans les seules mains de l'Etat. Il est alors rappelé que les communes sont en charge du dépistage et de la prévention auprès des élèves en scolarité obligatoire. Le texte de l'initiative n'affirme en aucun cas que les policliniques devront nécessairement se substituer aux cliniques dentaires scolaires communales actuelles.

8. ANALYSE, ARTICLE PAR ARTICLE, DU PROJET DE DECRET

Article 1 – Question 1 (initiative)

L'initiative ayant récolté un nombre de signatures suffisant, elle doit, de par la Constitution, nécessairement être soumise au peuple. Le Parlement et qui plus est la commission, ne sont donc pas habilités à modifier cette question 1 correspondant au texte déposé de l'initiative.

Article 1 – Question 2 (contre-projet)

Art. 65b Cst (nouveau), al. 1, let. a
Un commissaire propose de simplifier la rédaction de la lettre a) en se contentant de mentionner que l'Etat doit « promouvoir la prévention et l'hygiène bucco-dentaires ». Il estime de surcroit que faire mention d'une prévention *efficiente*, sans en donner de définition, pourrait porter à interprétation, ce qu'il souhaite, tant que faire se peut, éviter dans un texte de niveau constitutionnel.

Texte proposé: *L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes:*
a. ~~assurer une promotion et une prévention efficientes en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaire;~~
a. promouvoir la prévention et l'hygiène bucco-dentaires;
Résultat du vote: *9 oui, 8 non, 0 abstention – Amendement **accepté**.*

Art. 65b Cst (nouveau), al. 1, let. b
Considérant que l'accès aux soins dentaires est actuellement satisfaisant, un commissaire propose de concentrer l'action de l'Etat sur la prévention et le dépistage et dépose un amendement tendant à supprimer les termes « et par un accès aux soins dentaires ».

Texte proposé: *L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes:*
b. promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers ~~et par un accès aux soins dentaires~~.
Résultat du vote: *9 oui, 8 non, 0 abstention – Amendement **accepté**.*
En 2ème lecture une proposition de retour au texte du Conseil d'Etat a été refusée par 7 oui, 9 non et 1 abstention.

Art. 65b Cst (nouveau), al. 2
Plusieurs députés souhaitent limiter la portée du contre-projet aux enfants et aux jeunes, excluant ainsi les personnes âgées, en situation de handicap et particulièrement vulnérables dont les frais bucco-dentaires sont, à leurs yeux, actuellement, couverts de manière satisfaisante par les assurances sociales ou privées. L'un d'eux dépose ainsi un amendement consistant à supprimer la fin de l'alinéa 2.

Les défenseurs de l'initiative ou de l'extension de la portée du contre-projet contestent énergiquement cette vision, argumentant d'une problématique de santé publique et du fait que se sont particulièrement les personnes âgées, en situation de handicap et particulièrement vulnérables qui renoncent actuellement aux soins dentaires pour des raisons financières, donc qu'il faut soutenir.

Texte proposé: *Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des <u>mineurs</u> ~~enfants~~ <u>et</u> des jeunes ~~des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables~~.*
Résultat du vote: *9 oui, 8 non, 0 abstention – Amendement **accepté**.*

En 2ème lecture une proposition de retour au texte du Conseil d'Etat a été refusée par 8 oui, 9 non et 0 abstention.
*En 2ème lecture et par soucis de cohérence avec les autres alinéas de ce même article, le terme « enfants » a été remplacé par « mineurs ». L'amendement a été **accepté** par 10 oui, 4 non et 3 abstentions.*

Par 8 oui, 0 non et 9 abstentions, la commission souhaite qu'un commentaire à la teneur suivante accompagne cet alinéa : *« "En premier lieu" doit s'entendre par le fait que la loi peut étendre l'application de l'alinéa 2 aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables ».*

Par 14 oui, 0 non et 3 abstentions, la commission souhaite également que ce commentaire précise que : « *Le terme de jeune s'entend au sens de l'article 277 al. 2 du Code Civil ».*

Art. 65b Cst (nouveau), al. 3 – déplacé à l'alinéa 4
Ne voulant pas contraindre l'Etat à mettre en place des aides financières, mais souhaitant lui en laisser l'opportunité lorsque cela s'avère nécessaire, un commissaire souhaite privilégier la forme potestative et préciser que cette aide doit intervenir à titre subsidiaire. Il dépose un amendement consistant à remplacer le terme « ~~prévoit~~ » par ceux de « peut prévoir » des aides financières et à débuter la phrase par les termes « A titre subsidiaire ». A des fins de clarification, cet amendement précise également que ces aides financières sont destinées aux mineurs et aux jeunes et sont destinées à couvrir les frais de traitements bucco-dentaires.

Un député aimerait savoir ce que le Conseil d'Etat entend par « aides financières sous condition ». Le chef du DSAS indique que le Conseil d'Etat avait initialement envisagé ces aides sous condition de ressources. Cependant, et afin d'avoir une approche plus large des besoins pour les enfants et pour éviter de réserver l'ensemble des aides aux revenus les plus modestes, le Conseil d'Etat avait fait le choix de fixer un taux de remboursement forfaitaire à 50% des frais des soins dentaires (hors orthodontie) pour les enfants, grâce à un système dégressif.

Texte proposé: *A titre subsidiaire, l'Etat peut prévoir ~~prévoit~~ des aides financières sous condition, pour les mineurs et les jeunes, couvrant les frais des traitements bucco-dentaires.*
Résultat des votes: *9 oui, 8 non, 0 abstention – Amendements **acceptés**.*
En 2ème lecture une proposition de retour au texte du Conseil d'Etat a été refusée par 8 oui, 9 non et 0 abstention.

Art. 65b Cst (nouveau), al. 4 – déplacé à l'alinéa 3
A des fins de clarification et afin de ne pas limiter les actions incitatives de l'Etat aux seuls mineurs, un commissaire propose de remplacer le terme « ~~enfants~~ » par ceux de « mineurs et jeunes ». Dans la même logique de clarification, il considère que le verbe « ~~promouvoir~~ » contient une notion trop contraignante et souhaite le remplacer par « encourager ». Il dépose deux amendements en conséquence.

Texte proposé: *L'Etat peut encourager ~~promouvoir~~…*
Résultat du vote: *9 oui, 8 non, 0 abstention – Amendement **accepté**.*

Texte proposé: *…la couverture assécurologique des mineurs et des jeunes ~~enfants~~.*
Résultat du vote: *10 oui, 5 non, 2 abstentions – Amendement **accepté**.*

Article 1 – Question 3 (préférence)

Cette question est indispensable en présence d'un contre-projet.

Article 2

Deux commissaires proposent de recommander au peuple d'accepter l'initiative et le contre-projet et, en cas de double oui, de préférer le texte de l'initiative, et déposent des amendements dans ce sens.

Texte proposé : *[1]Le Grand Conseil recommande au peuple d'accepter l'initiative et le contre-projet ~~de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.~~*

[2]En cas de double oui, le Grand Conseil recommande au peuple de préférer l'initiative.

Résultat du vote : *7 oui, 9 non, 1 abstention – Amendements **refusés**.*
En 2ème lecture l'alinéa 1 a également été refusé par 8 oui, 9 non et 0 abstention. La proposition d'introduction d'un alinéa 2 n'a, en conséquence, pas été redéposée.

Articles 3, 4 et 5

Ces articles n'ont fait l'objet d'aucune demande de parole et sont donc acceptés tacitement par la commission.

Récapitulatif des amendements

Article 1 – Décret de convocation

Amendement	Art. 1, Q. 2, Art. 65b, al. 1, let. a	« a. ~~assurer une promotion et une prévention efficientes en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaire;~~ » « a. promouvoir la prévention et l'hygiène bucco-dentaires; »	Accepté par 9 voix pour, 8 contre et 0 abstention
Amendement	Art. 1, Q. 2, Art. 65b, al. 1, let. b	« b. promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers ~~et par un accès aux soins dentaires~~. »	Accepté par 9 voix pour, 8 contre et 0 abstention Accepté en deuxième lecture par 9 voix pour, 7 contre et 1 abstention
Amendement	Art. 1, Q. 2, Art. 65b, al. 2	« Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des enfants, des jeunes, ~~des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables~~. »	Accepté par 9 voix pour, 8 contre et 0 abstention
Amendement	Art. 1, Q. 2, Art. 65b, al. 2	« Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des mineurs ~~enfants~~ et des jeunes. »	Accepté par 10 voix pour, 4 contre et 3 abstentions
Amendement	Art. 1, Q. 2, Art. 65b, al. 3	**Texte déplacé à l'alinéa 4** « A titre subsidiaire, l'Etat peut prévoir ~~prévoit~~ des aides financières sous condition, pour les mineurs et les jeunes, couvrant les frais des traitements bucco-dentaires. »	Accepté par 9 voix pour, 8 contre et 0 abstention
Amendement	Art. 1, Q. 2, Art. 65b, al. 4	**Texte déplacé à l'alinéa 3** « L'Etat peut encourager ~~promouvoir~~ la couverture assécurologique des enfants. »	Accepté par 9 voix pour, 8 contre et 0 abstention
Amendement	Art. 1, Q. 2, Art. 65b, al. 4	« L'Etat peut encourager la couverture assécurologique des mineurs et des jeunes ~~enfants~~. »	Accepté par 10 voix pour, 5 contre et 2 abstentions

Article 2 – Décret de convocation

Proposition d' amendement	Art. 2	« Le Grand Conseil recommande au peuple d'accepter l'initiative et le contre-projet ~~de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet~~ »	Refusé par 7 voix pour, 9 contre et 1 abstention Refusé en deuxième lecture par 8 voix pour, 9 contre et 0 abstention
Proposition d' amendement	Art. 2 Al 2 (nouv.)	« En cas de double oui, le Grand Conseil recommande au peuple de préférer l'initiative. »	Refusé par 7 voix pour, 9 contre et 1 abstention

9. ENTREE EN MATIERE

A l'unanimité de ses membres, la commission **recommande au Grand Conseil d'entrer en matière** sur ce projet de décret.

10. RAPPORT DE MINORITE

Un rapport de minorité est annoncé.

Le Mont-sur-Lausanne, le 24 septembre 2017.

Le président :
(Signé) Gérard Mojon

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

SEPTEMBRE 2017 **RC-334**
(min.)

RAPPORT DE MINORITE DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projet de décret ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil

1. PREAMBULE

La minorité de la commission est composée de Mesdames Sonya Butera, Nathalie Jaccard, Jessica Jaccoud, Roxanne Meyer Keller et de Messieurs Jean-Michel Dolivo, Vassilis Venizelos, Serge Melly et de la soussignée, rapportrice de minorité.

Ce document renvoie au rapport de majorité pour l'ensemble des informations relatives à la composition de la commission, au déroulement des séances, aux différentes auditions et aux votes des amendements. Il est établi en regard des nombreuses fois où les avis divergents entre la majorité et la minorité de la commission se sont exprimés.

La minorité tient à remercier les services de l'Etat pour les informations transmises ainsi que le secrétaire de commission pour l'important travail effectué.

2. ANALYSES ET POSITIONS DE LA MINORITE DE LA COMMISSION

2.1 DEROULEMENT DES TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission s'est réunie 10 fois entre le 3 avril et le 20 septembre. On relèvera que, sur les 17 commissaires composant cette commission, outre le président, seuls 3 membres ont été présents aux 10 séances, expliquant parfois la lenteur des travaux, avec reprise au début des séances des éléments discutés précédemment. Il a été convenu d'étudier d'abord l'EMPL 350, correspondant au contre-projet de rang législatif du Conseil d'Etat à l'initiative « Pour le remboursement des soins dentaires » déposée le 22 juillet 2014 et qui aurait dû être soumise au vote populaire au plus tard en juillet 2017. En raison des nombreuses divergences observées entre la majorité et la minorité de la commission, les 8 premières séances n'ont permis de traiter que les 16 premiers articles de ce projet de loi qui en compte 44.

A la rentrée parlementaire, au vu du retard pris dans l'étude de l'EMPL, il a été décidé d'une réorientation des travaux de la commission en raison de l'urgence à transmettre l'objet 334 au Grand Conseil afin de limiter au maximum le retard pris et de respecter les règles institutionnelles en matière de droits politiques.

Au cours des 2 séances de la rentrée, les 4 et 20 septembre, la commission a donc traité l'EMPD 334.

2.2 RAPPEL DE L'INITIATIVE

L'initiative « Pour le remboursement des soins dentaires » propose d'ajouter un article 65b à la Constitution vaudoise. L'initiative ayant récolté un nombre de signatures suffisant, elle doit être soumise au peuple et son texte ne peut être modifié par la commission, ni par le Parlement. Sa teneur exacte en est :

al. 1. L'Etat met en place une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire.

al. 2. Il met en place un réseau de policliniques dentaires régionales.

al. 3. Le financement de l'assurance des soins dentaires de base est assuré, pour les personnes cotisant à l'assurance vieillesse et survivant (AVS), par un prélèvement analogue à celui de l'AVS et, pour les autres, par la politique sanitaire cantonale.

Les coûts estimés sont d'environ CHF 300 millions par an.

Actuellement, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estime que la dépense moyenne annuelle se situe entre CHF 450.- et 500.- par personne pour des soins dentaires.

2.3 RAPPEL DU CONTRE-PROJET DU CONSEIL D'ETAT

Le contre-projet élaboré par le Conseil d'Etat, tant au niveau législatif que constitutionnel, a souhaité, par opposition à l'initiative, cibler plus précisément certaines catégories de la population considérées comme plus sensibles. Dans le texte original du contre-projet présenté par le gouvernement, une couverture à 50% des frais de traitements bucco-dentaires pour les enfants en âge de scolarité était envisagée, en plus d'une restructuration du programme de dépistage et d'examens dentaires tout au long de la scolarité. Pour la tranche d'âge entre 18 et 65 ans, il était prévu une participation de l'Etat pour les frais de santé bucco-dentaire excédant 3% du revenu imposable, soumettant ainsi cette participation à des conditions de ressources. Pour les personnes âgées de plus de 65 ans et ayant recours aux services de soins à domicile, un dépistage régulier ainsi que la prise en charge des coûts des soins dentaires faisaient partie du contre-projet.

Même si la commission n'est à ce jour pas arrivée au bout de ses travaux en ce qui concerne l'étude du contre-projet législatif, plusieurs amendement déposés par la majorité ont considérablement réduit le champ d'application des mesures proposées par le contre-projet. Ainsi le contre-projet pour l'heure ne va guère plus loin que les prestations déjà fournies actuellement par certaines communes et par le canton. Ceci se retrouve dans l'article 65 al.1, let.b Cst. dans sa teneur telle qu'elle a été votée par la majorité de la commission, où la participation à des traitements bucco-dentaires n'est prévue qu'à titre subsidiaire et que pour les mineurs ou les jeunes. Le public ciblé par le Conseil d'Etat, à savoir les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables, n'apparait plus dans l'alinéa 2 de l'article 65b Cst. du contre-projet. A la demande de la majorité, cet alinéa 2 a toutefois été assorti d'un commentaire qui prévoit que le champ d'application pourrait s'élargir à

d'autres personnes, en particulier aux personnes âgées ou vulnérables. Il convient tout de même de relever que, au stade actuel d'étude de l'EMPL, la majorité de la commission a choisi d'exclure les personnes âgées de 65 à 75 ans du champ d'application.

2.4 POSITIONS DE LA MINORITE

Tout au long des 10 séances de commission, la minorité a tenté de démontrer, arguments scientifiques à l'appui, l'importance d'une prise en charge des soins bucco-dentaires tout au long de la vie et la difficulté, pour beaucoup de nos concitoyens, d'honorer des factures pour des soins qui ne sont couverts par aucune assurance, faisant renoncer environ 14% de la population à des consultations chez un dentiste.

La santé bucco-dentaire est un problème de santé publique. Il est important d'avoir accès à des contrôles tout au long de la vie pour maintenir une santé bucco-dentaire optimale. Bien que la prévention bucco-dentaire soit supposée toucher toute la population, des inégalités majeures persistent. En âge scolaire, le dépistage dentaire n'a en effet que peu d'impact sur la consultation dentaire et le soin des dents permanentes en raison des coûts que cela génère. L'absence d'assurance dentaire est partiellement responsable de l'aggravation du statut dentaire de ceux qui sont près du seuil de pauvreté. La création d'une assurance dentaire inciterait à effectuer un contrôle annuel et à recourir plus précocement aux services dentaires. Elle faciliterait également l'accès aux soins pour les personnes âgées, davantage exposées à des frais résultant de problèmes dentaires. La vulnérabilité dans le domaine bucco-dentaire ne vient pas seulement du statut socio-économique, mais aussi de la vulnérabilité due à la maladie, au handicap, à l'âge et à certaines situations (hospitalisation, perte d'autonomie suite à un accident). Ces problèmes peuvent toucher n'importe qui n'importe quand. Le renoncement aux soins ne concerne pas que les personnes défavorisées, mais également celles qui ont des revenus moyens ainsi qu'une grande partie des familles de ce canton. Le renoncement aux soins dentaires augmente le risque d'infections bucco-dentaires et leurs complications ont des conséquences sur la santé générale, complications locales, mais aussi systémiques sous forme d'affections cardiovasculaires, d'infections respiratoires, de diabète, de prématurité ou encore de malnutrition.

Le texte de l'article 65b Cst. du contre-projet est totalement vidé de sa substance et n'est qu'une maigre plus-value par rapport au système de dépistage actuellement en vigueur tout au long de la scolarité. Il permettra toutefois une aide sous condition de ressource pour les traitements bucco-dentaires des mineurs et des jeunes. Les adultes avec difficultés financières, les personnes âgées, handicapées ou vulnérables sont exclues du champ de compétence de cet article.

3. CONCLUSIONS

La minorité propose au Grand Conseil d'accepter l'initiative et de refuser l'article 65b Cst. nouveau tel qu'il est proposé par la majorité de la commission. La minorité déposera des amendements pour revenir au contre-projet du Conseil d'Etat. Dans l'hypothèse où le contre-projet constitutionnel du Conseil d'Etat retrouve sa portée de santé publique et sa teneur première suite aux débats parlementaires, la minorité propose au Grand Conseil de voter deux fois OUI, à l'initiative et au contre-projet du Conseil d'Etat.

En cas d'adoption du texte de la majorité de la commission, la minorité favorise l'initiative.

Epalinges, le 6 octobre 2017.

La rapportrice :
(Signé) Brigitte Crottaz

Texte du Conseil d'Etat

PROJET DE DÉCRET

ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil

du 15 février 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles 78 à 82 et 98a de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003

vu les articles 25, alinéa 3, 98, 98a, 100 et 103b de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP)

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

décrète

Art. 1

[1] Les électeurs en matière cantonale seront convoqués par un arrêté du Conseil d'Etat afin de répondre aux trois questions suivantes :

1. Acceptez-vous l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?

Art. 65b (nouveau) Soins dentaires

[1] L'Etat met en place une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire.

[2] Il met en place un réseau de policliniques dentaires régionales.

[3] Le financement de l'assurance des soins dentaires de base est assuré, pour les personnes cotisant à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) par un prélèvement analogue à celui de l'AVS et, pour les autres, par la politique sanitaire cantonale."

2. Acceptez-vous le contre-projet du Grand Conseil qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?

Art. 65b (nouveau) Santé bucco-dentaire

[1] L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes :

a. *assurer une promotion et une prévention efficientes en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaires ;*
b. *promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers et par un accès aux soins dentaires.*

Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux

PROJET DE DÉCRET

ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil

du 15 février 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles 78 à 82 et 98a de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003

vu les articles 25, alinéa 3, 98, 98a, 100 et 103b de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP)

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

décrète

Art. 1

[1] Les électeurs en matière cantonale seront convoqués par un arrêté du Conseil d'Etat afin de répondre aux trois questions suivantes :

1. Acceptez-vous l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?

Art. 65b (nouveau) Soins dentaires

[1] L'Etat met en place une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire.

[2] Il met en place un réseau de policliniques dentaires régionales.

[3] Le financement de l'assurance des soins dentaires de base est assuré, pour les personnes cotisant à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) par un prélèvement analogue à celui de l'AVS et, pour les autres, par la politique sanitaire cantonale."

2. Acceptez-vous le contre-projet du Grand Conseil qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?

Art. 65b (nouveau) Santé bucco-dentaire

[1] L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes :

a. *~~assurer une promotion et une~~ promouvoir la prévention ~~efficientes en matière de santé~~ et ~~d~~ l'hygiène bucco-dentaires ;*
b. *promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers ~~et par un accès aux soins dentaires~~.*

Texte du Conseil d'Etat

[2] *Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des enfants, des jeunes, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables.*

[3] *L'Etat prévoit des aides financières sous condition, couvrant les frais des traitements dentaires.*

[4] *L'Etat peut promouvoir la couverture assécurologique des enfants.*

3. Si l'initiative populaire et le contre-projet sont acceptés par le peuple, est-ce l'initiative ou le contre-projet qui doit entrer en vigueur ?

Art. 2

[1] Le Grand Conseil recommande au peuple de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

Art. 3

[1] En cas de retrait de l'initiative, le contre-projet sera soumis seul au vote du peuple.

Art. 4

[1] Le résultat de la votation sera communiqué au Grand Conseil.

Art. 5

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de la publication et de l'exécution du présent décret.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président : Le chancelier :

P.-Y. Maillard *V. Grandjean*

Texte du Conseil d'Etat amendé par la commission à l'issue de ses travaux

[2] *Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des mineurs ~~enfants,~~ et des jeunes~~, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables~~.*

[3] *L'Etat peut ~~promouvoir~~ encourager la couverture assécurologique des ~~enfants~~ mineurs et des jeunes.*

[4] *A titre subsidiaire, l'Etat peut prévoir ~~prévoit~~ des aides financières sous condition, pour les mineurs et les jeunes, couvrant les frais des traitements bucco-dentaires.*

3. Si l'initiative populaire et le contre-projet sont acceptés par le peuple, est-ce l'initiative ou le contre-projet qui doit entrer en vigueur ?

Art. 2

[1] Le Grand Conseil recommande au peuple de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

Art. 3

[1] En cas de retrait de l'initiative, le contre-projet sera soumis seul au vote du peuple.

Art. 4

[1] Le résultat de la votation sera communiqué au Grand Conseil.

Art. 5

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de la publication et de l'exécution du présent décret.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président : Le chancelier :

P.-Y. Maillard *V. Grandjean*

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2017 **375**

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJETS DE LOIS modifiant

- la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES) du 5 décembre 1978

- la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) du 24 janvier 2006

- la loi sur les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées (LAIH) du 10 février 2004

dans le cadre des prestations cantonales d'accompagnement en hébergement psychiatrique

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION 4
1.1 Historique 4
1.2 Constat actuel 5
1.2.1 Cadre administratif 5
1.2.2 Cadre de référence 5
1.2.3 Cadre financier 6
1.2.4 Cadre légal 6

2 ENJEUX ET PERSPECTIVES 6
2.1 Introduction 6
2.2 Politique sanitaire vaudoise 8
2.3 Assurer la continuité et la coordination des soins et de l'accompagnement socio-éducatif 8
2.4 Un cadre de référence unique 8

3 IMPLEMENTATION DE LA PHASE INITIALE DU PROJET DE FILIERE 9

4 LA PEDAGOGIE DU RETABLISSEMENT : UN MODELE QUI FONDE LA FILIERE 9
4.1 Le rétablissement entre processus et pédagogie 9
4.1.1 Bref historique 9
4.1.2 Fondement du modèle 9
4.2 La transposition du modèle 10
4.3 Nomenclature et missions des établissements d'accompagnement psychiatrique adulte 10
4.4 Les cinq missions spécifiques des EPSM et PPS 11
4.4.1 La mission de soutien dans les besoins de base 11
4.4.2 La mission de maintien des acquis et de réhabilitation 11
4.4.3 La mission de réduction des risques et d'engagement dans le suivi 12
4.4.4 La mission d'insertion socio-professionnelle 12
4.4.5 La mission de soutien à domicile 13

5 OBJECTIFS DE LA PHASE INITIALE DE LA FUTURE FILIERE PSYCHIATRIQUE 13
5.1 Développer un langage et des outils communs pour assurer une continuité et une coordination de l'accompagnement 13
5.2 Déploiement d'une centrale cantonale de coordination et d'information psychiatrique (CCICp) 13
5.3 Assurer une approche spécialisée et centrée sur les besoins spécifiques de la personne 14
5.4 Assurer un financement et une gouvernance équitable et adaptée à l'ensemble des EPSM et des PPS 15
5.5 Assurer des prestations en soins (art. 25a LAMal et 7a OPAS) 15
5.6 Assurer des prestations socio-éducatives 16
5.7 Adaptation des prestations hôtelières et administratives 16
5.8 Adaptation des infrastructures et des mesures de sécurité 16

5.9 Adaptation informatique au sein de l'Etat 16
5.10 Maintenir la surveillance.....16

6 ASPECTS ADMINISTRATIFS INTERNES LIES A LA BASCULE..... 17
6.1 Assurer les gouvernances.....17
6.2 Les conditions de travail 17

7 RISQUES.....17

8 PERIODE TRANSITOIRE.....18
8.1 Introduction.....18
8.2 Mandats de prestations annuels 18
8.3 Les prochaines étapes..... 19

9 DES BASES LEGALES RENFORCEES POUR SOUTENIR LA FILIERE..... 19
9.1 Consultation..... 19
9.2 Projet soumis au Grand Conseil.....19
9.2.1 Introduction..... 19
9.2.2 Application du cadre légal : gestion de la transition..... 19
9.2.3 Modifications des lois et commentaires article par article des modifications.....20
9.3 Modifications d'ordre réglementaire.....25

10 CONSEQUENCES.....25
10.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires 25
10.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres).....25
10.3 Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique.....26
10.4 Personnel.....26
10.5 Communes..... 26
10.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie 26
10.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)..... 26
10.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales.....26
10.9 Conformité de l'application de l'article 163 alinéa 2 Cst-VD 27
10.10 Découpage territorial (conformité à DecTer)..... 27
10.11 Incidences informatiques..... 27
10.12 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)..... 27
10.13 Simplifications administratives.....27
10.14 Protection des données.....27

11 CONCLUSION.....27

1 INTRODUCTION

1.1 Historique

L'hébergement des personnes adultes souffrant de troubles psychiatriques soulève de nombreuses questions depuis plus de vingt ans. En 1989 déjà, le Tuteur général (actuellement : Office des curatelles et tutelles professionnelles [OCTP]), confronté aux difficultés d'appliquer des règlements différents pour le même type d'hébergement et emprunté dans l'orientation de ses bénéficiaires face au manque de clarté des prestations assurées par les établissements, avait dénoncé une situation dysfonctionnelle auprès des services cantonaux compétents. Il était aussi constaté l'absence d'une définition claire de l'établissement à mission psychiatrique.

Selon un rapport datant de 1991, le canton comptait 36 établissements à même d'accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques, parmi lesquels 24 établissements de type médico-social, EMS (dont 6 plutôt considérés comme pension de famille sans personnel soignant) et 12 de type établissement socio-éducatif, ESE. Un constat était déjà posé : la plupart de ces établissements hébergeait une population mixte tant du point de vue de l'âge que des problématiques de santé, lesquelles étaient parfois accompagnées de troubles addictifs. Ce même rapport mettait en évidence également d'importantes inégalités de traitement financier, souvent en défaveur des résidents. Enfin, il mentionnait des lacunes en accompagnement socio-éducatif dans les EMS, le manque d'établissements sécuritaires et le nombre insuffisant de pensions accueillant des personnes nécessitant des prestations de type familial et non médicalisées. Un quart de siècle plus tard, les chiffres annoncés à l'époque sont restés très proches du paysage actuel de la psychiatrie (voir pt. 1.2.4).

Simultanément, de nombreux professionnels sollicitaient le regroupement des établissements psychiatriques dans un seul réseau afin de fluidifier l'itinéraire socio-thérapeutique, d'améliorer la planification et de promouvoir une meilleure cohérence et une coordination des actions centrées sur les besoins des personnes. Cette proposition se heurta cependant à des obstacles financiers liés aux régimes conventionnels en vigueur et aux conditions posées par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) – une partie du réseau dépendait en effet de cet office - concernant notamment les normes architecturales et le statut juridique des établissements. Depuis, la question a été abordée à plusieurs reprises, ne dépassant jamais le stade du rapport[1].

En 2009, à la demande de trois services[2] du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), le dossier est repris à la suite de l'entrée en vigueur de la nouvelle péréquation des charges entre la Confédération et les cantons et en lien avec l'entrée en vigueur du nouveau régime du financement des soins au niveau fédéral, introduisant une clarification du financement des assureurs dans les EMS. Le réseau accueille alors favorablement la perspective de réunir les établissements à vocation psychiatrique dans une seule filière. Les objectifs énoncés étaient, d'une part, d'assurer l'équité de traitement et l'accès aux soins, ainsi qu'aux prestation socio-éducatives, et, d'autre part, de maintenir une diversité de prises en charge en développant les complémentarités entre les intervenants socio-éducatifs et soignants - composante indissociable d'une offre centrée sur les besoins des personnes atteintes dans leur santé psychique. Pour lancer les réflexions, le DSAS a mandaté une recherche dont le rapport final[3], rendu en 2013, a mis en évidence la nécessité de construire une filière cantonale d'accompagnement et d'hébergement regroupant tous les acteurs de la psychiatrie adulte. Les conclusions de ce rapport ont fait l'objet d'une large consultation et il a recueilli l'unanimité des instances concernées[4]. Fort de ce constat, décision a été prise de lancer un projet cantonal, en désignant un chef de projet pour le conduire et en intégrant les partenaires concernés dans les travaux nécessaires à la constitution de cette filière.

1.2 Constat actuel

1.2.1 Cadre administratif

Jusqu'au 31 décembre 2016, des disparités de traitement touchant les bénéficiaires souffrant de troubles psychiatriques existaient. En effet, selon que l'établissement d'accueil relevait administrativement de la législation fédérale sur le financement des soins (LAMal[5]) ou de la législation fédérale et cantonale (LIPPI[6]et LAIH[7]) qui s'applique favorablement aux personnes en situation de handicap, la prise en "charge" différait. Etaient concernés 45 établissements médico-sociaux ou socio-éducatifs proposant un accompagnement et un hébergement à près de 1'000 personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ces établissements, bien qu'accueillant des bénéficiaires avec des besoins et des pathologies similaires, bénéficiaient pour partie d'un mode de financement et de bases légales différents, propres à l'un ou l'autre des trois services du DSAS (Service de la santé publique [SSP], Service des assurances sociales et de l'hébergement [SASH] et Service de prévoyance et d'aide sociales [SPAS]).

Pour pallier ces disparités entre établissements à vocation psychiatrique et compte tenu que la bascule budgétaire a été mise en œuvre le 1er janvier 2017 du transfert de la gestion du dossier de l'hébergement médico-social du SSP au SASH, les ESE ont été inscrits sur la liste EMS LAMal dans l'arrêté y relatif, du 18 janvier 2017[8]. A ce titre, devenant des EMS, ils peuvent pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire des soins (ci-après AOS).

Le présent EMPL est ainsi le résultat d'une collaboration avec les partenaires concernés, en particulier les associations faîtières[9]. Il répond aux besoins d'accompagnement psychiatrique adulte, dont les bases légales ne satisfont pas totalement aux exigences de cette population, dans cette phase de transition.

Il prévoit ainsi la modification de plusieurs lois afin de créer la base légale et règlementaire nécessaire à la filière psychiatrique.

1.2.2 Cadre de référence

Actuellement, l'accompagnement en hébergement psychiatrique diffère s'il est assuré par un établissement d'obédience soignante (EMS à mission psychiatrique et anciennement HNM à mission psychiatrique) ou éducative (anciennement ESE Psy). Bien que la qualité de l'accompagnement ne soit pas à remettre en question, cette différence peut engendrer des difficultés d'adaptation pour le bénéficiaire changeant d'établissement et avoir un impact sur son évolution en fonction de sa sensibilité à l'une ou l'autre approche (soignante versus socio-éducative). Et ce d'autant que le futur résident ne décide que rarement de son futur lieu de vie (lequel dépend souvent de la place disponible dans le réseau). Aux yeux de l'Etat et de l'ensemble des rapports d'experts qui traitent de l'accompagnement, cette situation n'est plus adaptée, ni suffisante et encore moins correcte.

Il n'existe pas à ce jour de nomenclature précisant la mission spécifique de chaque établissement psychiatrique, même si chacun assure des prestations définissant un certain type d'approche et d'accompagnement. Ainsi, pour un bénéficiaire ou son curateur, trouver l'établissement le plus adapté ne sera pas aisé, le manque de clarté des missions assurées rendant parfois l'orientation erronée. Cette situation peut engendrer des échecs, fragilisant le parcours et l'engagement de la personne dans son rétablissement.

Cette absence de définition de mission empêche les institutions de se spécialiser, de développer un accompagnement spécifique et pointu répondant de façon plus adaptée et ciblée aux besoins individuels du bénéficiaire.

1.2.3 Cadre financier

Avant la période transitoire (1er janvier 2017), dans les ESE à mission psychiatrique, les soins nécessaires aux bénéficiaires étaient majoritairement assurés par le personnel de l'établissement. Ces soins étaient totalement financés par l'Etat, alors que dans les EMS à mission psychiatrique, ces mêmes prestations sont en grande partie financées par les assureurs, conjointement avec l'Etat au titre du financement résiduel LAMal.

Au regard des coûts engendrés, des devoirs et des responsabilités de l'Etat et des assureurs, cette situation inégale ne se justifiait plus. Un financement équilibré et assumé par toutes les parties concernées semble plus judicieux et plus équitable.

Ainsi, dès le 1er janvier 2017, les soins prodigués dans les anciens ESE à mission psychiatrique sont financés de la même manière que dans les EMS, grâce à leur inscription sur la liste LAMal.

1.2.4 Cadre légal

Avant la transition, comme mentionné au point 1.2.1, les établissements à vocation psychiatrique dépendaient de trois services étatiques et, par conséquent, relevaient de législations différentes tant sur le plan fédéral que cantonal. Les dénominations étaient dans ce sens différentes.

Avec la bascule, tous les établissements à mission psychiatrique concernant les adultes ont rejoint le même service administratif (SASH) et dépendent tous des mêmes bases légales. Avec le présent EMPL, le but est d'offrir un cadre légal plus adapté à la population hébergée en établissement psychiatrique, en modifiant certaines lois déjà existantes (LPFES, LAPRAMS). En effet, actuellement les lois topiques permettent le financement sanitaire mais pas le financement de l'accompagnement socio-éducatif, alors que ce dernier constitue un appui indispensable au rétablissement.

Jusqu'à la période de transition, la répartition géographique de ces 41 établissements est la suivante (état mi-2016) :

	EMS Psy[10]	ESE Psy[11]	HNM Psy[12]	PPP Psy[13]	Total
Centre	10 (170 lits)	7 (150 lits)	0	1 (50 lits)	18 (370 lits)
Est	7 (167 lits)	1 (38 lits)	1 (7 lits)	0	9 (212 lits)
Ouest	3 (95 lits)	1 (9 lits)	0	0	4 (104 lits)
Nord	5 (116 lits)	3 (42 lits)	2 (32 lits)	0	10 (190 lits)
Total	25 (548 lits)	12 (239 lits)	3 (39 lits)	1 (50 lits)	41 (876 lits)

[10] l'EMS à mission psychiatrique est un établissement sanitaire destinés à des personnes atteintes d'affections chroniques nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte d'autonomie et, dans la mesure du possible, à la récupérer.

[11] L'ESE à mission psychiatrique est un établissement spécialisé qui assure de façon appropriée l'hébergement, l'encadrement et l'occupation de personnes en situation de handicap ou en grandes difficultés sociales.

[12] Le HNM à mission psychiatrique devenu EMS était un home qui accueille au minimum six personnes qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes, mais qui ne nécessitent pas de soins continus. Ces derniers sont au besoin assurés par des intervenants externes (OSAD, CMS).

[13] Les PPP (pension pour patient psychiatrique) correspondent à des pensions de famille.

2 ENJEUX ET PERSPECTIVES

2.1 Introduction

Les besoins en accompagnement psychique sont en partie induits par les exigences actuelles d'adaptation à un environnement concurrentiel où la rapidité de l'évolution technologique n'est plus à prouver et où l'emploi est soumis à des pressions de plus en plus fortes. Ce contexte favorise l'émergence de fragilités psychiques, pouvant déboucher sur des problématiques plus lourdes[14].

Ce phénomène risque fort d'augmenter en réponse à une conjoncture marquée par des tensions économiques et des incertitudes accrues. A titre d'exemple, le nombre de personnes devant recourir à l'assurance-invalidité[15](AI) pour des raisons psychiques est passé de 173'000 à 256'000 cas entre 1997 et 2007. On observe que le nombre de nouvelles rentes octroyées aux jeunes reste stable mais que celui d'octrois pour des troubles psychiques progresse fortement parmi les 18 à 24 ans[16]. A l'autre bout de la vie, le vieillissement de la population souffrant de troubles psychiatriques pose également d'importants défis, ne serait-ce que par la mise à disposition de lieux de vie adaptés.

Aujourd'hui, il convient de prendre en considération les difficultés contemporaines des personnes souffrant de troubles psychiques, dont l'expression du malaise se décline sous de nombreuses nouvelles formes, afin de les accompagner au mieux dans leur processus de rétablissement. Le but ultime de l'accompagnement en psychiatrie est de soutenir le bénéficiaire vers une plus grande autodétermination. Devenant actrice de sa propre vie et malgré un contexte parfois stressant et de possibles symptômes persistants, la personne en souffrance psychique peut ainsi évoluer vers une vie riche et pleine. Cette orientation, soutenue par les professionnels, diminue pour le bénéficiaire les risques d'aggravation de son état de santé psychique et physique, le recours aux soins d'urgence voire à l'automédication par des produits psychotropes. A terme, elle représente la meilleure voie pour tendre vers une réhabilitation.

On rappellera, à ce stade, que la complexification du traitement des troubles psychiatriques et de leurs manifestations est en partie à mettre en lien avec l'augmentation des comorbidités. Si, pour la plupart des personnes souffrant de troubles psychiatriques, le respect et l'application de leurs droits représentent une réelle opportunité d'évolution et de rétablissement, ils sont aussi susceptibles de constituer un risque pour celles qui sont prises en otage entre leur vulnérabilité et leur liberté.

Dans la société actuelle, l'accès facilité aux produits stupéfiants et à l'alcool représente pour une partie des personnes souffrant psychiquement une possible automédication[17]. Bien que l'ensemble des études montrent que celle-ci péjore leur état et leur évolution, elle est souvent perçue par les personnes concernées par la maladie psychique comme plus efficace et moins stigmatisante que les traitements médicaux.

Par ailleurs, tout traitement contraint étant proscrit par la loi, les personnes concernées par la maladie psychique peuvent refuser ou réduire leur médication, quitte à favoriser une décompensation ou vivre en permanence avec des symptômes handicapants, augmentant ainsi les besoins en soins aigus.

La qualité de vie perçue étant une dimension très individuelle mais très prégnante, les réponses du système de santé doivent être nuancées en fonction des besoins et des choix individuels.

Tous ces éléments démontrent qu'il est, par conséquent, pertinent et adéquat de développer une approche qui soutienne de façon ciblée et équitable les personnes souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant un lieu d'hébergement afin de limiter les risques de péjoration de leur état de santé et, par conséquent, une augmentation des coûts.

2.2 Politique sanitaire vaudoise

Le rapport de politique sanitaire vaudoise pour la période de 2013 à 2017 prévoit cinq objectifs principaux dont celui de "consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnel". Cet objectif se décline notamment par la "mise en œuvre de la filière de psychiatrie adulte pour améliorer l'accessibilité et la qualité de soins" (mesure n°31). Le présent exposé des motifs propose une première étape pour répondre à cet objectif, visant à assurer une offre équitable et adaptée aux besoins et ressources de la personne, à favoriser la continuité de l'accompagnement dans le réseau ainsi qu'à partager une culture et des valeurs communes. Du point de vue des services de l'Etat, cette filière doit contribuer à la consolidation d'une politique sanitaire et sociale en santé mentale plus efficiente, notamment en désignant un seul interlocuteur étatique, garant d'une approche reconnue aujourd'hui comme la plus pertinente.

2.3 Assurer la continuité et la coordination des soins et de l'accompagnement socio-éducatif

Dans le cadre de cette politique sanitaire en santé mentale, la continuité et la coordination des prestations soignantes et socio-éducatives sont essentielles. Les personnes présentant des troubles psychiatriques, chroniques ou non, en seront les premières bénéficiaires, d'autant plus lorsqu'elles recourent à plusieurs prestataires, ce qui est souvent le cas.

Le système actuel favorise plutôt le développement d'unités centrées sur leur activité spécifique et la coordination entre les différents acteurs est peu efficiente, pour ne pas dire difficile. Il tend aussi à multiplier les interventions de spécialistes externes pour les situations complexes, alors qu'il serait plus judicieux de renforcer les compétences internes.

Même si de nombreux efforts ont été fournis ces dernières années pour développer les échanges entre les institutions et les intervenants du réseau sanitaire, l'organisation globale du système de soins reste fragmentée, intégrant peu les intervenants sociaux, ce qui diminue son efficacité, sa qualité et ainsi la stabilité des personnes concernées. Par exemple, lors des transitions entre l'hôpital et la communauté mais aussi l'inverse, on constate de sévères lacunes en termes de transmission d'informations et de suivi de l'accompagnement ; ce qui peut avoir un impact sur l'accompagnement proposé.

Des mesures visant à renforcer la collaboration entre les partenaires des domaines sanitaires et sociaux, ainsi qu'une réelle concertation autour des procédures et du suivi des bénéficiaires, doivent déboucher sur des modifications de pratiques institutionnelles et professionnelles pour chaque acteur du système. En outre, le domaine de l'emploi devrait également à terme être inclus, en particulier les ateliers protégés.

2.4 Un cadre de référence unique

D'un point de vue général, confirmé par le rapport final de février 2013, la création d'une filière cantonale de psychiatrie répond aux besoins actuels et émergents de ce domaine d'activité. Pourtant, à ce stade, il est difficile de réunir tous les acteurs de la santé psychique en une seule filière et de nombreux travaux doivent encore être menés pour y parvenir. Ainsi, une gestion du projet en plusieurs phases a été privilégiée, la première touchant le secteur de l'hébergement (objet du présent EMPL). Suivra une seconde phase (possiblement en 2022) qui traitera notamment de l'accompagnement dans la communauté et des activités hors hébergement. Cette stratégie devrait permettre l'adhésion progressive des acteurs concernés par la santé mentale ainsi qu'une mise en œuvre échelonnée.

3 IMPLEMENTATION DE LA PHASE INITIALE DU PROJET DE FILIERE

Afin de marquer l'identité à la fois soignante et socio-éducative des structures d'hébergement de la future filière cantonale de psychiatrie adulte, il est proposé de réunir les EMS, les ESE à mission psychiatrique et certains HNM (qui ont fait le choix de se médicaliser) sous l'appellation d'établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM) et les PPP sous celle de pensions psycho-sociales (PPS).

La réunion de l'accompagnement socio-éducatif et soignant dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques représente une opportunité unanimement soutenue dans les milieux concernés. La motivation pour créer une nouvelle approche émanant d'univers professionnels distincts est palpable. Chacun est conscient de la plus-value de ce changement qui emprunte des valeurs et des compétences propres et communes à chaque profession, dans une pratique transverse où l'expertise de chacun est mise au service de tous.

Aujourd'hui, les lois qui régissent les EMS à mission psychiatrique s'adressent avant tout aux personnes âgées en EMS et ne sont pas adaptées aux besoins spécifiques d'une population adulte, souvent jeune. L'adaptation des lois existantes permettra donc de répondre à ces besoins spécifiques dont la réhabilitation, l'insertion sociale et/ou professionnelle font partie. Cette phase initiale de la filière oriente ses actions dans ce sens en modifiant les bases légales et les directives cantonales.

4 LA PEDAGOGIE DU RETABLISSEMENT : UN MODELE QUI FONDE LA FILIERE

4.1 Le rétablissement entre processus et pédagogie

Selon Wiliam Anthony [18] "*Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale*".

4.1.1 Bref historique

Selon la doctrine[19], "*Le mouvement en faveur du rétablissement en santé mentale est relativement récent : il remonte aux années 90. À cette époque, les personnes souffrant de troubles mentaux avaient souvent une mauvaise expérience avec les services de santé ; elles se sont dit qu'il devait bien exister une autre approche, et ont commencé à exiger des soins de meilleure qualité. Ces personnes refusaient de croire qu'une maladie mentale les condamnait à mener une vie de tristesse et de solitude*". Elles ont été appuyées dans leur cause par des chercheurs et cliniciens progressistes comme Larry Davidson de la Yale University, William Anthony à la Boston University et Robert Drake à la Dartmouth Medical School.

Patricia Deegan [20], l'une des premières personnes à avoir survécu à la schizophrénie, explique que pour se rétablir il est essentiel de constituer sa personnalité indépendamment de la maladie mentale "*parce qu'à partir du moment où vous ne faites plus qu'un avec la maladie, il n'y a plus personne à l'intérieur pour faire le travail de guérison*".

4.1.2 Fondement du modèle

Le rétablissement n'est pas synonyme de guérison clinique ou de remède. Le rétablissement est un processus de longue haleine qui consiste à faire sa vie malgré la maladie, de la même façon que les personnes qui souffrent de maladie chronique, comme les diabétiques ou les asthmatiques.

D'après Boardman[21], trois facteurs essentiels entrent dans le rétablissement :

a. Espérer : l'espoir est au centre du rétablissement ; si on n'entrevoit pas la possibilité d'un avenir,

à quoi bon essayer de guérir ?

b. Prendre sa vie en charge : régler ses propres problèmes, s'occuper de sa vie et de son avenir.
c. Avoir la possibilité de faire partie de la société et d'y contribuer, être apprécié ; avoir accès aux possibilités offertes par la société et pouvoir y apporter quelque chose.

L'espoir, la responsabilité personnelle, l'autonomie, la prise en charge de sa propre vie, le bien-être, l'éducation et l'appui des pairs sont quelques-uns des facteurs de rétablissement. D'autres facteurs, mis en avant par les patients qui ont triomphé de la maladie, sont l'acceptation, la prise en charge de soi-même, l'autodétermination, le contrôle des symptômes et l'appui d'un psychiatre.

4.2 La transposition du modèle

Le modèle du rétablissement a conduit les réflexions et les adaptations du terrain transcrites dans le rapport final de 2013. Il est soutenu par l'ensemble des acteurs concernés et intéressés. Il a accompagné les échanges de l'ensemble des groupes de travail.

Un rapport spécifique[22], annexe du rapport final de 2013 sur lequel s'étaye la filière, définit une nomenclature des établissements et de leur mission, en s'appuyant sur ce concept et en traduit les grandes lignes. Il énonce en priorité un processus de progression de la personne atteinte dans sa santé psychique en cinq étapes non linéaires, détaillées ci-dessous, dont les frontières sont perméables.

a. <u>La phase de moratoire</u>
   La personne ne parvient pas à identifier son malaise. Elle dénie sa maladie et ses manifestations. Elle est méfiante, refuse l'aide et s'isole. On note une prévalence des symptômes.
b. <u>La phase de conscience</u>
   La personne reconnaît un besoin de soutien. Elle identifie des difficultés d'adaptation. On note la présence de symptômes souvent vécus comme des parasites.
c. <u>La phase de préparation</u>
   La personne reconnaît la maladie. Elle identifie ses ressources. Les symptômes sont identifiés. Elle s'engage dans son suivi et cherche à développer ses ressources.
d. <u>La phase de reconstruction</u>
   La personne s'engage dans la gestion de sa maladie et son suivi. Elle mobilise ses ressources vers des buts personnels. Les symptômes sont identifiés et analysés. Elle prend des risques et considère l'échec comme une étape et un possible apprentissage.
e. <u>La phase de croissance</u>
   La maladie est connue dans ses limites, elle a été apprivoisée. La personne connaît ses ressources face à la maladie et aux exigences d'une vie autonome. Les symptômes sont identifiés et contrôlés. La maladie a transformé la personne dans un sens vécu plus positivement.

Les personnes concernées peuvent passer de la phase de croissance à celle du moratoire pour rebondir plus tard sur celle de préparation, sans que le processus soit remis en question. C'est l'apprentissage acquis dans chaque phase qui permet à la personne concernée de se construire en sortant du préconçu que la " régression " à une phase antérieure constitue un échec. En effet, l'expérience acquise dans les phases antérieures développe les compétences de la personne face à sa maladie. Le processus est fortifié.

4.3 Nomenclature et missions des établissements d'accompagnement psychiatrique adulte

Afin de favoriser le rétablissement et d'assurer un accompagnement ciblé exercé par des spécialistes, cinq missions[23], issues du rapport final de 2013 et de ses annexes, également définies ci-dessous, ont été proposées et acceptées par l'ensemble du réseau. Cette déclinaison cantonale doit permettre aux établissements assurant l'hébergement psychiatrique de développer une approche adaptée et spécifique à la mission annoncée.

Comme indiqué ci-avant, les établissements concernés seront regroupés sous l'appellation d'établissements psycho-sociaux médicalisés (ci-après **EPSM)** et pensions psycho-sociales (ci-après **PPS**) pour les non médicalisés.

4.4 Les cinq missions spécifiques des EPSM et PPS

Chaque établissement psycho-social s'inscrit dans une mission en relation avec sa pratique actuelle, qu'il soit médicalisé ou non. Il accroît par conséquent son expertise dans cette mission et, dans ce sens, oriente les compétences des équipes d'accompagnement, son programme de formation continue et ses partenariats autour des besoins spécifiques des bénéficiaires.

Les appellations initiales des missions issues du rapport final portant à confusion ou donnant un caractère peu encourageant, ont été renommées. Ainsi, leur spécificité est clairement énoncée dans leur appellation et la confusion autour du terme réhabilitation abolie. Ces spécificités seront plus précisément détaillées ci-dessous.

Comme déjà énoncé, les établissements d'accompagnement en hébergement psychiatrique pour adultes connaissent déjà leur mission, cette dernière correspondant aux prestations assurées par chacun ainsi qu'au profil majoritaire des bénéficiaires accueillis. Au cours des années à venir, une meilleure connaissance du réseau permettra, en fonction de l'évolution des besoins de la population concernée, de faire évoluer l'un ou l'autre établissement vers une autre mission.

Avant de présenter plus en détail les missions, il est important de préciser que chaque bénéficiaire peut traverser les différentes phases de son rétablissement sans pour autant devoir changer d'établissement.

4.4.1 La mission de soutien dans les besoins de base

Elle propose un accompagnement de même intensité que celui d'un proche aidant dans un milieu familial. Le gîte et le couvert sont assurés 7/7 jours, ainsi qu'une présence socio-éducative, assurée par du personnel formé, à certains moments clés de la journée, tels que les repas. Les prestations de soins sont assurées par une structure externe du type OSAD[24] (CMS ou privée). Les établissements concernés par cette mission ne sont pas médicalisés.

Elle s'adresse aux personnes dont les besoins ne nécessitent pas des soins et un accompagnement continus, mais doivent être soutenus dans les actes de la vie quotidienne. Les bénéficiaires vivent souvent en marge de la société et présentent des troubles psychiatriques stabilisés ou non, et parfois une légère déficience intellectuelle. Les soutenir vers une insertion sociale et leur assurer une prise en compte de leurs besoins de base sont les deux axes principaux de l'accompagnement. Cette mission s'apparente à celle des pensions actuellement existantes dans le réseau aussi appelées PPP (cf. pt. 1.2.4).

4.4.2 La mission de maintien des acquis et de réhabilitation

Cette mission offre un hébergement et un accompagnement psycho-éducatif 7/7 jours, 24/24 heures. L'accompagnement psycho-éducatif regroupe les interventions sociales, éducatives et de soins. Ses prestations répondent aux besoins spécifiques des bénéficiaires, présentant pour la plupart des troubles psychiatriques sévères, nécessitant une stimulation, un soutien ou une suppléance socio-éducative dans les actes de la vie quotidienne, des soins et une présence continus. Dans ce sens, les prestations soignantes et socio-éducatives sont assurées dans l'établissement par une équipe dite psycho-sociale, formée de personnel soignant et d'intervenants socio-éducatifs.

Les bénéficiaires concernés par cette mission requièrent une approche ciblée sur le maintien de leurs acquis, le développement de leurs compétences ainsi qu'un travail sur leurs habiletés sociales et instrumentales dit "travail de réhabilitation".

Des activités occupationnelles et des loisirs aussi bien à l'interne qu'à l'externe de l'établissement sont encouragés et soutenus. Ils permettent le développement de nouvelles compétences et favorisent l'estime de soi et la sociabilisation. L'encouragement à l'autodétermination comme processus personnel d'évolution doit aboutir, à chaque fois que cela est possible, à l'engagement de la personne dans son processus de rétablissement. Bien que ce ne soit pas le but premier, la perspective de vivre en appartement, supervisé, ou non, reste un objectif durant tout le processus.

4.4.3 La mission de réduction des risques et d'engagement dans le suivi

Cette mission offre un hébergement et un accompagnement psycho-éducatif 7/7 jours et 24/24 heures. Elle s'adresse à des bénéficiaires présentant une problématique complexe, une symptomatologie marquée (dite *floride*), souvent d'importants troubles du comportement, régulièrement liés à des consommations aiguës (alcool et/ou drogues), une remise en question quasi permanente de tout traitement souvent liée à un déni massif de la problématique psychique. Dans ce sens, les prestations soignantes et l'accompagnement socio-éducatif sont assurés dans l'établissement.

En raison de leur symptomatologie et de la complexité de leur problématique, les bénéficiaires concernés par cette mission nécessitent une forte suppléance socio-éducative et soignante dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Les compétences sociales et instrumentales ne font pas défaut aux bénéficiaires, mais leur difficulté à les canaliser, les mobiliser et les diriger, freine leur évolution.

Une occupation en atelier et des loisirs adaptés sont par conséquent fortement encouragés et la perspective d'une vie autonome en appartement sans cesse considérée dans le processus individuel du rétablissement.

S'ils parviennent à entrer dans leur suivi, ils présentent un fort pouvoir de rétablissement, empêché jusque-là par la prépondérance de leurs consommations ou des manifestations de leur maladie. Ainsi, ils requièrent une approche spécialisée visant leur sécurité et la réduction des risques, leur permettant une plus grande distance avec leur problématique.

4.4.4 La mission d'insertion socio-professionnelle

Cette mission offre un hébergement et un accompagnement psycho-éducatif 7/7 jours et 24/24 heures. Elle s'adresse principalement à un public jeune (entre 18 et 30 ans), nécessitant un accompagnement adapté aux besoins très particuliers de cette tranche d'âge.

Elle propose un accompagnement orienté vers la réhabilitation des habiletés sociales et instrumentales et l'insertion sociale, notamment à travers la vie communautaire et la reprise rapide d'une activité occupationnelle ou professionnelle. Généralement d'une durée de 2 ans, le projet du bénéficiaire se construit autour d'une reprise d'activité rapide, le but étant d'éviter une trop longue coupure avec le monde environnant et ses exigences.

Les symptômes, bien que présents, n'empêchent pas l'adhésion au projet, prérequis à l'admission.

Le site est pensé comme un ou plusieurs appartements communautaires de petite taille où les apprentissages de la vie ordinaire sont soutenus en regard des difficultés personnelles.

Les bénéficiaires concernés par cette mission requièrent une approche spécialisée dans la psycho-éducation. Cette dernière favorise le développement de compétences donnant accès à une meilleure gestion des émotions et la mise en place de stratégies de contournement, comme la capacité de s'entourer dans les périodes de fragilité.

L'activité professionnelle ou occupationnelle, la constitution d'un réseau social et médical, ainsi que les activités ludiques telles que les sorties, sont centrales. Elles favorisent le processus de socialisation des bénéficiaires. Toute expérience sociale confrontant le bénéficiaire aux défis de la vie, celui-cil

apprend à gérer ses symptômes et leur expression publique.

4.4.5 La mission de soutien à domicile

Cette mission de transition offre un soutien et un suivi aux bénéficiaires vivant dans un appartement supervisé (protégé). Elle propose un accompagnement socio-éducatif ponctuel, répondant aux besoins spécifiques des bénéficiaires à leur domicile.

L'accompagnement s'axe sur le développement ou le maintien des acquis, des réseaux sociaux, médicaux et des liens sociaux. Il a pour but de consolider le processus de rétablissement. Il met également l'accent sur l'évaluation, l'anticipation et la prévention des possibles rechutes.

Cette mission fera l'objet d'un projet spécifique dans le cadre d'une phase ultérieure de la filière. Elle n'est donc pas concernée par cette phase initiale de la filière cantonale de psychiatrie adulte.

5 OBJECTIFS DE LA PHASE INITIALE DE LA FUTURE FILIERE PSYCHIATRIQUE

Même s'il ne s'agit que d'une phase initiale, le présent EMPL permet de se fixer une série d'objectifs ambitieux et réalisables, qui concourent tous à ancrer solidement la filière dans le dispositif médico-social.

5.1 Développer un langage et des outils communs pour assurer une continuité et une coordination de l'accompagnement

Le présent projet a la volonté de s'engager sur le partage de valeurs communes et le développement d'un langage, d'outils et de processus harmonisés. En effet, la continuité et la coordination de l'accompagnement doit couvrir à la fois les prestations soignantes et socio-éducatives (cf. chapitre 2.3).

Ainsi, la réalité des bénéficiaires pourra être appréhendée dans une compréhension partagée de leurs ressources et de leurs besoins.

5.2 Déploiement d'une centrale cantonale de coordination et d'information psychiatrique (CCICp)

Aujourd'hui, aucune information centralisée n'est disponible sur le réseau d'accompagnement et d'hébergement de personnes en difficultés psychiatriques, à l'inverse du modèle existant dans le secteur des EMS de la personne âgée avec les Brios [25]. Afin de pallier ce manque, un outil analogue, adapté à la psychiatrie et à son réseau plus modeste (environ 1000 lits), a été proposé sous la forme d'une centrale cantonale de coordination et d'information psychiatrique (ci-après : CCICp). Rattachée à un réseau de soins, cette entité travaillera pour les quatre secteurs psychiatriques actuels (Centre = région lausannoise, Nord = région du Nord vaudois, soit Yverdon, Payerne, Orbe et Ste-Croix, Ouest = région de l'Ouest vaudois comprenant Prangins, Nyon et Morges et Est = Nant) et facilitera la liaison entre les différents intervenants lorsque cela est nécessaire. La centrale mettra à disposition une plate-forme informatique donnant des informations sur les différents types d'hébergement psychiatrique, leurs mission et prestations, dans des fiches de présentation standard. Son rôle principal sera de soutenir, appuyer, conseiller dans la mise en relation entre l'offre et la demande, c'est-à-dire entre les places disponibles et les demandes d'orientation. Elle apportera aussi son appui pour construire des solutions adaptées pour les quelques situations du réseau qui exigent un accompagnement particulièrement complexe.

Il a été décidé de construire l'outil informatique en adaptant l'outil "Brioche", actuellement utilisé à satisfaction pour l'orientation des personnes âgées par les Brios. A noter qu'il est déjà utilisé dans son état actuel par la psychiatrie de l'Est vaudois.

Les demandes d'orientation seront soutenues par des informations ciblées du demandeur sur les

besoins de la personne concernée. Ces informations seront déclinées au sein du nouveau document médico-social de transmission (DMST v3). En effet, des travaux d'adaptation du DMST actuel sont en cours au niveau cantonal. Cette nouvelle version intègre des informations importantes dans le domaine de la psychiatrie adulte mais absentes dans les versions précédentes qui ciblaient principalement les besoins des personnes âgées.

Ces nouveaux outils (Brioche psy et DMST v3) adaptés aux spécificités de la psychiatrie seront à disposition des utilisateurs. Les accès à ces informations seront formellement définis et contrôlés en fonction du rôle de l'intervenant et conformément à la loi sur la protection des données. Ces outils permettront d'évaluer les ressources et les besoins de la personne concernée et ainsi de mettre celle-ci en lien avec l'établissement hébergeur le mieux à même d'y répondre.

L'outil "Brioche" est aussi construit de manière à mettre à disposition un certain nombre de données statistiques. Ces données anonymisées alimenteront des indicateurs de manière à disposer d'informations quant aux besoins en accompagnement et en prestations. Cela permettra d'assurer de façon ciblée la planification cantonale des besoins d'hébergement et d'accompagnement en psychiatrie. Les indicateurs déclinés mettront l'accent sur les besoins en missions, selon la zone géographique, le nombre d'orientations vers un retour à domicile versus un hébergement, etc. Comme pour tout outil de pilotage, le but est de mesurer la concordance entre l'offre et la demande, si l'offre correspond aux besoins de la population par tranche d'âge et ainsi prévenir les besoins futurs.

La CCICp favorisera une orientation adaptée aux besoins individuels ; elle aura donc des effets positifs pour la personne concernée et sur les coûts :

- la durée des hospitalisations devrait se raccourcir grâce à une information précise et actualisée sur les places disponibles dans le réseau d'hébergement ;
- le taux d'occupation des établissements d'hébergement devrait se stabiliser grâce à la diffusion de l'information d'une place disponible au sein de l'ensemble du réseau ; des places dans les hôpitaux psychiatriques seront ainsi libérées ;
- le nombre de mauvaises orientations devrait diminuer et par là-même l'effet dit de " portes tournantes " entre les hôpitaux psychiatriques et les lieux d'hébergement ;
- l'outil de pilotage que constituera la " Brioche psy " permettra d'ajuster les prestations à l'évolution des besoins.

L'organisation, le fonctionnement ainsi que les compétences de la CCICp seront déclinés dans une directive du DSAS dont l'ancrage légal est l'article 7 al. 1er ch. 7 LPFES, à l'instar des Brios.

5.3 Assurer une approche spécialisée et centrée sur les besoins spécifiques de la personne

Comme mentionné dans le point 4.1, l'expression de la maladie au travers des symptômes et des comportements prend différentes formes selon la phase dans laquelle se trouve la personne. Chaque type de mission correspond à un type d'hébergement et d'accompagnement pour des personnes présentant une problématique individuelle.

C'est bien l'intensité avec laquelle les phases sont vécues et le niveau d'engagement possible de la personne qui définissent le type de prestations. Les personnes concernées doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement socio-éducatif et de prestations de soins performants, afin de soutenir leur engagement dans leur rétablissement.

Comprendre la maladie psychiatrique et son expression requiert une formation ciblée, de l'expérience et une certaine maturité affective. Il est erroné de penser qu'avec du bon sens et de l'intérêt, tout un chacun est à même de soutenir une personne atteinte dans sa santé psychique et plus particulièrement si elle nécessite un accompagnement en hébergement.

Aujourd'hui, certains établissements comptent une majorité de personnel qui n'est ni certifié, ni diplômé ; ils se trouvent confrontés à une problématique additionnelle, puisque ce personnel ne dispose pas des compétences requises pour faire face à des situations complexes, notamment aux comportements imprévisibles nécessitant des réponses rapides et très précises. Ce personnel est dès lors plus rapidement mis à mal par une situation d'urgence et de crise. Or, ces situations prégnantes sont de plus en plus fréquentes.

Le personnel dont la qualification est adaptée gère les crises mais aussi, et surtout, les prévient en agissant en amont. Il en va de même pour les personnes en situation de pré-décompensation nécessitant une grande rapidité d'évaluation et d'action.

Proposer des lieux de vie adaptés à la personne concernée, avec des prestations ciblées par mission, permet de réduire le recours aux soins d'urgence. Le type de mission définit en partie le niveau de formation et de spécialisation des intervenants. Ainsi, par exemple, une mission de réduction des risques confrontée à la récurrence de situations de crises ou vitales exige du personnel spécifiquement formé. A l'inverse, une mission de soutien pourra compter une plus forte proportion de personnel auxiliaire.

Durant la transition, il s'agira pour chaque institution de définir, en étroite collaboration avec le DSAS, les cibles à atteindre pour répondre aux exigences de sa mission. Le DSAS veillera à ce que l'offre en lits par mission corresponde aux besoins et planifiera, avec les établissements d'hébergement, les formations nécessaires à la professionnalisation des collaborateurs.

Par l'intermédiaire des données transmises dans les reportings financiers, mais aussi à l'issue des inspections de la Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS), le DSAS sera à même d'évaluer l'adéquation entre mission annoncée et mission assurée, ainsi que, cas échéant, décider de mesures correctrices.

5.4 Assurer un financement et une gouvernance équitable et adaptée à l'ensemble des EPSM et des PPS

Comme signalé aux points 1.2.1 et 1.2.3, le financement des établissements concernés (avant la transition au 1er janvier 2017) dépendait essentiellement du service auquel ils étaient rattachés administrativement (SASH, SSP ou SPAS).

Les diverses modifications de lois, présentées sous chiffre 9.3, visent à réunir dans un seul cadre administratif les prestations des actuels établissements médico-sociaux, établissements socio-éducatifs, homes non médicalisés et pensions pour patients psychiatriques, regroupés sous les appellations EPSM et PPS, selon qu'ils sont médicalisés ou non. Le financement des établissements a été unifié et harmonisé dans le cadre de la bascule.

Dans cette perspective, des adaptations concernant notamment les processus administratifs, les règles de financement, les outils informatiques ou encore les règles de gestion devront être effectuées. Pour ce faire, une phase de transition d'une durée de cinq ans est prévue.

5.5 Assurer des prestations en soins (art. 25a LAMal et 7a OPAS)

Avant la transition, les ESE à mission psychiatrique ne facturaient pas les actes médicaux délégués qu'ils assuraient, ce qui représentait une inégalité de traitement, un coût pour le canton et un manque de reconnaissance des compétences disponibles.

Dès le 1er janvier 2017, en vertu de l'arrêté du 18 janvier 2017 (cf. pt. 1.2.1), les ESE à mission psychiatrique sont devenus des EMS qui facturent selon la LAMal les prestations soignantes. L'équité de traitement entre les établissements, la validation et la valorisation des actes médicaux délégués sont ainsi assurées.

5.6 Assurer des prestations socio-éducatives

Aujourd'hui dans les EMS à mission psychiatrique, l'outil socio-hôtelier (SOHO[26]) permet de déterminer la dotation en animation socio-culturelle et son financement. Cet outil ne couvre pas les besoins en prestations socio-éducatives des EPSM.

Dans les ESE à mission psychiatrique devenus EMS en 2017, l'accompagnement socio-éducatif était financé par le SPAS avec une participation du bénéficiaire. Depuis la bascule au 1er janvier 2017, la reconnaissance par les assureurs des prestations fournies dans les anciens ESE à mission psychiatrique permet à l'Etat de réallouer une partie de son financement, auparavant affecté aux prestations médico-sociales, en faveur des prestations socio-éducatives.

La période de transition de 5 ans permettra d'atteindre les cibles en personnel socio-éducatif, lesquelles s'appuient sur l'outil SOED[27], qui traduit les besoins en prestations socio-éducatives en lien avec les missions.

5.7 Adaptation des prestations hôtelières et administratives

Le calcul des prestations hôtelières et administratives à financer est assuré par l'outil SOHO pour les anciens comme les nouveaux EMS à mission psychiatrique. Cet outil permet de calculer un financement journalier standard sur la base de prestations requises et des frais généraux. L'outil tient également compte de données spécifiques à chaque établissement (surface d'hébergement, charges sociales patronales jusqu'à un plafond, structure du bâtiment, etc.). Comme indiqué plus haut, les prestations d'animation socio-culturelle ont été mises à zéro dans l'outil, afin d'éviter un double financement.

5.8 Adaptation des infrastructures et des mesures de sécurité

Afin d'assurer une mise en conformité aux normes ECA des nouveaux EMS à mission psychiatrique et des PPS, un crédit cadre devra être adopté. A cette fin, une demande de financement sous la forme d'un décret sera déposée dès que l'évaluation complète du réseau aura été effectuée, selon les procédures suivies avec les EMS. En effet, le réseau des EPSM compte des anciens EMS qui ont pu bénéficier d'un financement de l'Etat pour la mise en conformité de leur protection incendie grâce à un crédit cadre de 15 millions. Il s'agit donc d'assurer l'égalité de traitement entre ces institutions et les anciens ESE ; ceci pour atteindre le même objectif : garantir une sécurité incendie aux résidents qui soit conforme aux normes actuelles. La toute première évaluation indique une cible de l'ordre de 1.11 millions de francs qui feront l'objet d'une PCE pour des travaux entre 2018 et 2022 environ.

5.9 Adaptation informatique au sein de l'Etat

La gestion administrative des divers établissements rattachés au DSAS est supportée par des outils informatiques transverses. Afin d'assurer le suivi et le financement des établissements, il est impératif d'adapter les outils actuels. Ces travaux ont été lancés et financés par le budget ordinaire.

Du coté des établissements, il se peut que ces nouvelles procédures exigent des adaptations informatiques. Elles seront financées par les outils tarifaires habituels (tarifs SOHO).

5.10 Maintenir la surveillance

La surveillance assurée par l'Etat, telle que définie dans les lois et les règlements, sera appliquée à l'ensemble des EPSM et des PPS, à l'instar du dispositif pratiqué depuis plus de 15 ans dans les EMS.

Dans le cadre des inspections CIVESS, une grille d'évaluation adaptée à la psychiatrie a été élaborée avec l'ensemble des partenaires sur la base du modèle du rétablissement. Elle est utilisée par la CIVESS depuis octobre 2013 pour les inspections et donne satisfaction.

La surveillance financière et de la gestion maintiendra le dispositif actuellement en vigueur pour les EMS à mission psychiatrique (reporting annuel, analyses par les contrôleurs de gestion du SASH, audit ciblé sur place, mandat aux organes de révision, etc.).

6 ASPECTS ADMINISTRATIFS INTERNES LIES A LA BASCULE

6.1 Assurer les gouvernances

Les EPSM devront s'assurer d'un système de gouvernance qui leur permettra d'appréhender de manière efficace les enjeux stratégiques et leurs réponses opérationnelles, en s'adaptant aux prestations et standards définis dans la LPFES, la LAPRAMS et la LSP.

Différents indicateurs stratégiques et opérationnels permettront d'évaluer l'offre et la demande et de réaliser les adaptations nécessaires (cf. point 5.2).

6.2 Les conditions de travail

Aujourd'hui, le secteur concerné connaît deux conventions collectives de travail : la Convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois (ci-après CCT SAN) et la Convention collective de travail du secteur social parapublic vaudois (ci-après CCT Social). Chaque institution devra appliquer l'une de ces deux CCT ou, à défaut, appliquer le cadre fixé par le Conseil d'Etat.

7 RISQUES

La majeure partie des établissements concernés par la filière a déjà défini leurs missions et celles-ci seront maintenues.

Toutefois, des impacts à moyen terme sur le personnel sont possibles. En effet, la modification du profil des équipes d'accompagnement avec l'augmentation de personnel socio-éducatif dans les anciens EMS à mission psychiatrique (futurs EPSM) et l'augmentation du personnel soignant dans les anciens ESE à mission psychiatrique (futurs EPSM) pourrait être perçue comme une perte de la culture et de l'identité institutionnelle. Aussi, afin d'éviter toute crise dont les conséquences pourraient avoir des répercussions sur la qualité des prestations, une période d'adaptation de 5 ans, assortie d'un important dispositif d'accompagnement au changement, a été prévue.

Une des évolutions importantes touche les anciens ESE à mission psychiatrique qui devront s'adapter à une nouvelle gestion budgétaire et financière. Jusqu'à la bascule du 1er janvier 2017, ceux-ci ont bénéficié d'un système de garantie de couverture du déficit dans le cadre d'une négociation annuelle définissant un prix de journée basé sur un budget prévisionnel. Aujourd'hui, le financement de ces établissements correspond à celui que les EMS à mission psychiatrique connaissent depuis 1998, à savoir un tarif socio-hôtelier calculé à partir d'un taux d'activité prévisionnel actuellement défini à 98%, une facturation aux assureurs et une participation de l'Etat aux charges d'investissement. Les directions des établissements bénéficient ainsi d'une plus grande autonomie de gestion avec un suivi et une surveillance *a posteriori* du SASH.

Afin d'éviter tout risque lié à une gestion inadaptée, un suivi spécifique est d'ores et déjà assuré par le SASH et sera maintenu tout au long de la période transitoire comme mentionné ci-dessous. Le SASH évaluera individuellement les besoins plus spécifiques et les accompagnera jusqu'à satisfaction en échelonnant ses exigences si nécessaire. Un dispositif de mandat de prestations a été prévu ; chaque année, des objectifs seront négociés et posés pour chaque établissement, dans la perspective d'atteindre la cible souhaitée dans les 5 ans qui suivront l'entrée en vigueur des modifications légales (chapitre 8.2).

8 PERIODE TRANSITOIRE

8.1 Introduction

Afin d'assurer l'introduction et l'adhésion de l'ensemble des institutions concernées par ce changement, les enjeux et les risques ont été identifiés pour la période transitoire prévue sur cinq ans.

Ainsi, pour l'année 2017, les budgets des anciens ESE à mission psychiatrique (venant du SPAS) sont garantis à concurrence des montants 2016 octroyés par le SPAS. Les sources de financement peuvent différer puisque depuis 2017, les assureurs en assument une partie. L'application de l'entrée en vigueur des modifications légales au 1er janvier 2018 définira les budgets des EPSM et PPS selon les modalités explicitées dans le présent EMPL.

L'entrée dans la filière n'implique aucun changement de lieu de vie pour les bénéficiaires.

Quant au financement, seul le montant mis à la charge des bénéficiaires pourrait varier. Cette variation, quelle qu'elle soit, sera entièrement prise en considération par les régimes sociaux pour les bénéficiaires des prestations complémentaires AI ou des aides financières de la LAPRAMS. Seules les personnes autonomes financièrement devront payer un peu plus. Or, ces situations sont très rares en psychiatrie.

8.2 Mandats de prestations annuels

L'application progressive des changements prévus dans les équipes d'accompagnement est prévue dans les mandats de prestations annuels. Ces mandats définissent en particulier la mission, les dotations minimales et les profils professionnels attendus au terme de la période transitoire. Ils sont négociés entre le SASH et les établissements concernés.

La formation et le remplacement des départs naturels (démission, retraite) par du personnel répondant aux nouvelles exigences permettront l'atteinte des cibles fixées dans le mandat, en excluant tout licenciement dans les équipes d'accompagnement. Les missions et les prestations qu'ils assurent actuellement correspondent dans l'ensemble à ceux attendus à l'avenir.

L'adaptation à une nouvelle gestion financière du budget pour les anciens ESE à mission psychiatrique, les anciens HNM à mission psychiatrique et les PPP dans une moindre mesure, nécessite une attention particulière. Cette adaptation figure aussi dans le mandat de prestations annuel en définissant des cibles et des objectifs à atteindre progressivement. Le SASH assure un soutien individualisé dans la transition. Afin de permettre aux anciens ESE à mission psychiatrique, aux anciens HNM à mission psychiatrique et aux PPP de se préparer à ces changements, des séances individuelles de sensibilisation au nouveau mode de financement ont déjà été organisées en 2016. Elles continueront d'avoir lieu durant la période de transition.

Une formation à l'outil PLAISIR (outil d'évaluation des soins requis) a été organisée en octobre 2016 pour les futurs évaluateurs des anciens ESE à mission psychiatrique et HNM à mission psychiatrique. Cet outil permet la reconnaissance et le financement des actes soignants par les assureurs. Un programme de suivi dans les établissements a été établi. Il permet de réaliser la plupart des évaluations avec le soutien d'experts, le reste étant assuré par l'établissement. Ainsi, les bénéficiaires ont presque tous été évalués avant fin 2016.

L'outil SOHO définissant les prestations administratives, techniques et hôtelières est fonctionnel. Les anciens ESE à mission psychiatrique ont été formés à son utilisation.

Le financement de l'accompagnement socio-éducatif est réalisé dans sa phase transitoire sur la base d'un ratio par place et d'une pondération par mission. Des réflexions seront menées pour le faire évoluer à l'avenir vers un système mieux en phase avec les missions et les prestations.

Afin de définir avec plus d'efficience la couverture minimale en dotation et en prestations des

institutions concernées, un groupe de travail a défini les bases nécessaires à l'élaboration d'une directive spécifique, dans un rapport adopté en février 2017. L'entrée en vigueur probable de cette directive devrait se faire en 2019. Jusque-là, la Directive de dotation des soins de 2007 servira de point d'ancrage.

8.3 Les prochaines étapes

D'ici 2022, le canton disposera d'un réseau d'EPSM et de PPS organisé et structuré, répondant aux besoins d'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Le DSAS pourra ainsi piloter ce réseau et le faire évoluer en fonction des besoins.

Cette phase est essentielle. Toutefois, la notion de filière ne pourra pleinement s'exprimer que lorsque qu'elle intégrera également les prestations d'accompagnement à domicile, celles assurées en ateliers internes aux établissements et en centre d'accueil temporaire (CAT). Dans cette perspective, les travaux débuteront dans la deuxième moitié de 2017.

Par ailleurs, il s'agira aussi d'inclure les problématiques liées à l'accompagnement d'une population psychiatrique vieillissante ainsi qu'à l'augmentation de la vulnérabilité dans la population[27] citadine et plus particulièrement chez les jeunes[28].

9 DES BASES LEGALES RENFORCEES POUR SOUTENIR LA FILIERE

9.1 Consultation

Les partenaires principaux du projet ont été régulièrement informés de son avancement. Des séances régulières ont été organisées depuis 2013. Les associations faîtières (en particulier, l'AVDEMS, l'AVOP et la FEDEREMS) ont été étroitement associées aux travaux.

Les résultats de la consultation formelle ont fait l'objet d'une adaptation du présent EMPL.

9.2 Projet soumis au Grand Conseil

9.2.1 Introduction

Le projet présenté au Grand Conseil prévoit la modification de plusieurs lois afin de créer un minimum légal nécessaire au soutien de la filière psychiatrique.

Dans un proche avenir, les travaux annoncés en matière d'ateliers, d'accueil de jour, de logements accompagnés ou d'appuis dans la communauté pourraient déboucher sur la nécessité de doter le canton d'une loi spécifique couvrant l'entier de la filière psychiatrique. Toutefois, cette option exige de mener encore de nombreux travaux, encore non réalisés à ce jour. Avant de prendre cette décision, il convient d'assurer un cadre juridique unique applicable aux futurs EPSM et aux PPS par la modification des lois déjà existantes. On notera que les futurs EPSM dépendent déjà de ces lois (LSP, LPFES, LAPRAMS). Ces dernières sont simplement modifiées pour s'adapter à la pratique psychiatrique actuelle et ainsi offrir un cadre légal approprié.

9.2.2 Application du cadre légal : gestion de la transition

Les lois qui vont subir des modifications (cf. chiffre 9.2.3 ci-après) sont les suivantes :

- loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES ; RSV 810.01) ;
- loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS ; RSV 850.11) ;
- loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH ; RSV 850.61).

Ces modifications entreront en vigueur au 1er janvier 2018. Une période transitoire maximale de 5 ans devrait permettre à l'ensemble des établissements concernés d'adapter leur pratique aux besoins spécifiques des missions. Le mandat de prestations définissant les différentes cibles à atteindre fera l'objet d'une rencontre et d'une évaluation annuelle pendant la phase de transition (cf. en particulier chiffre 8.2, pp. 18 et 19 de l'EMPL).

9.2.3 Modifications des lois et commentaires article par article des modifications

Les lois actuelles qui s'appliquent (partiellement) aux EMS à mission psychiatrique peuvent, moyennant de mineures modifications, trouver application aux futurs EPSM/PPS.

Ainsi, il est proposé d'adapter principalement la LAPRAMS et la LPFES. Dans un 2ème temps, certaines directives seront révisées pour répondre aux besoins spécifiques de la psychiatrie adulte.

9.2.3.1 Modification de la LAPRAMS

La LAPRAMS vise principalement les prestations médico-sociales fournies à domicile ou lors d'hébergement. Les modifications de cette loi ont pour dessein son adaptation en regard des besoins spécifiques d'adultes souffrant de troubles psychiques.

Ainsi, les prestations socio-éducatives, comprises dans l'accompagnement psycho-éducatif, délivrées au sein des futurs EPSM/PPS, sont des outils indispensables au rétablissement de ces personnes. L'action socio-éducative est une approche centrée sur le développement des habiletés sociales et instrumentales, basée sur des concepts éducatifs adaptés à l'adulte. Elles sont généralement délivrées par du personnel socio-éducatif, soit des éducateurs et des assistants sociaux. Actuellement cet accompagnement, bien que proposé, fait défaut dans cette loi, raison pour laquelle les modifications de la LAPRAMS proposées ci-après vont dans le sens d'un ancrage légal de l'action socio-éducative.

Premièrement, **l'article 1 al. 1er LAPRAMS** relatif au but de la loi est élargi pour intégrer les prestations délivrées par les futurs EPSM/PPS, à domicile ou lors d'hébergement, à savoir l'action psycho-éducative. En effet, il est indispensable que les bénéficiaires soient pris en charge et accueillis dans des établissements offrant des prestations qui correspondent de façon plus ciblée à leurs besoins. Dans l'esprit du modèle de rétablissement, les prestations fournies par les futurs EPSM/PPS doivent favoriser l'autonomie relationnelle, familiale, sociale et économique des bénéficiaires. En outre, des projets d'accompagnement à domicile de personnes atteintes de troubles psychiques sont encouragés par le législateur et feront l'objet d'une mise en œuvre dans un proche avenir.

S'agissant de **l'article 2 al. 1er LAPRAMS**, celui-ci est également modifié pour intégrer l'action psycho-éducative dispensée à domicile ou lors d'hébergement en EPSM et en PPS. Comme indiqué précédemment, l'accompagnement psycho-éducatif regroupe les prestations sociales, éducatives et de soins.

Actuellement, le bénéficiaire de la LAPRAMS est une personne qui a besoin d'une aide ou d'un soutien en raison de son âge, d'une maladie ou d'un handicap, nécessitant un appui social, une aide à l'intégration ou un encadrement médico-social. La modification qui est proposée à **l'article 3 al. 1er LAPRAMS** tend à élargir le champ d'application aux personnes qui ont besoin d'un encadrement psycho-éducatif, soit les bénéficiaires de la psychiatrie adulte. Les mineurs atteints de troubles psychiatriques ne sont donc *a priori* pas concernés. Cependant, il arrive que, dans des situations très particulières, certains jeunes de moins de 18 ans soient placés dans un établissement pour adultes, à la demande du SPJ qui garde le mandat et participe au suivi. Ces situations exceptionnelles doivent faire l'objet d'une mention dans l'autorisation d'exploiter l'établissement, laquelle doit citer l'accueil possible de mineurs dès 16 ans. Pour ces jeunes de 16 à 18 ans, la LAPRAMS ne s'applique pas, ceux-ci relevant de lois spéciales.

Par ailleurs, **la lettre b de l'article 3 al. 1er LAPRAMS** est modifiée pour permettre l'intégration des

futurs EPSM/PPS, lesquels font l'objet d'une définition prévue aux nouveaux articles 21 et 21a de la LAPRAMS *(cf. le commentaire de ces articles).*

L'article 5 al. 3 LAPRAMS subit une modification mineure pour intégrer les futurs EPSM/PPS dans le cadre des conventions tarifaires, conclues avec le département.

L'article 7 al. 3 LAPRAMS est également révisé pour intégrer les futurs EPSM/PPS. Ces derniers, au même titre que les EMS et les HNM, sont soumis à la surveillance de la CIVESS, laquelle s'assure de la qualité de prise en charge des résidents de ces établissements.

La section I du chapitre I, titre II, de la LAPRAMS définit les prestations d'aide au maintien à domicile. Ces dernières permettent d'éviter l'hébergement en institutions, que ce soit en EMS, en HNM, en EPSM ou en PPS. **L'article 10 al. 1er LAPRAMS** est simplement modifié pour englober les futurs EPSM/PPS.

La section II **du chapitre I**, titre II, de la LAPRAMS concerne les unités d'accueil temporaire (UAT). **L'article 13 al. 1er LAPRAMS** donne une définition de l'UAT. Ce terme n'étant plus employé dans la pratique, il est proposé de le remplacer par le terme de CAT (centre d'accueil temporaire), utilisé aujourd'hui.

S'agissant des prestations fournies par les CAT, **l'article 14 al. 1er LAPRAMS** est également modifié afin d'intégrer les prestations psycho-éducatives qui comprennent par exemple des prestations d'insertion socio-professionnelle et éducatives sous la forme d'entretiens individuels et d'ateliers de travail. Il est proposé d'introduire **un nouvel alinéa 1bis** afin de préciser que le CAT s'adresse à des personnes vivant encore à domicile, que ces personnes soient âgées, handicapées ou atteintes dans leur santé psychique. Enfin, comme indiqué ci-avant, la mention " UAT " des articles 14 al. 2, 15 al. 1er et 20a al. 2 lettre c LAPRAMS est également remplacée par celle de " CAT ".

Dans sa teneur actuelle, l'article 16 LAPRAMS prévoit une prestation en logement protégé. Cette prestation s'adresse également aux personnes atteintes dans leur santé psychique. Par conséquent, **l'article 16 al. 1er LAPRAMS** est modifié dans ce sens. Par ailleurs, il est proposé de faire une distinction entre le logement protégé pour une personne âgée (**modification de l'al. 2 de l'art. 16 LAPRAMS**) et le logement supervisé en faveur d'une personne souffrant de troubles psychiques ou de handicaps psychiques (**nouvel al. 2 bis de l'art. 16 LAPRAMS**), puisque l'accompagnement diffère selon ces deux modes.

Comme c'est déjà le cas actuellement, une aide individuelle peut être octroyée à la personne résidant en logement protégé. L'alinéa 1 de cette disposition est reformulé pour ouvrir l'aide individuelle aux personnes résidant en appartement supervisé qui bénéficient de prestations psycho-éducatives (**nouvel article 17 al. 1er LAPRAMS**).

La section IV du chapitre I, titre II, de la LAPRAMS traite du court séjour aux **articles 18 et 19 LAPRAMS.** Pour intégrer les personnes souffrant de troubles psychiques, il est proposé de reformuler l'article 18 al. 1er LAPRAMS relatif à la définition du court séjour. De plus, étant donné que la durée maximale du court séjour n'est pas identique en EMS (30 jours par année civile) ou en futurs EPSM (60 jours par année civile), il est prévu que l'article 18 al. 2 LAPRAMS traitant de la durée du court séjour en EMS, soit complété pour contenir cette distinction. Un **nouvel alinéa 2 bis** est également introduit, précisant que le court séjour est réservé aux personnes domiciliées sur territoire vaudois. Des dérogations pourront être prévues par voie de convention intercantonale de rang légal. On précise encore que le court séjour en futurs EPSM peut aussi constituer un séjour temporaire d'observation ou de transition. Une directive précisera les modalités administratives et financières (notamment s'agissant des prestations couvertes, des modalités de financement, des outils d'évaluation des besoins à utiliser, de la dotation en personnel) de ce court séjour, sur le modèle de ce qui prévaut déjà actuellement pour les EMS. Cette directive fera

l'objet d'une consultation auprès des faîtières.

Dans sa version actuelle, le titre III de la LAPRAMS concerne exclusivement l'hébergement en EMS. Par voie de conséquence, les chapitres contenus dans ce titre ont été adaptés afin d'intégrer les EPSM. Ainsi, **un nouvel alinéa 2 de l'article 21 LAPRAMS** est introduit pour donner une définition de l'EPSM dans la LAPRAMS. Pour assurer une certaine uniformité dans la rédaction de cet article, sa définition procède à un renvoi à la LPFES comme cela est fait pour l'alinéa 1 relatif à la définition de l'EMS. Ainsi, à teneur de ce nouvel alinéa 2, l'EPSM est une catégorie d'EMS, la LAPRAMS exigeant en règle générale la reconnaissance d'intérêt public conformément à la LPFES ; il a donc un statut analogue à celui de l'EMS. Afin qu'ils puissent facturer leurs prestations de soins à l'AOS, les futurs EPSM ont été inscrits sur la liste LAMal des EMS (cf. point 1.2.1).

Le nouvel article 21a LAPRAMS définit la pension psycho-sociale (ci-après PPS). Cette dernière est un lieu d'hébergement non médicalisé accueillant des personnes qui présentent souvent des difficultés d'ordre social et/ou psychiques ne pouvant se suffire à elles-mêmes mais qui ne nécessitent pas de soins continus. Pour cette raison, comme le HNM, la PPS ne peut pas être assimilée à un établissement sanitaire tel que défini par l'article 144 LSP. En effet, à la différence des EMS et des EPSM, ce type d'établissement ne fournit pas de soins. La PPS propose principalement des prestations socio-éducatives fournies par du personnel formé. Quant aux éventuels soins médicaux, ceux-ci sont assurés par des prestataires autorisés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (par exemple, CMS, OSAD, etc.). Le **nouvel alinéa 3** permet aux PPS de bénéficier du même financement pour l'entretien immobilier et mobilier que les EPSM. Il doit par ailleurs répondre aux mêmes exigences de sécurité et reçoit pour ce faire le même financement que les EPSM (*cf. art. 26 et 26 f LPFES*).

L'article 22 LAPRAMS concerne le HNM. Cette disposition est simplement reformulée pour expliciter au mieux la différence entre la PPS et le HNM. En effet, ce type d'établissements (HNM) s'adresse plutôt à des personnes âgées qui ne présentent en principe pas de troubles psychiques nécessitant un accompagnement ciblé tel celui que pourrait leur offrir un hébergement en PPS.

L'article 23 LAPRAMS relatif à l'autorisation d'exploiter un HNM est revu pour permettre l'intégration de la PPS, laquelle est également soumise à autorisation d'exploiter. En effet, afin d'obtenir des subventions de la part de l'Etat, la PPS doit remplir certaines conditions : à cet égard, on appliquera par analogie certaines dispositions de la LPFES en matière de reconnaissance d'intérêt public. Le Conseil d'Etat les déterminera par voie de règlement (al. 3). Enfin, il convient encore de relever que les PPS doivent aussi conclure un contrat d'hébergement avec leurs résidents, au même titre que les HNM.

L'article 24 LAPRAMS traite du soutien administratif qui doit être apporté aux résidents d'EMS ou de HNM. Cette disposition est précisée pour incorporer les futurs EPSM/PPS qui sont également soumis à cette obligation.

Les articles 25 à 27 désignent les types de prestations qui sont délivrées en cas d'hébergement de longue durée. A ce titre, **l'article 25 LAPRAMS** donne une définition du long séjour effectué en EMS ou en HNM. Cette disposition est également complétée pour intégrer le séjour de longue durée en EPSM ou en PPS.

En cas de long séjour, les prestations délivrées par l'établissement peuvent être de diverses sortes et ne sont pas toutes similaires au sein des EMS, des HNM, des EPSM ou des PPS. Ainsi, les futurs EPSM fournissent, d'une part, des prestations de soins telles que définies par la LAMal et sa réglementation d'exécution et, d'autre part, des prestations socio-éducatives délivrées par des éducateurs ou des assistants sociaux. Pour exemple, la sociabilisation par le développement de compétences permettant une vie communautaire ou l'acquisition de gestes nouveaux favorisant l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, comme le rangement de l'espace privé, sont des prestations relevant de l'action

socio-éducative. Par ailleurs, des prestations hôtelières et administratives correspondant à un outil de mesure déjà défini par le département (actuellement, outil SOHO), complètent l'offre des prestations en EPSM et en PPS. Le **nouvel article 26a LAPRAMS** a trait ainsi aux prestations socio-éducatives effectuées dans le cadre du long séjour en EPSM et en PPS. Le règlement fixe le catalogue de ces prestations et leurs modalités.

Comme c'est déjà le cas actuellement, une aide financière individuelle peut être accordée aux personnes dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais engendrés par leur hébergement. **L'article 28 al. 2 LAPRAMS** est simplement reformulé pour intégrer le coût des prestations socio-éducatives (nouvel art. 26a LAPRAMS) délivrées au sein des futurs EPSM/PPS, en sus des prestations socio-hôtelières. Comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les EMS, l'aide individuelle LAPRAMS sera versée directement aux futurs EPSM/PPS, lesquels ont l'obligation de l'utiliser pour les prestations définies, cas échéant, de la mettre à disposition du bénéficiaire ou de son répondant.

L'octroi des aides individuelles à l'endroit de résidents en futurs EPSM/PPS doit tenir compte des besoins spécifiques de ce type de bénéficiaires (besoins en accompagnement) qui diffèrent, par certains aspects, des besoins des personnes âgées hébergées dans un EMS à vocation gériatrique. Par conséquent, l'étendue de l'aide financière et les modalités de celle-ci ne sont pas similaires. C'est dans cette optique qu'est proposée l'introduction d'un **nouvel article 28a LAPRAMS.** Avec cette nouvelle disposition, compétence est donnée au Conseil d'Etat de préciser les conditions d'octroi des aides pour les résidents en EPSM et en PPS.

Enfin, le titre V de la LAPRAMS relatif aux sanctions administratives et dispositions pénales subit quelques modifications. Ainsi, **l'article 39 al. 1er LAPRAMS** est complété pour élargir sensiblement la latitude des sanctions que le Département peut prononcer. Il convient encore de relever que, pour certaines entités soumises à la LAPRAMS, d'autres lois prévoyant des sanctions administratives (par exemple la LSP) s'appliquent également. Enfin, il est précisé dans un nouvel alinéa 4 que les sanctions administratives figurant sous alinéa 2, lettres c à e, peuvent faire l'objet d'une publication dans la FAO. Pour rappel, comme c'est déjà le cas dans la mouture actuelle de la LAPRAMS, ces sanctions vont du simple avertissement au retrait de l'autorisation d'exploiter (par exemple, dans le cadre de manquements graves et répétés par un HNM quant aux droits des résidents).

Pour le surplus, les autres dispositions de la LAPRAMS demeurent inchangées.

9.2.3.2 Modification de la LPFES :

La loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public a notamment pour but de régler le financement des établissements sanitaires, au nombre desquels figurent les EMS. Les EPSM étant une catégorie particulière d'EMS, visant l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques, il convient de clarifier cette loi, afin de permettre l'intégration des spécificités relatives à ces derniers dans le cadre légal actuel. Ainsi, trois articles sont modifiés dans ce sens (art. 3a, 4 et 26i LPFES). Trois autres modifications purement formelles sont également introduites (art. 12, 26g et 26h LPFES).

Premièrement, **l'article 3a al. 1er LPFES** est complété afin de poser une base légale quant à la définition du futur EPSM. Dès lors, sous la catégorie *"Etablissements médico-sociaux"*, il est proposé de définir les EPSM comme une catégorie particulière d'EMS accueillant une population adulte souffrant de troubles psychiques. L'EPSM a donc un statut de base identique à celui de l'EMS. En outre, l'EPSM qui veut bénéficier du financement relevant de la LPFES doit remplir les exigences liées à la reconnaissance d'intérêt public, lesquelles sont posées par l'article 4 LPFES.

L'article 4 LPFES relatif à la reconnaissance d'intérêt public est également révisé pour intégrer les futurs EPSM, lesquels doivent remplir les mêmes conditions que les EMS. Par ailleurs, ceux-ci devront appliquer les conventions tarifaires en matière de prestations socio-éducatives puisqu'ils en

fournissent à la différence des EMS dits " standards ". Dans le cas où de telles conventions ne seraient pas signées ou en l'absence de conventions, les futurs EPSM devront alors se soumettre aux tarifs fixés par le Conseil d'Etat *(parallélisme avec l'article 4 al.1bis lettre a s'agissant des conventions de soins et socio-hôtelières).* C'est ce que précise la **nouvelle lettre f de l'article 4 al. 1bis LPFES.** Les associations faîtières seront consultées pour définir les outils d'évaluation des prestations socio-éducatives requises et des prestations standards à offrir.

L'article 4e LPFES concerne le contrat d'hébergement qui doit être passé entre l'EMS et son résident. Cette disposition ne subit aucune modification. Toutefois, il faut préciser que, tout comme les EMS le font actuellement, les futurs EPSM devront appliquer un contrat d'hébergement conformément à cet article, adapté aux spécificités de la filière psychiatrique.

Une modification mineure est apportée à **l'article 12 LPFES** concernant la composition de la Commission de politique sanitaire. En effet, certains organismes sont amenés à disparaître dans un proche avenir (notamment avec la modification de la loi sur les réseaux de soins). Aussi, un nouvel alinéa 1bis est proposé, donnant compétence au Conseil d'Etat de compléter la liste des membres de cette Commission.

Sur un autre plan, une mise à jour de la législation vaudoise est souhaitée. Ainsi, il est proposé **l'abrogation de l'article 26g al. 3 let. b et c LPFES**. En effet, ces dispositions ont été déclarées inconstitutionnelles par le Tribunal fédéral (ATF 138 I 410, consid. 5), parce que violant le principe de la force dérogatoire du droit fédéral (art. 49 al. 1 Cst. féd.). Comme les cantons ont un devoir inconditionnel de couvrir les coûts des soins résiduels relatifs aux EMS admis sur la liste LAMal, le droit vaudois, par cette disposition, violait le principe de la primauté du droit fédéral.

L'article 26h LPFES relatif aux structures de soins de jour ou de nuit subit une modification purement formelle. En effet, le terme "unité d'accueil temporaire" n'est plus d'actualité aujourd'hui et celui-ci est remplacé désormais par le terme "centre d'accueil temporaire" (ci-après CAT). Cette mise à jour est, du reste, reprise dans les modifications de la LAPRAMS (cf. notamment art. 13 et ss LAPRAMS).

Dans sa teneur actuelle, **l'article 26i LPFES** concerne les coûts socio-hôteliers. Des prestations de type socio-hôtelier sont fournies tant dans les EMS que dans les futurs EPSM. Néanmoins, ces derniers fournissent également des prestations socio-éducatives. Eu égard à ce qui précède, il est proposé de faire un 2ème alinéa concernant les coûts des prestations socio-éducatives délivrées au sein des futurs EPSM. Précisons que, aussi bien les coûts socio-hôteliers que les coûts socio-éducatifs sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, à défaut, au tarif édicté par le Conseil d'Etat.

9.2.3.3 Modification de la LAIH :

Cette loi règle les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales accueillies en établissement socio-éducatif ou accompagnées dans le cadre des prestations socio-éducatives ou socio-professionnelles. Elle s'applique notamment à des personnes présentant un handicap psychique.

Le champ d'application matériel et personnel de la LAIH peut ainsi s'avérer très similaire à celui de la filière psychiatrique. Aussi, afin d'éviter toute confusion, et par conséquent d'éventuels conflits de compétence, il est proposé d'introduire **un nouvel alinéa 3 à l'article 2 LAIH**. A teneur de celui-ci, les EPSM, les PPS de même que les organismes tiers qui fournissent des prestations sur délégation de ces derniers, sont exclus du champ d'application de la LAIH.

9.2.3.4 Dispositions transitoires

L'entrée en vigueur des modifications légales présentées ci-avant est prévue au 1er janvier 2018.

Dès cette entrée en vigueur, les EPSM et les PPS disposent d'un délai de 5 ans pour se mettre en conformité avec les dispositions les concernant. Pendant cette période, les EPSM et les PPS peuvent prétendre aux subventions conformément à la LAPRAMS et à la LPFES. Par ailleurs, les résidents de ces établissements peuvent aussi bénéficier des aides individuelles de la LAPRAMS.

Cette bascule permettra à l'ensemble des établissements de s'inscrire dans la filière en répondant au cadre légal. L'hébergement devant répondre aux besoins d'un lieu de vie à la fois individuel et communautaire, le SASH souhaite privilégier les petites unités de vie. Néanmoins, les petits établissements de moins de 15 places devront réorganiser leur offre afin d'assurer un budget en adéquation avec les besoins de l'exploitation. Dans ce sens, ils pourraient être amenés à s'agrandir ou à s'associer.

Passé ce délai de 5 ans, les EPSM et les PPS qui ne sont pas parvenus à se mettre en conformité, ne pourront plus prétendre aux subventions conformément à la LAPRAMS et à la LPFES. En outre, ils ne se verront pas renouveler leur autorisation d'exploiter.

Enfin, dans tous les cas, les autorisations d'exploiter émises avant le 1er janvier 2018 en faveur de ces établissements sont caduques au 31 décembre 2017, compte tenu que les EMS psy deviendront des EPSM/PPS. Ainsi, dès le 1er janvier 2018, de nouvelles autorisations d'exploiter seront délivrées par le service compétent aux EPSM et aux PPS, en respect des dispositions applicables en la matière.

9.3 Modifications d'ordre réglementaire

A la suite de l'adoption des projets de lois par le Grand Conseil, le Conseil d'Etat devra adapter ses bases réglementaires, à savoir le RCCMS[30], le RES[31], le RCLPFES[32]et le RLAPRAMS[33].

10 CONSEQUENCES

10.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires

Après analyse, il ne semble pas opportun, du moins pour le moment, de constituer une nouvelle loi spécifique à la filière psychiatrique, le périmètre concerné dans cette première phase ne le justifiant pas. Les lois actuelles qui prévalent pour les EMS Psy, soit la LAPRAMS et la LPFES, sont tout à fait applicables aux EPSM, respectivement aux PPS, sous réserve de certaines adaptations. Dans un 2ème temps, certaines directives se verront modifiées pour répondre aux besoins spécifiques de la psychiatrie adulte, d'ici 2020.

10.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

Le projet de la filière psychiatrique tel que proposé aujourd'hui, n'induit pas un besoin de financement nouveau, à périmètre constant (nombre stable de résidents, conditions de travail du personnel équivalentes).

Les règles de financement seront celles actuellement fixées aux EMS à mission psychiatrique avec un financement spécifique pour les prestations socio-éducatives en compensation de l'annulation des prestations d'animation socioculturelle dans le financement EMS.

Ainsi, les conséquences financières liées à l'introduction d'intervenants socio-éducatifs dans les établissements non pourvus actuellement sont compensées par la reconnaissance des actes médicaux délégués assurés dans les anciens ESE à mission psychiatrique et leur financement par les assureurs-maladie. Sur la base des premières évaluations PLAISIR dans ces anciens établissements, le montant est estimé à 3.4 mios. L'adaptation du niveau de qualification des équipes psycho-éducatives fera l'objet d'une planification sur cinq ans.

La création de la CCICp représente un coût de l'ordre de CHF 256'000.- par an pour un poste de responsable à 80% et un poste de collaborateur à 60%, dont CHF 62'800.- pour les charges informatiques. Ce montant couvre aussi les frais directs en lien avec l'activité (loyers, formation, etc.).

Pour 2017, le financement est intégré à la partie " prix de pension ", et donc mis à la charge des résidents et des régimes sociaux. Une contribution financière de l'ensemble des partenaires sera négociée courant 2017 en vue d'un financement identique à celui des Brios actuels dès 2018.

L'adaptation des outils informatiques nécessaires au fonctionnement de l'outil "Brioche", permettant la coordination des demandes et l'information sur les places disponibles, évaluée à CHF 72'000.-, a été financée en 2016 par un mandat ad hoc payé par l'Etat à partir de son budget pour les EMS à mission psychiatrique.

Les travaux d'adaptation des outils informatiques au sein du département ont débuté en 2016 et continueront durant le 1er semestre 2017. Ils s'élèvent actuellement à CHF 240'000.- sans les impacts sur la BI, dont 164'400 ont déjà été financés en 2016. Dans tous les cas, ces charges devront faire l'objet d'une PCE spécifique.

10.3 Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

Néant. Comme pour l'ensemble des établissements d'hébergement, le financement de la filière psychiatrique fera l'objet de négociations dans le cadre de la procédure budgétaire usuelle.

10.4 Personnel

La bascule des anciens ESE psy du SPAS au SASH a engendré le transfert de ressources internes du SPAS au SASH, soit 0,6 EPT.

Les adaptations de dotations et de niveau de formation du personnel seront soutenues par le DSAS dans le cadre du mandat de prestations, définissant les objectifs annuels de chaque établissement et permettant d'atteindre la cible. Aucun licenciement n'est à prévoir ; par contre des rocades dans une même fondation ne sont pas exclues. Le remplacement du personnel sortant, lors de départs naturels (démissions ou retraite), par des personnes répondant à de nouvelles compétences sera privilégié. Le reclassement des personnes formées permettra d'améliorer le niveau général de qualification. Pour chaque situation, le respect des conditions-cadres des CCT sera assuré et financé. Le financement sera revu chaque année en fonction des cibles définies dans le mandat de prestations, de l'allocation des montants épargnés grâce au financement des assureurs et en tenant compte du cadre budgétaire de l'Etat.

10.5 Communes

Les subventions du SPAS étaient entièrement prises en considération dans la facture sociale. Or ces dernières comprenaient un montant de 1.3 million lié à l'investissement, qui n'est plus intégré à la facture sociale dans le cadre de la révision proposée. Ainsi, dès 2017, la contribution nette des communes devrait diminuer d'un peu plus de 1.6 million.

10.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

10.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Les modifications proposées sont conformes à l'axe II "Consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnel soignant" et à l'axe V "Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire" du rapport de politique sanitaire dont le Grand Conseil a pris acte en 2013.

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

Néant.

10.9 Conformité de l'application de l'article 163 alinéa 2 Cst-VD

Dans la mesure où le versement du financement résiduel résulte de l'application directe d'une base légale formelle de rang fédéral (art. 25 LAMal), il appert que tout nouveau versement à des futurs EPSM rentre ainsi dans le champ d'application de l'article 163, al. 2 de la Constitution du 14 avril 2003 du Canton de Vaud (Cst-VD ; RSV 101.01) et constitue donc une charge liée.

Quoiqu'il en soit, le bilan financier de cette révision est pour ainsi dire neutre, à périmètre équivalent (nombre stable de résidents).

10.10 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

10.11 Incidences informatiques

Des modifications ont été mises en place dans divers programmes afin d'identifier la filière (y compris avec des comptes séparés) et d'ajouter les nouveaux établissements dans les procédures du SASH et du SSP. Les programmes impactés sont PROGRES, PULP, BI, ALFRESCO, etc.

10.12 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

A la suite de leur inscription sur la liste EMS LAMal au 1er janvier 2017, les anciens ESE à mission psychiatrique ne sont plus soumis aux dispositions de la LIPPI et de la LAIH. *De facto,* ils sont exclus de la liste des établissements vaudois concernés par la convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) qui règle les modalités de financement du séjour de personnes dans des institutions sociales situées en dehors de leur canton de domicile.

Ainsi, le SASH a informé les services cantonaux concernés que les conventions précitées ne s'appliquent plus, dès lors qu'un ancien ESE à mission psychiatrique entre dans la filière. Ainsi, pour tous les bénéficiaires hors canton, c'est le service cantonal concerné qui convient de la couverture financière du séjour avec l'établissement concerné.

10.13 Simplifications administratives

Néant.

10.14 Protection des données

La mise en place et l'utilisation de la CCICp et des indicateurs issus de la Brioche feront l'objet d'une réglementation d'exécution détaillée dans une directive à l'instar des BRIO. Il en découle que les accès informatiques octroyés seront strictement contrôlés et alloués en fonction de droits définis selon les règles appliquées actuellement par les BRIO.

11 CONCLUSION

Fondé sur ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil l'adoption des modifications de lois.

Annexe : sources et commentaires

[1] Evaluation des moyens d'hébergement à visée sociothérapique ou réhabilitative mis en œuvre dans le canton de Vaud à l'intention des patients psychiatriques adultes. Dr. F. Grasset et coll. 2002 ;

[2] Service de la santé publique (SSP) ; Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) ;

[3] Constitution d'une filière de psychiatrie adulte, Rapport final, Josiane Antille et Chantal Resplendino, février 2013 ;

[4] Associations faîtières d'établissements, réseaux de santé, hôpitaux psychiatriques, autres professionnels, partenaires publics ;

[5] Loi fédérale sur l'Assurance Maladie du 18 mars 1994, RS 832.10 ;

[6] Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides ; RS 831.26 ;

[7] Loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées ; RSV 850.61 ;

[8] Arrêté édictant la liste des établissements médico-sociaux et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (divisions C) au sens de l'article 39 alinéa 3 LAMal (RSV 810.30) ;

[9] AVDEMS (association vaudoise d'EMS), FEDEREMS (Fédération vaudoise des EMS), AVOP (association vaudoise des organismes privés pour personnes en difficulté) ;

[10] L'EMS à mission psychiatrique est un établissement sanitaire destiné à des personnes atteintes d'affections chroniques nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte d'autonomie et, dans la mesure du possible, à la récupérer ;

[11] L'ESE à mission psychiatrique est un établissement spécialisé qui assure de façon appropriée l'hébergement, l'encadrement et l'occupation de personnes en situation de handicap ou en grandes difficultés sociales ;

[12] Le HNM à mission psychiatrique devenu EMS était un home qui accueille au minimum six personnes qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes, mais qui ne nécessitent pas de soins continus. Ces derniers sont au besoin assurés par des intervenants externes (OSAD, CMS) ;

[13] Les PPP (pension pour patient psychiatrique) correspondent à des pensions de famille ;

[14] Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. Document de base établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'action globale sur la santé mentale, OMS, août 2012 ;

[15] a. Sécurité Sociale, Troubles psychiques, Insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques : analyse de cas, Henrike Winckel, Barbara Laskowska, Jörg Herdt, CHSS 5/2010 ;
b. SWI Swissinfo.ch, l'AI touchée de plein fouet par les troubles psychiques, Andréa Tognina, 15 mai 2007 ;

[16] Patrick Cudré-Mauroux, Avocat, chef du secteur Législation et droit, domaine Assurance-invalidité, Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, La Vie économique 3/2016, Assurance Invalidité ;

[17] Addiction dans le canton de Neuchâtel, Etat des lieux et recommandations, commission cantonale addiction, juillet 2007 ;

[18] Wiliam Anthony, W.A. (1993). « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s ». Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, p.11-24 ;

[19] http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale ;

[20] Patricia Deegan, Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities, Soc Work Health, 1997;25(3):11-24 ;

[21] Jed Boardmann, Allen Curie, Helen Killaspy and Gillian Mezey, Social Inclusion and Mental Health, rcpsych publication, London 2010 ;

[22] Proposition de nomenclature d'interventions pour définir les prestations et les compétences dans le cadre de la filière de l'hébergement, Jérôme Favrod et Shyhrete Rexhaj ;

[23] Idem que [22] ;

[24] Organisation de soins et aides à domicile ;

[25] Bureau régional d'information et d'orientation ;

[26] Basé sur l'art. 26 de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et l'art. 29 de son règlement d'application ;

[27] Constitution d'une filière de psychiatrie adulte, Rapport final, Josiane Antille et Chantal Resplendino, février 2013 ;

[28] Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. Document de base établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'action globale sur la santé mentale, OMS, août 2012 ;

[29] www.ofas.admin.ch, étude sur les rentes AI octroyées aux jeunes atteints de troubles psychiques identifie des pistes d'action, OFAS, Nr. 19/15 ;

[30] Règlement du 7 mai 2008 fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des établissements médico-sociaux, des lits de type C des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, reconnus d'intérêt public, ainsi que des homes non médicalisés (RSV 810.31.1) ;

[31] Règlement du 26 janvier 2011 sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud (RSV 810.03.1) ;

[32] Règlement du 8 octobre 2008 précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RSV 810.01.3) ;

[33] Règlement du 28 juin 2006 d'application de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (RSV 850.11.1).

Texte actuel	Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES)

du 10 mai 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Article premier

[1] La loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires est modifiée comme suit :

Texte actuel	Projet
Chapitre I Dispositions générales	**Chapitre I Dispositions générales**
Art. 3a Types d'établissements	**Art. 3a Types d'établissements**
[1] En regard de leurs missions, les types d'établissements sanitaires sont les suivants :	[1] En regard de leurs missions, les types d'établissements sanitaires sont les suivants :
- Hôpitaux	- Hôpitaux
– Les hôpitaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits des types A, B et C, avec ou sans caractère universitaire. Les règlements relevant de la planification cantonale des établissements sanitaires (ci-après : la planification cantonale, art.18ss) précisent leurs missions.	– sans changement.
- Etablissements médico-sociaux (EMS)	- Etablissements médico-sociaux (EMS)
– Les établissements médico-sociaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de type C. Ils sont également des lieux de vie où les résidents peuvent maintenir ou développer une vie sociale satisfaisante.	– Sans changement.
– Les EMS peuvent fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie et de la loi sur la santé publique dans les limites prévues par la planification cantonale et le mandat de prestations établi conformément aux articles 18 et suivants.	– Les établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM) sont une catégorie particulière d'EMS accueillant une population adulte souffrant de troubles psychiques.
– Ils peuvent également fournir leurs prestations à des personnes non hébergées.	– Sans changement.
– Dans la mesure où ils exploitent des divisions de lits de type C (divisions C), les hôpitaux sont, pour ces divisions, assimilés à des EMSau sens de la présente loi.	– Sans changement.
[2] Les établissements sanitaires peuvent s'organiser entre eux sur une base volontaire sous la forme d'établissements de soins intégrés pour assumer plusieurs des missions définies dans l'alinéa premier.	[2] Sans changement.

Texte actuel	Projet
Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public	**Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public**
[1] Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit remplir cumulativement les conditions suivantes :	[1] Sans changement.
a. être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ;	
b. accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation, tout malade que son équipement et sa mission lui permettent de soigner ;	
c. se soumettre à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement, notamment à leurs exigences en matière de restructuration de l'offre hospitalière et d'hébergement, et de qualité ;	
d. recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour la gestion de son système d'information;	
e. appliquer les dispositions d'une convention collective de travail de force obligatoire existante ou à défaut les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail selon l'article 4b ;	
f. ...	
g. se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution du bénéfice selon l'article 4d ;	
h. adhérer au réseau de soins régional conformément à la législation y relative.	
[1bis] S'il s'agit d'un EMS, il doit en outre remplir les conditions suivantes :	[1bis] S'il s'agit d'un EMS il doit en outre remplir les conditions suivantes :
a. se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations de soins et socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat ; les prestations socio-hôtelières sont fixées dans le standard officiel établi par le Conseil d'Etat, après consultation des associations faîtières, et qui constitue la base du tarif journalier ;	a. sans changement ;
	b. sans changement ;
	c. sans changement ;
	d. sans changement ;
	e. sans changement ;

Texte actuel	Projet
b. appliquer un contrat d'hébergement établi conformément à l'article 4e ;	
c. respecter les dispositions édictées par le Conseil d'Etat , après consultation des associations faîtières, sur les catégories et les prix maximaux de prestations supplémentaires à usage personnel non comprises dans le standard des prestations socio-hôtelières ;	
d. créer une structure juridique indépendante pour la fourniture de prestations non couvertes par la présente loi conformément à l'article 4f ;	
e. se soumettre aux dispositions prévues par l'article 4g en matière de sous-traitance d'activité.	
	f. en outre, pour les EPSM, se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations socio-éducatives ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat. Les outils d'évaluation des prestations socio-éducatives requises et les prestations standard à offrir en la matière sont définis par le Conseil d'Etat ;
[1ter] S'il s'agit d'un hôpital, il doit, outre les conditions posées par l'alinéa 1, se soumettre au contrôle de l'Etat sur ses investissements, ainsi qu'aux dispositions édictées en la matière par le Conseil d'Etat conformément à l'article 4h.	[1ter] Sans changement.
[2] La reconnaissance d'intérêt public fonde le droit de l'établissement à la contribution financière de l'Etat.	[2] Sans changement.
[3] Le département décide du caractère d'intérêt public d'un établissement sanitaire.	[3] Sans changement.
[4] La reconnaissance peut être accordée pour une durée limitée et assortie de conditions ou de charges. La liste des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public est à disposition des tiers intéressés.	[4] Sans changement.
	[5] Sans changement.
[6] Le Conseil d'Etat peut, par règlement, adapter les conditions posées par la lettre d) de l'alinéa premier en ce qui concerne les EMS reconnus d'intérêt public et pour les hôpitaux rattachés à une institution qui consacre une proportion significative de son activité à la prise en charge de cas relevant de l'assurance invalidité.	[6] Sans changement.
[7] Pour ces établissements, le Conseil d'Etat peut limiter, voire supprimer la participation financière de l'Etat à la prise en charge des coûts de leurs	[7] Sans changement.

Texte actuel	Projet
investissements informatiques.	

Texte actuel	Projet
Chapitre II Autorités et commissions : compétences	**Chapitre II Autorités et commissions : compétences**
Art. 12 Composition	**Art. 12 Composition**
[1] La Commission de politique sanitaire comprend : – le chef du département, président ; – le secrétaire général du département, vice-président ; – le médecin cantonal ; – le chef du Service de la santé publique ; – le chef du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation ; – un représentant supplémentaire de l'Etat, issu du département chargé de l'action sociale si celui-ci est distinct du département de la santé ; – un représentant du Service des hospices cantonaux ; – un représentant et un suppléant de la SVM ; – un représentant et un suppléant de la FVAM ; un représentant et un suppléant de la GHRV ; – un représentant et un suppléant de l'AVDEMS ; – un représentant et un suppléant de l'OMSV ; – un représentant et un suppléant de l'AVCP ; – un représentant et un suppléant de l'ASI-VD ; – un représentant de la Commission cantonale de mesures sanitaires d'urgence (CMSU) ; – un représentant et un suppléant des associations de travailleurs ; – un ou plusieurs représentants d'associations de consommateurs ou de patients désignés par le département au titre de l'article 5 ; – un ou deux membres choisis en dehors des milieux de la santé publique ; – un représentant et un suppléant de l'instance de coordination des réseaux de soins.	[1] Sans changement.

Texte actuel	Projet
	[1bis] Le Conseil d'Etat peut compléter la liste par d'autres représentants des milieux intéressés en matière de politique sanitaire.
	[2] Sans changement.
	[3] Sans changement.
[4] La Commission de politique sanitaire peut s'organiser en sous-commissions ; elle peut confier certaines tâches à une délégation.	[4] Sans changement.
[5] Le secrétariat de la Commission de politique sanitaire est assuré par le département.	[5] Sans changement.
Chapitre IV Financement	**Chapitre IV Financement**
SECTION II DÉPENSES D'INVESTISSEMENT	*SECTION II DÉPENSES D'INVESTISSEMENT*
Art. 26g Coûts des soins	**Art. 26g Coûts des soins**
[1] La part du coût des soins fournis par les EMS à la charge de l'assurance-maladie est déterminée conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie et à ses dispositions d'application .	[1] Sans changement.
[2] Le Conseil d'Etat détermine annuellement, par voie d'arrêté : a. la part du coût des soins à la charge du résident, cette part ne pouvant pas dépasser le 10% de la contribution maximale de l'assurance-maladie ; b. le financement résiduel à la charge de l'Etat et des régimes sociaux, compte tenu du nombre de journées effectuées, de l'évaluation des soins requis et des normes en matière de dotation.	[2] Sans changement.
[3] Les EMS non reconnus d'intérêt public peuvent également prétendre au financement résiduel mentionnée à l'alinéa 2, lettre b), ci-dessus à condition qu'ils : a. répondent à la couverture des besoins et figurent sur la liste LAMal ; b. respectent les conditions énumérées à l'article 4, à l'exception de celles posées par l'alinéa 1, lettres b) et g), par l'alinéa 1bis lettres c) et d), ainsi que, pour ce qui concerne leurs résidents ne relevant	[3] Les EMS non reconnus d'intérêt public peuvent également prétendre au financement résiduel mentionné à l'alinéa 2, lettre b), ci-dessus à condition qu'ils : a. sans changement ; b. abrogé ; c. abrogé.

Texte actuel	Projet
pas des régimes sociaux, par l'alinéa 1bis, lettre a) ; c. se soumettent à la surveillance financière du département conformément à l'article 32a et lui fournissent à cet effet les informations requises des EMS reconnus d'intérêt public en application de l'article 32b.	
[4] Les "soins aigus et de transition" fournis par un EMS dans le cadre de son mandat sont financés par l'Etat et les assureurs-maladie conformément à la législation fédérale sur l'assurance-maladie et aux dispositions de la présente loi relatives au financement hospitalier, qui s'appliquent par analogie. *La loi du 17 mai 2011 a fait l'objet d'une requête à la Cour constitutionnelle enregistrée le 5 juillet 2011 (FAO 12.07.2011). Le 6 février 2012, la Cour constitutionnelle a rejeté la requête (FAO 10.02.2012). Un recours a été déposé au Tribunal fédéral. Par arrêt du 22 octobre 2012 (réf.2C_219/2012), ce dernier a partiellement annulé l'article 26g, alinéa 3, lettres b et c.*	[4] Sans changement.
Art. 26h Structures de soins de jour ou de nuit	**Art. 26h Structures de soins de jour ou de nuit**
[1] L'article 26g, alinéas 1 à 3 s'applique par analogie au financement des soins fournis par des EMS ou des organisation de soins à domicile dans des "structures de soins de jour ou de nuit" au sens de la LAMal .	[1] Sans changement.
[2] Par "structure de soins de jour ou de nuit", on entend : a. les unités d'accueil temporaire au sens de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale b. les lieux qui permettent aux patients: – de résider durablement et en communauté – de disposer de soins en tout temps, immédiatement et sur appel et – de bénéficier de soins assimilables, par leur fréquence et leur intensité, à ceux qui seraient fournis en EMS.	[2] Par "structure de soins de jour ou de nuit", on entend : a. les centres d'accueil temporaire (CAT) au sens de la LAPRAMS. b. sans changement.
[3] Le département tient à jour la liste des structures de soins de jour ou de nuit.	[3] Sans changement.

Texte actuel	Projet
Art. 26i Coûts socio-hôteliers	**Art. 26i Coûts socio-hôteliers et socio-éducatifs**
[1] Les coûts des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS reconnus d'intérêt public sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, à défaut, au tarif édicté par le Conseil d'Etat sur la base de l'article 4, alinéa 1bis, lettre a).	[1] Sans changement.
	[2] Les coûts des prestations socio-éducatives fournies par les EPSM reconnus d'intérêt public sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, à défaut, au tarif édicté par le Conseil d'Etat sur la base de l'article 4, alinéa 1bis, lettre f).
	***Art. 2* Entrée en vigueur et disposition transitoire**
	[1] La présente loi entre en vigueur au 1er janvier 2018.
	[2] Les EPSM qui requièrent la reconnaissance d'un statut d'intérêt public disposent d'un délai de 5 ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi pour se mettre en conformité avec les dispositions les concernant.
	***Art. 3* Exécution**
	[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'art. 84, alinéa1, lettre a) de la Constitution cantonale et la mettre en vigueur, par voie d'arrêté, conformément à l'art. 2 ci-dessus.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 10 mai 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

Texte actuel

TITRE I GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

[1] La loi a pour but de garantir l'accès à un encadrement médico-social de qualité à domicile et lors d'hébergement.

[2] Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) , sur la santé publique (LSP) , sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD) , sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) , sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS) , ainsi que la loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE) .

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)

du 10 mai 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Article premier

[1] La loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale est modifiée comme suit :

TITRE I GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

[1] La loi a pour but de garantir l'accès à un encadrement médico-social ou psycho-éducatif de qualité à domicile et lors d'hébergement.

[2] Sans changement.

Texte actuel	Projet
Art. 2 Objet	**Art. 2 Objet**
[1] La loi institue un appui social et une aide financière individuelle en faveur des bénéficiaires dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais liés à l'action médico-sociale dispensée à domicile et lors d'hébergement en établissement médico-social ou en home non médicalisé.	[1] La loi institue un appui social et une aide financière individuelle en faveur des bénéficiaires dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais liés à : a. l'action médico-sociale dispensée à domicile et lors d'hébergement en établissement médico-social (ci-après EMS) ou en home non médicalisé (ci-après HNM) ; b. l'action psycho-éducative dispensée à domicile et lors d'hébergement en établissement psycho-social médicalisé (ci-après EPSM) ou en pension psycho-sociale (ci-après PPS).
[2] Elle peut octroyer des subventions à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (ci-après : AVASAD) ainsi qu'aux autres organismes favorisant le maintien à domicile au sens de l'article 10, alinéa 2, lettre b.	[2] Sans changement.
Art. 3 Champ d'application personnel	**Art. 3 Champ d'application personnel**
[1] La loi s'applique à toute personne qui, en raison de son âge, de la maladie ou d'un handicap, nécessite notamment un appui social, une aide à l'intégration sociale ou un encadrement médico-social : a. à domicile, et pour autant qu'elle soit domiciliée dans le canton ; b. dans un établissement médico-social au sens de l'article 21 de la loi ou dans un home au sens de l'article 22 de la loi, et qui peut justifier dans le canton d'un domicile immédiatement avant l'admission dans l'établissement ou le home.	[1] La loi s'applique à toute personne qui, en raison de son âge, de la maladie ou d'un handicap, nécessite notamment un appui social, une aide à l'intégration sociale, un encadrement médico-social ou psycho-éducatif: a. à domicile, et pour autant qu'elle soit domiciliée dans le canton ; b. dans un EMS, un EPSM, une PPS ou un HNM au sens de la présente loi, et qui peut justifier d'un domicile dans le canton immédiatement avant son admission.
[2] La loi s'applique également aux membres de l'entourage familial ou social qui contribuent de manière active et régulière au maintien à domicile de la personne âgée, malade ou handicapée.	[2] Sans changement.

Texte actuel	Projet
Art. 5 Conventions tarifaires	**Art. 5 Conventions tarifaires**
[1] En principe, les aides financières accordées aux bénéficiaires des régimes sociaux, notamment les prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : PC AVS/AI) et les aides individuelles versées au titre de la loi, sont fixées dans le cadre de conventions tarifaires conclues entre le département et les fournisseurs de prestations.	[1] Sans changement.
[2] Le Conseil d'Etat fixe les règles sur lesquelles se fondent les conventions, relativement aux montants que peuvent facturer les fournisseurs de prestations aux bénéficiaires de la loi, ainsi qu'au montant mensuel affecté à leurs dépenses personnelles. Elles ont notamment pour but de régler les conditions de prise en charge financière des bénéficiaires et le tarif des prestations.	[2] Sans changement.
[3] En cas d'absence de conventions entre le département et les établissements médico-sociaux ou les homes non médicalisés, le Conseil d'Etat fixe les tarifs par voie d'arrêté.	[3] En cas d'absence de conventions entre le département et les EMS, les EPSM, les PPS ou les HNM, le Conseil d'Etat fixe les tarifs par voie d'arrêté.
Art. 7 Contrôle et surveillance	**Art. 7 Contrôle et surveillance**
[1] Le département a notamment pour mission d'assurer le contrôle de la gestion et la surveillance des fournisseurs de prestations et organismes soumis à la loi, et de surveiller l'activité des organismes et établissements qu'il subventionne.	[1] Sans changement.
[2] Ceux-ci sont tenus de fournir toutes les informations nécessaires concernant leur activité, notamment comptables, financières et statistiques. Les organismes et établissements subventionnés sont en outre tenus de communiquer sans délai tout changement de nature à modifier les subventions. Le département contrôle en particulier que les ressources allouées soient utilisées conformément à l'affectation prévue.	[2] Sans changement.
[3] Pour les établissements médico-sociaux et les homes non médicalisés, le département, par la Coordination interservices des visites en EMS au sens de la réglementation sur les établissements sanitaires, s'assure de la	[3] Pour les EMS, les EPSM, les PPS et les HNM, le département, par la Coordination interservices des visites en EMS au sens de la réglementation sur les établissements sanitaires, s'assure de la qualité de prise en charge

Texte actuel	Projet
qualité de prise en charge sociale des personnes accueillies et peut visiter les établissements en tout temps.	sociale des personnes accueillies et peut visiter les établissements en tout temps.
[5] Le règlement précise la portée et les modalités relatives à la surveillance, au contrôle et aux informations requises.	[5] Sans changement.
TITRE II MAINTIEN À DOMICILE	TITRE II MAINTIEN À DOMICILE
Chapitre I Définitions et prestations	**Chapitre I Définitions et prestations**
SECTION I MAINTIEN À DOMICILE	*SECTION I MAINTIEN À DOMICILE*
Art. 10 Prestations d'aide au maintien à domicile	**Art. 10 Prestations d'aide au maintien à domicile**
[1] Les prestations d'aide au maintien à domicile, au sens de la loi, sont celles qui permettent d'éviter, de retarder ou d'interrompre l'hébergement en établissement médico-social, en home non médicalisé ou en structure d'accueil au sens de la LAIH .	[1] Les prestations d'aide au maintien à domicile, au sens de la loi, sont celles qui permettent d'éviter, de retarder ou d'interrompre l'hébergement en EMS, en EPSM, en PPS, en HNM ou en structure d'accueil au sens de la LAIH.
[2] Il s'agit notamment : a. des prestations fournies par les organisations de soins à domicile définies par la LSP (ci-après : OSAD) ; b. des prestations délivrées par les organismes favorisant le maintien à domicile et qui comprennent notamment : – l'aide, le soutien, l'accompagnement et l'encadrement socio-éducatif ainsi que l'encadrement sécuritaire à domicile ; – des mesures de soutien à l'entourage, dont notamment les services de relève ; – les mesures favorisant l'accessibilité aux transports adaptés des personnes à mobilité réduite ; – l'information et le conseil social ; – les mesures favorisant l'intégration sociale et l'entraide ; – le conseil spécialisé fourni par un organisme reconnu permettant l'engagement d'auxiliaires de vie par des personnes handicapées . c. des prestations délivrées dans les structures intermédiaires au sens	[2] Sans changement.

Texte actuel	Projet
des articles 13 à 19. d. des prestations d'auxiliaires de vie engagés par les personnes handicapées elles-mêmes, qui assument un rôle d'employeur, avec le soutien d'un organisme reconnu, pour autant que ces prestations soient reconnues par une assurance sociale fédérale.	
[3] Le règlement définit le détail de ces prestations.	[3] Sans changement.
SECTION II UNITÉ D'ACCUEIL TEMPORAIRE	*SECTION II CENTRE D'ACCUEIL TEMPORAIRE*
Art. 13 Définition	**Art. 13 Définition**
[1] Une Unité d'accueil temporaire (ci-après : UAT) est une "structure de soins de jour ou de nuit", au sens de l'article 26h LPFES **,** reconnue d'intérêt public et assurant, en coordination avec un établissement médico-social ou un organisme favorisant le maintien à domicile, une prise en charge pour personnes âgées ou handicapées vivant à domicile.	[1] Un centre d'accueil temporaire (ci-après : CAT) est une "structure de soins de jour ou de nuit", au sens de l'article 26h LPFES, reconnue d'intérêt public.
[2] L'accueil temporaire est limité à une durée maximale de 48 heures consécutives.	[2] Sans changement.
Art. 14 Prestations	**Art. 14 Prestations**
[1] L'UAT dispense notamment des prestations socio-hôtelières, de transport et d'animation.	[1] Le CAT dispense notamment des prestations socio-hôtelières, de transport, d'animation ou des prestations psycho-éducatives. [1bis] Le CAT assure, en coordination avec un EMS, un EPSM ou un organisme favorisant le maintien à domicile, une prise en charge pour personnes âgées, handicapées ou souffrant de troubles psychiques vivant à domicile.
[2] Le règlement définit le catalogue détaillé des prestations dispensées en UAT.	[2] Le règlement définit le catalogue détaillé des prestations dispensées par le CAT.
Art. 15 Aide individuelle	**Art. 15 Aide individuelle**
[1] Une aide financière individuelle peut être octroyée aux bénéficiaires des prestations dispensées dans une UAT partie à une convention tarifaire.	[1] Une aide financière individuelle peut être octroyée aux bénéficiaires des prestations dispensées dans un CAT partie à une convention tarifaire.
[2] Les modalités de financement, notamment par subvention cantonale	[2] Sans changement.

Texte actuel	Projet
ainsi que par les personnes accueillies, sont fixées à l'article 20a de la loi et dans le règlement .	
SECTION III LOGEMENT PROTÉGÉ	*SECTION III LOGEMENT PROTÉGÉ OU SUPERVISÉ*
Art. 16 Définition	**Art. 16 Définitions**
[1] Un logement protégé est un appartement indépendant conçu pour permettre le maintien à domicile de personnes âgées ou handicapées et dans lequel des prestations médico-sociales reconnues par la loi sont dispensées.	[1] Un logement protégé (al. 2) ou un logement supervisé (al. 2bis) est un appartement indépendant conçu pour permettre le maintien à domicile de personnes âgées, handicapées ou souffrant de troubles psychiques et dans lequel des prestations médico-sociales ou psycho-éducatives reconnues par la loi sont dispensées.
[2] Les personnes qui, moyennant un bail à loyer, vivent en logement protégé, disposent au minimum d'un appartement adapté, d'espaces communautaires ainsi que d'un encadrement sécuritaire pour les personnes âgées et socio-éducatif pour les personnes handicapées psychiques.	[2] Les personnes âgées qui, moyennant un bail à loyer, vivent en logement protégé, disposent au minimum d'un appartement adapté, d'espaces communautaires et d'un encadrement sécuritaire.
	[2bis] Les personnes souffrant de troubles psychiques ou handicapées psychiques qui, moyennant un bail à loyer, vivent en logement supervisé, disposent au minimum d'un appartement individuel, d'espaces communautaires et d'un soutien psycho-éducatif.
[3] Le règlement fixe les modalités.	[3] Sans changement.

Texte actuel	Projet
Art. 17 Aide individuelle	**Art. 17 Aide individuelle**
[1] Une aide financière individuelle peut être octroyée à la personne résidant dans un logement protégé, dont les prestations médico-sociales sont gérées par une structure qui remplit cumulativement les conditions suivantes : a. être constituée en association ou fondation ; b. appliquer les tarifs convenus et s'engager avec le bénéficiaire par le biais d'un contrat de prise en charge ; c. assurer une qualité de prise en charge satisfaisante dans l'application des prestations minimums définies à l'article 16 et disposer du personnel qualifié ; d. collaborer avec les dispositifs d'information et d'orientation des résidents mis en place par le réseau de soins.	[1] Une aide financière individuelle peut être octroyée à la personne résidant dans un logement protégé ou supervisé, dont les prestations médico-sociales, respectivement psycho-éducatives, sont gérées par une structure qui remplit cumulativement les conditions suivantes : a. sans changement ; b. sans changement ; c. sans changement ; d. sans changement.
[2] L'aide financière peut être octroyée sur la base d'une évaluation des besoins et des ressources du bénéficiaire par une OSAD reconnue ou par une institution signataire d'une convention tarifaire.	[2] Sans changement.
[3] Elle est accordée sur la base d'un contrat conclu entre le résident et la structure gérant le logement protégé.	[3] Sans changement.
[4] Le règlement précise les modalités.	[4] Sans changement.
SECTION IV COURT SÉJOUR	*SECTION IV COURT SÉJOUR*
Art. 18 Définition	**Art. 18 Définition**
[1] Le court séjour est un hébergement temporaire nécessitant une prise en charge et des soins médico-sociaux. Il se déroule en établissement médico-social, dans le but de favoriser le maintien et le retour à domicile.	[1] Le court séjour est un hébergement temporaire pour des personnes nécessitant une prise en charge, des soins médico-sociaux ou un accompagnement psycho-éducatif en vue de favoriser le maintien ou le retour à domicile.
[2] Le court séjour est en principe limité à 30 jours par année civile.	[2] Le court séjour est en principe limité, par année civile, à 30 jours en EMS et à 60 jours en EPSM. [2bis] Le court séjour est réservé aux personnes domiciliées sur territoire

Texte actuel	Projet
[3] Le règlement précise les modalités.	vaudois. [3] Sans changement.
TITRE III HÉBERGEMENT	TITRE III HÉBERGEMENT
Chapitre I Dispositions générales	**Chapitre I Dispositions générales**
Art. 21 Etablissement médico-social	**Art. 21 Etablissement médico-social et établissement psycho-social médicalisé**
[1] Un établissement médico-social, au sens de la présente loi, est l'établissement médico-social reconnu d'intérêt public sur la base de la LPFES .	[1] Sans changement.
	[2] Un EPSM, au sens de la présente loi, est un EMS reconnu d'intérêt public sur la base de la LPFES.
	Art. 21a Pension psycho-sociale
	[1] Une PPS est un lieu d'hébergement non médicalisé accueillant des personnes qui souffrent de difficultés psychiques et qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes, sans nécessiter de soins continus. Elle propose des prestations psycho-éducatives ponctuelles. [2] Le cas échéant, le suivi médical y est assuré par des prestataires admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. [3] La PPS bénéficie d'une participation de l'Etat à ses frais d'investissements et d'exploitation analogue à celle prévue par les articles 26 et 26 f LPFES en faveur des EMS reconnus d'intérêt public.
Art. 22 Home non médicalisé	**Art. 22 Home non médicalisé**
[1] Un home non médicalisé est un home au bénéfice d'une autorisation d'exploiter au sens de l'article 23 et qui accueille au minimum six personnes, qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes et ne nécessitent pas de soins continus.	[1] Un HNM est un home au bénéfice d'une autorisation d'exploiter au sens de l'article 23 et accueillant au minimum six personnes, en principe âgées, qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes et sans nécessiter de soins continus. Il propose un accompagnement social et, le cas échéant, une aide pour effectuer certains actes de la vie quotidienne.

Texte actuel	Projet
Art. 23 Autorisation d'exploiter d'un home non médicalisé	**Art. 23 Autorisation d'exploiter un HNM ou une PPS**
[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter, un home non médicalisé doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :	[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter, un HNM ou une PPS doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :
a. remplir les conditions prévues par le règlement relatives à la qualité de la prise en charge ;	a. sans changement ;
b. conclure un contrat type d'hébergement avec le bénéficiaire, dont les modalités sont fixées par le règlement ;	b. sans changement ;
c. être dirigé par une ou des personnes justifiant de connaissances professionnelles reconnues suffisantes par le département ;	c. sans changement ;
d. disposer du personnel qualifié pour assumer l'encadrement et l'animation ;	d. sans changement ;
e. passer une convention tarifaire avec le département ;	e. sans changement ;
f. appliquer les dispositions edictées par le Conseil d'Etat en matière de conditions de travail minimales.	f. sans changement.
[2] L'autorisation d'exploiter est accordée pour une durée déterapporteur de minoritéée ; elle est renouvelable.	[2] Sans changement.
[3] Le règlement précise les modalités et les conditions de l'autorisation d'exploiter.	[3] Sans changement.
Art. 24 Soutien administratif aux résidents	**Art. 24 Soutien administratif aux résidents**
[1] Les établissements médico-sociaux et les homes non médicalisés fournissent toutes informations utiles à leurs résidents et s'assurent que les démarches administratives nécessaires dans le cadre de l'hébergement soient accomplies, en particulier pour l'obtention de toutes les prestations sociales auxquelles ils peuvent prétendre.	[1] Les EMS, les EPSM, les HNM et les PPS fournissent toutes informations utiles à leurs résidents et s'assurent que les démarches administratives nécessaires dans le cadre de l'hébergement soient accomplies, en particulier pour l'obtention de toutes les prestations sociales auxquelles ils peuvent prétendre.
[2] L'aide individuelle n'est pas octroyée si le soutien prévu au précédent alinéa n'est pas fourni.	[2] Sans changement.

Texte actuel	Projet
Chapitre II Prestations	**Chapitre II Prestations**
Art. 25 Long séjour	**Art. 25 Long séjour**
[1] Le long séjour est un hébergement de durée indéterminée en établissement médico-social ou en home non médicalisé.	[1] Le long séjour est un hébergement de durée indéterminée en EMS, en EPSM, en PPS ou en HNM.
Art. 26 Prestations socio-hôtelières	**Art. 26 Prestations socio-hôtelières**
[1] Dans le cadre du long séjour, le résident bénéficie de prestations dans les domaines hôtelier et social, fixées dans un standard dont les modalités sont précisées dans le règlement .	[1] Sans changement.
	Art. 26a Prestations socio-éducatives
	[1] Dans le cadre du long séjour en EPSM ou en PPS, le résident bénéficie de prestations socio-éducatives, fixées dans un catalogue dont le standard et les modalités sont définies par le règlement.
Chapitre III Aides individuelles	**Chapitre III Aides individuelles**
Art. 28 Aide individuelle en cas de long séjour	**Art. 28 Aide individuelle en cas de long séjour**
[1] L'Etat accorde une aide financière aux personnes dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais dus à leur hébergement. Il verse le montant de l'aide à l'établissement dans lequel séjourne le bénéficiaire.	[1] Sans changement.
[2] L'aide individuelle journalière correspond à la différence entre le coût des prestations socio-hôtelières fournies conformément à l'article 26 et le revenu déterminant au sens de l'article 29.	[2] L'aide individuelle journalière correspond à la différence entre le coût des prestations fournies conformément aux articles 26 et 26a et le revenu déterminant au sens de l'article 29.
	Art. 28a Conditions d'octroi des aides individuelles pour les résidents en EPSM et en PPS
	[1] Le Conseil d'Etat définit dans le règlement les conditions d'octroi des aides financières individuelles pour les résidents en EPSM et en PPS.

Texte actuel

TITRE V SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET DISPOSITIONS PÉNALES

Art. 39 Sanction administrative

[1] Celui qui exerce sans autorisation d'exploiter ou qui ne remplit pas les conditions légales fixées par la présente loi est passible d'une sanction administrative.

[2] Les sanctions administratives suivantes peuvent être prononcées par le département :

a. l'avertissement ;
b. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 20'000.- ;
c. la limitation de l'autorisation d'exploiter ;
d. le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation d'exploiter ;
e. le retrait de la qualité de responsable d'un home non médicalisé.

[3] L'amende est cumulable avec les sanctions prévues aux lettres c à e.

Projet

TITRE V SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET DISPOSITIONS PÉNALES

Art. 39 Sanction administrative

[1] Le département peut prononcer une sanction administrative à l'encontre de celui qui enfreint la présente loi ou l'une de ses dispositions d'exécution, y compris les directives d'application, ainsi que contre celui qui exerce sans autorisation d'exploiter ou ne remplissant pas les conditions légales fixées par la présente loi.

[2] Les sanctions administratives suivantes peuvent être prononcées par le département :

a. sans changement ;
b. l'amende de CHF 500.- à CHF 20'000.- ;
c. sans changement ;
d. sans changement ;
e. le retrait de la qualité de responsable d'un HNM ou d'une PPS.

[3] Sans changement.

[4] Dans les cas où une sanction administrative figurant à l'alinéa 2, lettres c à e, est prononcée, elle peut faire l'objet d'une publication dans la Feuille des Avis Officiels, une fois exécutoire.

Art. 2 Entrée en vigueur et droit transitoire

[1] La présente loi entre en vigueur au 1er janvier 2018.

[2] Les EPSM et les PPS disposent d'un délai de 5 ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi pour se mettre en conformité avec les dispositions les concernant.

Texte actuel	Projet
	Art. 3 **Exécution** [1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a de la Constitution cantonale et la mettra en vigueur, par voie d'arrêté, conformément à l'article 2 ci-dessus.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 10 mai 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

Texte actuel	Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH)

du 10 mai 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Article premier

[1] La loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées est modifiée comme suit :

Texte actuel

TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Chapitre I Objet

Art. 2 Champ d'application

[1] La loi s'applique :

a. aux personnes présentant un :

- handicap physique ;
- handicap psychique ;
- handicap mental ;
- handicap sensoriel ;
- polyhandicap ;
- problème de dépendance ou en grandes difficultés sociales,

lorsqu'elles recourent à un fournisseur de prestations décrit par la présente loi ;

b. aux fournisseurs de prestations qui servent des prestations en leur faveur.

[2] Les fournisseurs de prestations sont les établissements socio-éducatifs et les organismes reconnus par le département en charge de l'action et de l'aide sociale.

Projet

TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Chapitre I Objet

Art. 2 Champ d'application

[1] La loi s'applique :

a. aux personnes présentant un :

- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;

lorsqu'elles recourent à un fournisseur de prestations entrant dans le champ d'application de la présente loi ;

b. sans changement.

[2] Sans changement.

[3] Les établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM), au sens de l'art. 3a de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, les pensions psycho-sociales (PPS), au sens de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale, ainsi que les organismes tiers qui fournissent des prestations sur délégation d'un EPSM ou d'une PPS sont exclus du champ d'application de la présente loi.

***Art. 2* Entrée en vigueur**

[1] La présente loi entre en vigueur au 1er janvier 2018.

Texte actuel	Projet
	Art. 3 **Exécution** [1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a de la Constitution cantonale et la mettra en vigueur, par voie d'arrêté, conformément à l'article 2 ci-dessus.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 10 mai 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

OCTOBRE 2017 **RC-375**

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projets de lois modifiant
- la loi sur la planification et le financement des établissements (LPFES) du 5 décembre 1978
- la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) du 24 janvier 2006
- la loi sur les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées (LAIH) du 10 février 2004
dans le cadre des prestations cantonales d'accompagnement en hébergement psychiatrique

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 9 juin 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan, Isabelle Freymond (en remplacement de Roxanne Meyer Keller), Véronique Hurni, Catherine Labouchère (en remplacement de Philippe Vuillemin), Graziella Schaller. MM. Alain Bovay, Fabien Deillon, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Axel Marion, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (présidence).

Excusé-e-s : Mme Roxanne Meyer Keller. M. Philippe Vuillemin.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Stéfanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique (SSP), Anastasia Avilès Benitez, Adjointe, Filière d'hébergement, Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), Anouchka Roman Dardano, Cheffe de projet, Filière d'hébergement, SASH, Sarah Monnard, Juriste, SASH. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Fabrice Ghelfi, Chef du SASH.

2. PRESENTATION DE L'EMPL – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS précise que le dossier relève surtout de l'organisation interne du département. Ce sont trois services qui s'occupent du champ des institutions d'hébergement pour personnes en difficulté : les EMS incombaient au Service de la santé publique (SSP) avec un cadre réglementaire relatif aux professionnels requis pour ces structures, les homes non médicalisés pour personnes âgées et certains homes pour personnes atteintes de troubles psychiques relevaient du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) et les établissements socio-éducatifs spécialisés dans les maladies psychiques dépendaient du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS).

Cela signifie que l'hébergement pouvait dépendre de trois services différents et par conséquent, admettre trois référentiels différents. Des logiques institutionnelles existaient, mais n'étaient pas liées à la pathologie du patient.

Le système manquant de cohérence, il est nécessaire de rapatrier l'ensemble de ces établissements qui s'occupent de personnes ayant des problèmes psychiques au sein d'un seul service, le SASH et que ce dernier définisse un nouveau référentiel. Le regroupement a eu lieu début 2017. La nécessité subséquente de faire migrer tous les établissements vers un seul et même référentiel a donc vu le jour. Ce processus est déjà en marche. Il est approprié de consolider le tout par une disposition légale.

Sur les aspects de surcoût de cet EMPL, ils sont liés au changement de règles de dotation ; des renforts ont été octroyés à des établissements dont les ressources étaient insuffisantes. Il s'agit en fait d'une

réorganisation de l'administration cantonale ; toutefois, puisque cela entraîne une modification des dispositions légales, cela est soumis au Grand Conseil.

3. DISCUSSION GENERALE

La majorité de la commission salue la réforme engagée. Par ailleurs, la commission souligne l'enjeu crucial en lien avec la nécessaire mise à niveau de la formation du personnel.

4. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS

L'analyse de l'exposé des motifs suscite les réactions suivantes.

2.3 – Assurer la continuité et la coordination des soins et de l'accompagnement socio-éducatif

Une commissaire salue la volonté d'améliorer l'accompagnement socio-éducatif en vue de la (ré)insertion, en particulier dans le domaine de l'emploi.

5 – Objectifs de la phase initiale de la future filière psychiatrique

Comment va se dérouler le cursus d'appropriation ?

Un énorme travail a été accompli pour associer les partenaires. Si des échéances ont été fixées, elles sont néanmoins flexibles, car un délai peut permettre à une institution de mieux gérer sa réorganisation. L'ensemble des partenaires est favorable au projet, il est donc essentiel de les entendre dans leurs spécificités. Une préparation importante avec les faîtières a été accomplie en amont dans le sens de l'appropriation. L'an passé, toutes les directions ont été rencontrées deux fois pour expliciter et clarifier les étapes à venir. Sur les questions de financement, des soirées d'informations ont été organisées afin de rendre l'accès aux outils, plus évident et l'accompagnement plus proche. Durant la phase de transition, le budget des institutions est maintenu.

5.9 – Adaptation informatique au sein de l'Etat

L'adaptation des outils vise-t-elle uniquement la gestion administrative ? Qu'en est-il plus précisément ?

Aujourd'hui, c'est le logiciel PROGRES — vieux d'une vingtaine d'années — qui est en charge de la gestion, mais qui montre ses limites. La gestion des lits passe par l'application BRIOCHE-WEB qui a dû être adaptée pour être fonctionnelle en juin de cette année. L'application fonctionne mais pas encore à plein régime.

Pour une commissaire, il importe dans ce cadre d'éviter l'apparition de solutions sectorielles parallèles.

5.10 – Maintenir la surveillance

Le chef du DSAS mentionne que le Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS) est rapatrié au Secrétariat général du DSAS et n'est plus distribué dans les différents services et se déploie sur l'ensemble des acteurs institutionnels du département.

7 – Risques

Comment l'accompagnement de la mise à niveau du personnel est-il prévu ?

L'un des aspects importants consiste à qualifier le personnel qui ne l'est pas à la hauteur d'un CFC ; il a été proposé aux personnes, qui ne pouvaient se projeter dans un CFC, un poste dans un EMS, par exemple. Pour les autres, des projets de formation sont mis en place par les directeurs des établissements. Par ailleurs, une formation touchant l'ensemble du personnel a visé une sensibilisation à l'approche psychiatrique. Cette formation est délivrée par l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) et permet aux employés d'étages ou de cuisine, par exemple, d'acquérir les bases leur permettant d'aller à la rencontre de ces personnes. Cette formation a déjà débuté. La validation des acquis est encouragée.

5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LPFES ET VOTES

5.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTES

Article premier

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 3a – Types d'établissements

Alinéa 1, tiret « Etablissements médico-sociaux (EMS) »

Selon un commissaire, il convient de préciser ici la population concernée. En effet, les troubles psychiques doivent être compris comme une pathologie prioritaire ou prééminente conduisant à l'hébergement. Si un handicapé présente des troubles psychiques, il est hébergé au titre de « handicapé » non de personne souffrant d'un trouble psychique, tout comme en psychogériatrie, ce sont des personnes âgées qui ont des troubles psychiques, mais qui sont avant tout des personnes âgées. Il n'est pas envisagé de placer un jeune de 30 ans aux côtés d'une personne de 88 ans souffrant d'une démence sénile.

Pour bien clarifier ce point, l'amendement suivant est déposé : « *Les établissements psychosociaux médicalisés (EPSM) sont une catégorie particulière d'EMS accueillant une population adulte souffrant* ***de manière prépondérante*** *de troubles psychiques.* ».

L'amendement est accepté à l'unanimité des membres présents.

L'article tel qu'amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 4 – Reconnaissance d'intérêt public

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 12 – Composition (Commission de politique sanitaire)

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 26g – Coûts des soins

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 26h – Structure de soins de jour ou de nuit

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 26i – Coûts socio-hôteliers et socio-éducatifs

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 2 – Entrée en vigueur et disposition transitoire

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 3 – Exécution

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

6. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LPFES

Le projet de loi tel que discuté et amendé par la commission est adopté à l'unanimité.

7. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LPFES

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de loi à l'unanimité.

8. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LAPRAMS ET VOTES

8.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTES

Article premier

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 1 – But

Alinéa 1

L'encadrement médico-social fait ici plus particulièrement référence aux EMS de type gériatrique et l'encadrement psycho-éducatif fait plus particulièrement référence aux EPSM. Il reste en l'occurrence que le « ou » doit être considéré comme non exclusif.

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 2 – Objet

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 3 – Champ d'application personnel

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 5 – Conventions tarifaires

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 7 – Contrôle et surveillance

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 10 – Prestations d'aide au maintien à domicile

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 13 – Définition (centre d'accueil temporaire)

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 14 – Prestations (centre d'accueil temporaire)

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15 – Aide individuelle (centre d'accueil temporaire)

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 16 – Définitions (logement protégé ou supervisé)

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 17 – Aide individuelle (logement protégé ou supervisé)

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 18 – Définition (court séjour)

Alinéa 2bis

Que se passe-t-il pour une personne non domiciliée dans le canton, un touriste par exemple, qui nécessite un court séjour suite à une hospitalisation d'urgence ? Que se passe-t-il pour une personne qui, pour une raison ou une autre, ne peut pas aller ailleurs en Suisse ? Des exceptions pour cas de rigueur sont-elles prévues ?

De telles situations ne sont a priori jamais apparues. Le seul cas théorique imaginable est celui du sans-papier. Cependant, les situations où l'hébergement psychiatrique est requis relèvent généralement du long séjour. Quant au touriste, il serait rapatrié.

Des cas intercantonaux ne vont-ils pas apparaître (placements en court séjour dans le canton de Vaud de personnes hospitalisées dans un autre canton, et inversement) ?

Pour la Broye par exemple, une convention entre le canton de Vaud et le canton de Fribourg existe en matière de long séjour. Au besoin, cette convention pourrait être appliquée par analogie pour ce qui concerne le court séjour.

Y a-t-il moyen, cas échéant, de déroger à la durée limite (30 jours) du court séjour ?

Des dérogations sont possibles pour autant qu'elles soient justifiées, en particulier d'un point de vue médical. Au niveau financier, l'aide de l'Etat s'interrompt au-delà des 30 jours définis, pour autant que la personne concernée dispose de suffisamment de moyens pour assumer son hébergement.

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 21 – Etablissement médico-social et établissement psycho-social médicalisé

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 21a – Pension psycho-sociale

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 22 – Home non médicalisé

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 23 – Autorisation d'exploiter un HNM ou une PPS

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 24 – Soutien administratif aux résidents

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 25 – Long séjour

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 26 – Prestations socio-hôtelières

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 26a – Prestations socio-éducatives

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 28 – Aide individuelle en cas de long séjour

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 28a – Conditions d'octroi des aides individuelles pour les résidents en EPSM et en PPS

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 39 – Sanction administrative

<u>Alinéa 2</u>

A la lettre b, quels critères président à l'octroi d'une amende plus ou moins lourde, entre CHF 500.- et CHF 20'000.- ?

Signifier une amende à un établissement presque entièrement subventionné ne fait guère sens. Aussi, il est plutôt fait usage – avec de bons résultats – des sanctions mentionnées aux lettres c, d et e.

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 2 – Entrée en vigueur et droit transitoire

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 3 – Exécution

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

9. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LAPRAMS

Le projet de loi tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité.

10. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LAPRAMS

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de loi à l'unanimité.

11. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LAIH ET VOTES

11.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTES

Article premier

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 2 – Champ d'application

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 2 – Entrée en vigueur

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 3 – Exécution

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

12. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LAIH

Le projet de loi tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité.

13. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT LA LAIH

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de loi à l'unanimité.

Yverdon-les-Bains, le 17 octobre 2017.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

(Séance du mardi 13 septembre 2016) **POS**
16_POS_192

Postulat Gérard Mojon et consorts – Orientation des jeunes après l'école : une analyse approfondie s'impose

Texte déposé

Le numéro hors-série de *Numerus* de juin 2016, consacré à l'orientation des jeunes au terme de la scolarité obligatoire et des filières de transition, est très instructif. De plus en plus d'entre eux se dirigent vers la voie d'études prolongées ou vers une mesure de transition, alors que de moins en moins s'orientent directement vers l'apprentissage.

A la fin des années 1980, 52 % des élèves du canton entraient en formation professionnelle. Cette proportion s'est réduite à 45 % en 1991, à 37 % en 2000 et à 20 % en 2015. A l'inverse, les gymnases (école de culture générale et école de maturité) attirent nettement plus d'élève, passant de 27 % en 1978 à 44 % en 2015.

Une comparaison intercantonale menée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) en 2013 révèle que le canton de Vaud a le 2e taux le plus bas de Suisse, après Genève, concernant les élèves en dernière année scolaire qui choisissent la voie de la formation professionnelle et le 3e taux le plus haut de Suisse concernant les élèves en dernière année scolaire qui se dirigent vers une voie de transition.

On constate aussi, à la lecture de ces chiffres, qu'actuellement un jeune sur cinq désire entrer en filière de transition contre un sur vingt en 1991. La « 10e année » comptait 350 élèves en 1991 et 1'730 en 2015[1]. L'insertion professionnelle à la suite de cette transition permet à 53 % d'élèves seulement de s'insérer dans une formation professionnelle[2].

Ces chiffres tendent ainsi à démontrer que la filière de formation duale que tant de monde nous envie attire malheureusement de moins en moins de candidats. Cela ne peut nous laisser indifférents.

Nous devons faire en sorte que la filière de l'apprentissage, que beaucoup s'accordent à considérer comme l'une des principales forces de notre système de formation et qui constitue pour notre pays, un avantage compétitif certain, persiste et demeure attractive pour une large frange de nos jeunes en recherche de formation.

Les constats ci-dessus demandent à l'évidence une analyse approfondie d'où le présent postulat.

Cette analyse doit comprendre notamment :

- Les raisons de cette constante diminution du nombre d'entrées en apprentissage.
- La position du Conseil d'Etat par rapport à cette diminution.
- L'adéquation de la valorisation de cette voie de formation.
- Un bilan des prestations faites par les offices d'orientation professionnelle, comprenant notamment la pertinence du message vis-à-vis de la formation professionnelle.
- La promotion du préapprentissage est-elle adéquate en regard de sa partie pratique ?
- Un recensement des projets d'établissements consacrés à la préparation de l'entrée en apprentissage et leur promotion par le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC).
- Une comparaison avec d'autres systèmes de formation en Suisse ou à l'étranger et ses conséquences sur l'employabilité.
- La position du Conseil d'Etat vis-à-vis de « l'académisation » de l'orientation.

[1] *Numerus*, juin 2016, p. 11
[2] Ibid., p.1.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Gérard Mojon
et 36 cosignataires

Développement

M. Gérard Mojon (PLR) : — Je crois que tout le monde s'entend à reconnaître que notre système de formation duale axé sur l'apprentissage est l'un des meilleurs qui soient. D'ailleurs, énormément de personnes à l'étranger nous l'envient. Or, je lis dans le dernier numéro de *Numerus* — le courrier statistique vaudois — d'une part, qu'il y a de moins en moins de jeunes qui choisissent l'entrée directe en apprentissage et, d'autre part, que de plus en plus d'entre eux se dirigent vers des filières de transition. Je me demande donc à quoi cela est-il dû et si l'on peut y remédier, étant donné qu'on considère que notre système de formation est bon.

Je pose toute une série de questions au Conseil d'Etat, essentiellement sur les raisons de la constante diminution du nombre d'entrées directes en apprentissage. La valorisation de cette filière est-elle toujours adéquate ? A quoi l'« académisation » de l'orientation actuelle est-elle due ?

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

FEVRIER 2017 **RC-POS**
(16_POS_192)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Gérard Mojon et consorts – Orientation des jeunes après l'école: une analyse approfondie s'impose

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 16 décembre 2016 de 14h00 à 16h00 à Lausanne. Outre cet objet, durant la même séance, elle a également examiné le (16_POS_193) Postulat Manuel Donzé et consorts – Echecs en première année dans nos hautes écoles: en fait-on assez au niveau de l'orientation scolaire et professionnelle dans nos écoles ?

La commission était composée de Mme Sonya Butera, confirmée dans son rôle de présidente et rapportrice, de Mmes Martine Meldem, Amélie Cherbuin, Josée Martin et Roxanne Meyer Keller, ainsi que de MM. Marc Oran, Dominique-Richard Bonny, Nicolas Croci-Torti, Gérard Mojon, Guy-Philippe Bolay, Denis Rubattel, Jean-Marc Sordet et Manuel Donzé.

Participaient également, Mme Anne-Catherine Lyon (cheffe du DFJC), ainsi que MM. Serge Loutan (chef du Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation – SESAF) et Lukas Baschung (directeur opérationnel en charge des hautes écoles à la Direction générale de l'enseignement supérieur – DGES). Mme Fanny Krug (SGC) a tenu les notes de séance.

2. POSITION DU POSTULANT

Le postulant reporte qu'à la fin de l'école obligatoire, seul un élève sur cinq choisit une formation duale, alors qu'il y a une trentaine d'années, une bonne moitié des élèves se lançait dans un apprentissage. Le postulant regrette cette situation d'autant plus que ce mode de formation est régulièrement cité en exemple à l'étranger. Il se pose la question de savoir si cette voie est suffisamment valorisée. Il souhaite que le Conseil d'Etat investigue les raisons derrière cette malheureuse évolution et qu'il se positionne, notamment face à l'apparente académisation de l'orientation post-obligatoire.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat conteste la baisse de l'intérêt des jeunes vaudois pour la formation duale ; celle-ci reste, au contraire, très populaire. L'impression de désintérêt avancée par le postulant est sans doute due à la prise en considération de l'orientation à la fin de la scolarité obligatoire, alors que l'âge moyen de l'entrée en apprentissage est actuellement de 18 ans et 3 mois.

A la sortie de l'école obligatoire, les jeunes qui se destinent à une formation duale ont de la peine à trouver une place d'apprentissage, de nombreux employeurs préférant engager des personnes plus âgées, et certaines formations ne s'adressent qu'à des personnes majeures[1]. Ainsi, si l'on recule de 2 à 3 ans l'âge auquel on observe le choix de formation des jeunes, le taux d'élèves poursuivant une

[1] un graphique détaillant la proportion des élèves en première année d'apprentissage en fonction de l'âge se trouve en annexe (1).

formation professionnelle s'avère bien supérieur aux chiffres reportés par le postulant. Les données montrent une grande stabilité dans la distribution des élèves en première année de formation du secondaire II: 2 tiers des élèves sont en formation professionnelle et seul un tiers est au gymnase[2].

Les élèves optant pour le gymnase ou l'école de culture générale à la fin de leur scolarité obligatoire, peuvent y accéder directement, alors que ceux intéressés par une formation duale ne commencent leur formation professionnelle qu'un an ou deux après la fin de leur scolarité obligatoire. L'Etat a mis en place des dispositifs d'aide à la transition (école ou SEMO) afin d'offrir à ces élèves le temps nécessaire pour, le cas échéant, « murir » ou pour trouver une place d'apprentissage dans le métier de leur choix.

Le Conseil d'Etat constate que le grand changement ne se situe pas dans la proportion d'élèves en formation professionnelle, mais plutôt au niveau de l'âge de l'obtention d'une place d'apprentissage ou d'entrée en école des métiers.

4. DISCUSSION GENERALE

Les commissaires prennent acte du biais mis en évidence par le Conseil d'Etat. Le postulant ressent néanmoins une dévalorisation générale de la voie duale et une perception de la part des entreprises que l'apprentissage n'est plus appréciée à sa juste valeur. Selon lui, les passerelles entre les voies de formation ne sont pas assez connues : beaucoup croient qu'un CFC ne mène nulle part, et ceci bien que de nombreuses personnes porteuses d'un CFC aient accédé à des positions importantes. Il souhaite, par ailleurs, savoir pourquoi les statistiques disponibles sont fausses, et se préoccupe de l'occupation des jeunes pendant cet intervalle entre la sortie de l'école (15 1/2 ans) et le début de l'apprentissage (18 ans). Un autre commissaire s'inquiète également de cette difficulté à trouver une place d'apprentissage et se demande si de son côté, le patronat fait assez d'efforts, et quels pourraient être les solutions pour que les 15-16 ans ne restent pas sans solution de formation.

La Conseillère d'Etat explique que les chiffres en soi ne sont pas faux puisqu'ils reflètent l'orientation des élèves lors de leur première année après l'école obligatoire. Si l'intérêt est de connaître l'orientation effectivement suivie par les jeunes au degré secondaire II, il faut prélever l'information différemment. Le biais observé à la sortie de l'école obligatoire en faveur de la voie gymnasiale est dû à l'offre limitée en places d'apprentissage opposé à la garantie d'entrer au Gymnase/Ecole de Culture Générale si l'on remplit les conditions d'admission. Le Canton de Vaud a demandé à l'Office Fédéral des Statistiques d'inclure les données relatives aux 18-20 ans pour en monitorer la stabilité.

Elle salue l'effort remarquable fait par le patronat face à l'augmentation des besoins en places d'apprentissage découlant de l'évolution démographique : le nombre de places d'apprentissage a doublé, anticipant ainsi une vague démographique sur le point d'arriver au niveau du secondaire II. Elle se veut rassurante : à la fin de l'école obligatoire, les jeunes ne restent pas sans rien faire. Les filières de transition leur permettent de différer leur entrée en apprentissage. A leur sortie d'une école de transition, de nombreux jeunes ont trouvé une place.

Une piste pour diminuer les délais pourrait être de renforcer la formation professionnelle en école, avec deux bémols. Premièrement, les données montrent que les jeunes préfèrent de loin la formation professionnelle duale à celle en école ; et, deuxièmement, cette solution impliquerait une importante construction de nouvelles infrastructures scolaires[3]. En ce qui concerne la valorisation de l'apprentissage, de nombreuses actions de ont été mises en place, et les formations ES et des HES sont de plus en plus populaires.

Un premier commissaire abonde dans le sens de la CE : l'obtention d'une place d'apprentissage peut prendre du temps. Ceci est d'autant plus vrai que la formation envisagée est prisée. Il souhaiterait voir l'offre en conseillers en orientation scolaire et professionnelle renforcée, de même que l'information faite aux enseignants de l'école obligatoire, ces enseignants n'étant pas toujours au clair sur l'ensemble des voies de formation post-obligatoires.

---

[2] les données relatives aux années scolaires 2011-2016 figurent en annexe (2).

[3] une formation en entreprise implique l'utilisation d'une salle de classe 1 jour par semaine, par opposition à une formation en école qui exige des locaux scolaires tous les jours de la semaine.

Un autre commissaire confirme les énormes efforts entrepris par l'Etat et les milieux patronaux, en citant, notamment la promotion faite auprès des entreprises étrangères qui ne sont pas familières avec notre système de formation duale. Il salue également la mise en place de la bourse d'apprentissage. Il reconnaît que de nombreux patrons préfèrent embaucher des apprentis plus âgés, et demande confirmation si l'entrée en apprentissage des jeunes suisses alémaniques est différente de celles des jeunes vaudois.

Un autre commissaire demande des précisions sur le programme LIFT.

Les éclaircissements suivants sont apportés :

- Si globalement, l'entrée en apprentissage est effectivement plus rapide/massive en Suisse alémanique[4], les données montrent que l'âge d'entrée en apprentissage dépend d'une variable toute autre que la région linguistique : le milieu urbain vs non-urbain (rural/alpin).
En dehors des milieux urbains, les jeunes trouvent plus facilement une place d'apprentissage dès la sortie de l'école obligatoire, alors que dans les grandes villes suisses, les jeunes entreprennent plus facilement des formations en école et visent plus souvent des études longues.

- Le système de formation duale a été mis sous tension par les programmes cantonaux de lutte contre la précarisation des jeunes adultes : la récupération de personnes sans formation professionnelle certifiée par FORJAD (18-25 ans) et FORMAD (>25 à <40ans) a créé une augmentation transitoire du nombre de candidats à la formation professionnelle. Ces personnes rentrent en compétition avec les jeunes sortant de l'école obligatoire pour les places de formation.

- L'orientation professionnelle ne fait pas une promotion systématique pour une formation plutôt qu'une autre. Son rôle est de conseiller et informer, elle peut participer à la promotion de secteurs économiques et de secteurs de formation. Le département et les milieux économiques œuvrent ensemble en faveur de la formation professionnelle auprès des jeunes.

- Le programme LIFT en est à ses débuts. Il s'agit d'anticiper la fin de l'école obligatoire en offrant des places de stage à des élèves désintéressés par l'apprentissage en milieu scolaire. Le but est de faciliter le passage de l'école au monde professionnel. Sa mise en œuvre et son succès reposent essentiellement sur la qualité des liens entre l'école et les entreprises locales.

Les commissaires reconnaissent l'ensemble des efforts des entreprises et du DFJC. S'agissant des statistiques descriptives, tous s'accordent qu'il conviendrait d'avoir les chiffres pour les jeunes ayant obtenu un contrat d'apprentissage. Une prise en considération partielle du postulat est alors envisagée.

5. VOTE DE LA COMMISSION

Prise en considération partielle du postulat

La commission recommande au Grand Conseil de prendre partiellement en considération ce postulat par 12 voix pour et 1 contre, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

A savoir :

« (…) Cette analyse doit comprendre notamment :

- Les raisons de cette constante diminution du nombre d'entrées en apprentissage.
- ~~La position du Conseil d'Etat par rapport à cette diminution.~~
- L'adéquation de la valorisation de cette voie de formation.
- ~~Un bilan des prestations faites par les offices d'orientation professionnelle, comprenant notamment la pertinence du message vis-à-vis de la formation professionnelle.~~
- La promotion du préapprentissage est-elle adéquate en regard de sa partie pratique ?

[4] pour information, le Canton de Vaud est dans la moyenne romande

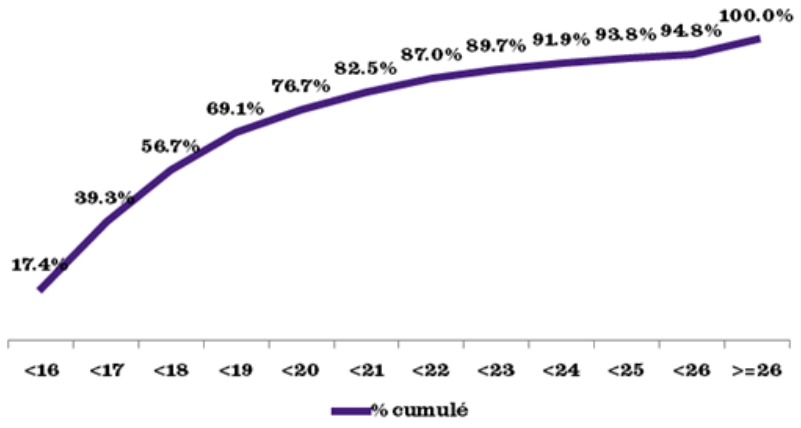
- ~~Un recensement des projets d'établissements consacrés à la préparation de l'entrée en apprentissage et leur promotion par le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC).~~
- Une comparaison avec d'autres systèmes de formation en Suisse ou à l'étranger et ses conséquences sur l'employabilité.
- La position du Conseil d'Etat vis-à-vis de « l'académisation » de l'orientation».

Crissier, le 17.02.2017.

La rapportrice :
(Signé) Sonya BUTERA

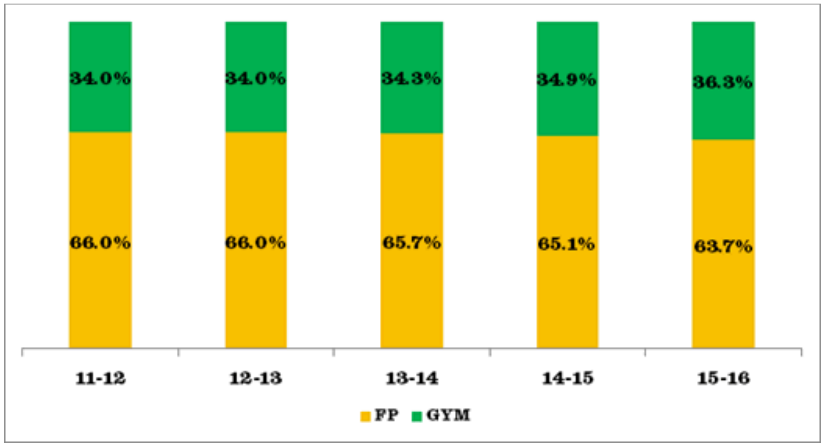
Annexes[5] :

1) Représentation graphique de l'âge d'entrée des élèves en formation duale (rentrée 2015-2016)



Population : 1ère année (avec redoublants), AFP et CFC (sans prise en compte des VAE, article 32 et 2e ou 3e formation)

2) Proportion des élèves en première année (gymnase et formation professionnelle), rentrées scolaires de 2011 à 2015



Années scolaires 2011-12 à 2015-2016

[5] Source : SESAF, DFJC

(Séance du mardi 20 septembre 2016) **POS**
16_POS_193

Postulat Manuel Donzé et consorts – Echecs en première année dans nos hautes écoles : en fait-on assez au niveau de l'orientation scolaire et professionnelle dans nos écoles ?

Texte déposé

Depuis plusieurs années, le taux d'échec en première année d'université et à l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) devient préoccupant. Il représente un coût financier important pour nos hautes écoles, mais aussi un coût humain pour tous ces jeunes, qui, souvent après un tel échec, abandonnent leurs études.

Aussi, nos hautes écoles et tout notre système de formation pâtissent de ces taux d'échec, notamment au niveau de leur réputation et de l'efficacité de la formation.

Il est donc primordial de mieux connaître les raisons de ces échecs ; malheureusement, les données sur celles-ci restent confidentielles ou n'existent pas. De nombreuses questions restent ouvertes, notamment sur l'adéquation entre les études gymnasiales et les compétences demandées au niveau universitaire, tant au niveau des connaissances que des méthodes d'apprentissage, sur les taux de réussite de nos élèves vaudois en première année, comparativement aux étudiants d'autres cantons, etc. Et donc, nous ne disposons non plus pas d'études sur les raisons des échecs et des abandons des élèves dans nos hautes écoles.

Ce postulat se concentre sur la question du choix de la filière opéré par un jeune.

Les élèves qui commencent leur première année dans une haute école se sont retrouvés confrontés, de manière peu fréquente, à la question du choix professionnel et académique pendant leurs années d'école obligatoire et post-obligatoire. Aujourd'hui, les élèves peuvent aller voir le bureau d'orientation scolaire ; ils ont aussi la possibilité, en dernière année de gymnase, de participer à une journée d'information à l'Université de Lausanne et à l'EPFL. Mais ces démarches restent épisodiques et de surface.

Bien entendu, le gymnase a une double fonction : préparer les élèves aux hautes écoles, à travers la transmission de connaissances et de compétences spécifiques ; mais aussi développer une connaissance générale, une ouverture sur le monde, une curiosité et un esprit critique, qu'il ne s'agit pas de renier ici.

Quoiqu'il en soit, un mauvais choix dans la filière, en première année, peut avoir des conséquences dramatiques pour certains : démotivation, perte de confiance en soi, etc., qu'il s'agit d'éviter au maximum.

Différentes possibilités existent pour améliorer cette orientation scolaire et professionnelle, tant au niveau de l'école obligatoire que post-obligatoire. De manière non exhaustive, nous pensons à :

- La mise en place de quelques périodes d'orientation pour mieux expliquer aux élèves les différentes filières.
- Pour réaliser cet objectif et d'une manière générale, il s'agit aussi de mieux former les enseignants aux filières proposées dans nos hautes écoles, en tenant compte que les études changent rapidement, que ce qu'ont vécu nos enseignants et ce qui est enseigné aujourd'hui à l'université a passablement changé, tant au niveau des connaissances que des compétences demandées ; on pourrait songer à avoir un référent pour les élèves, par gymnase et par filière, qui suivrait l'actualité de celle-ci à l'université ou à l'EPFL, par exemple.
- Améliorer aussi l'orientation pour des possibilités de formation autres qu'universitaires ; généralement, nos enseignants du gymnase ont suivi un parcours type, en passant par l'université et l'EPFL et ne connaissent pas ou très peu d'autres filières professionnelles, par exemple.

- Des rencontres avec des professionnels — à travers des associations d'*alumni*, EPFL, des Hautes études commerciales (HEC), etc.
- Un entretien obligatoire pour chaque élève avec un conseiller en orientation.
- Une bonne orientation conduirait aussi à faire prendre conscience aux élèves de ne pas surestimer leurs capacités, et à prendre des cours de soutien, souvent donnés dans les gymnases, comme les mathématiques renforcées.
- Certaines organisations économiques proposent aussi de confronter rapidement les élèves au monde professionnel, par un stage, une occupation, une activité associative, etc., qui seraient intégrés dans leur cursus gymnasial.

Au vu des éléments présentés ci-dessus, nous remercions le Conseil d'Etat de bien vouloir :

- Nous présenter un état de la situation quant aux analyses qui ont pu être faites sur les raisons des échecs de nos étudiants en première année dans nos hautes écoles.
- Nous présenter la stratégie du Conseil d'Etat quant à l'orientation scolaire et professionnelle, comme instrument à l'amélioration du choix de filière par les élèves durant leurs études obligatoires et post-obligatoires, et notamment en fin de gymnase.
- Se positionner sur les différents instruments présentés ci-dessus.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Manuel Donzé
et 20 cosignataires

Développement

M. Manuel Donzé (AdC) : — Le constat est connu : l'échec en première année dans nos hautes écoles — notamment à l'Université et à l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) — est trop important. En effet, c'est tout d'abord un échec pour l'étudiant qui peut parfois se décourager, se démotiver. Il y a une vraie souffrance et une incompréhension quant à l'inadéquation des compétences et ce qui est demandé dans nos hautes écoles. Cela a aussi un coût important, qu'il ne faut pas négliger, pour nos finances cantonales. L'échec coûte cher, de manière générale.

Comment y remédier ? En partant de l'hypothèse que nos hautes écoles doivent rester ouvertes à tout titulaire de maturité, sans sélection préalable, que peut l'Etat ? Différents éléments peuvent être étudiés. Par exemple, savoir si l'on veut plus ou moins de maths, plus ou moins de français, plus ou moins d'anglais, etc. Il faut également s'interroger sur la qualité de l'enseignement, etc.

A travers ce postulat, je veux me concentrer sur l'orientation scolaire. En fait-on assez ? En tant qu'enseignant — je déclare là mes intérêts — je puis dire que nous n'en faisons certainement pas trop. Dans un mémoire rédigé lors de mon master à la Haute école pédagogique (HEP), je m'intéressais à l'évaluation des enseignants par les conseils de direction. Un rôle ressortait d'une manière assez forte et inattendue : l'enseignant orienteur. Dans l'interview de membres de la direction de gymnases, il était attendu que l'enseignant oriente aussi l'élève pour la suite de sa formation. Actuellement, l'élève a-t-il les capacités pour telles ou telles études ? A-t-il les outils nécessaires pour les compléter, le cas échéant ? L'élève sait-il que telle faculté implique plutôt telles compétences ?

Pour aller plus loin encore, il convient d'élargir le débat. Notre enseignant ne doit pas être le seul orienteur, mais l'école dans son ensemble doit prendre ce rôle très au sérieux et modifier ses pratiques. J'expose certaines pistes, dans mon postulat, sans préjuger de leur qualité dans le contexte vaudois. Ici, ce qui est demandé en préalable au Conseil d'Etat est une réflexion sur les causes des échecs en première année d'université, de manière transparente. Ensuite, nous aimerions que le Conseil d'Etat puisse nous présenter sa stratégie quant à l'orientation scolaire et professionnelle, notamment au niveau de l'enseignement post-obligatoire. Nous aimerions qu'il se positionne sur différents instruments présentés dans ce postulat.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

MARS 2017 **RC-POS**
(16_POS_193)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Manuel Donzé et consorts – Echecs en première année dans nos hautes écoles: en fait-on assez au niveau de l'orientation scolaire et professionnelle dans nos écoles ?

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 16 décembre 2016 de 14h00 à 16h00 à Lausanne. Outre cet objet, durant la même séance, elle a également examiné le (16_POS_192) Postulat Gérard Mojon et consorts – Orientation des jeunes après l'école: une analyse approfondie s'impose.

La commission était composée de Mme Sonya Butera, confirmée dans son rôle de présidente et rapportrice, de Mmes Martine Meldem, Amélie Cherbuin, Josée Martin et Roxanne Meyer Keller, ainsi que de MM. Marc Oran, Dominique-Richard Bonny, Nicolas Croci-Torti, Gérard Mojon, Guy-Philippe Bolay, Denis Rubattel, Jean-Marc Sordet et Manuel Donzé.

Participaient également, Mme Anne-Catherine Lyon (cheffe du DFJC), ainsi que MM. Serge Loutan (chef du Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation – SESAF) et Lukas Baschung (directeur opérationnel en charge des hautes écoles à la Direction générale de l'enseignement supérieur – DGES).

Mme Fanny Krug (SGC) a tenu les notes de séance.

2. POSITION DU POSTULANT

Avant toute chose, le postulant insiste qu'il ne remet nullement en cause l'absence d'examen d'admission à l'Université de Lausanne. Il reste très attaché à la Maturité suisse en tant que passeport universel garantissant l'accès à l'Unil ou à l'EPFL. Constatant les taux d'échec importants dans les institutions d'enseignement supérieur, il lui semble crucial de se pencher sur la question de l'orientation scolaire et professionnelle avant l'entrée en formation post-gymnasiale.

A l'heure actuelle, pendant leurs trois ans de gymnase, les élèves vaudois n'ont qu'une journée d'information organisée par l'Unil et l'EPFL. Ils ne font généralement appel aux psychologues-conseil qu'en cas d'échec. Dans son activité professionnelle, le postulant a constaté que de nombreux gymnasiens choisissent une voie universitaire par défaut, à la dernière minute ou par imitation familiale, voire d'un camarade. Si l'hésitation dans l'orientation a existé de tout temps, le postulant estime que la compétition et la sélection sont devenues telles que les élèves doivent être mieux soutenus dans leurs choix de formation supérieure afin de leur éviter des échecs douloureux. Il s'inquiète tant du coût humain que financier des taux d'échec universitaire.

Le postulat suggère quelques pistes pour diminuer ces taux, notamment: 1) une à deux périodes d'orientation obligatoires pendant les années gymnsiales 2) périodes qui comprendraient des informations relatives aux voies de formation supérieure non-universitaires 3) l'amélioration des connaissances des enseignants gymnasiaux concernant les diverses filières de formation post-gymnasiale 4) l'information des élèves, dès la 1ère année de gymnase, des compétences ou

connaissances nécessaires pour différentes formations supérieures, afin de leur permettre de choisir l'option complémentaire la plus adéquate.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Au niveau des hautes écoles, de multiples soutiens ont été mis en place : l'Université de Lausanne a, par exemple, développé un système de *mentorat* afin d'accompagner le passage d'« élève du gymnase » à « étudiant universitaire ». En ce qui concerne l'EPFL, s'agissant d'un établissement fédéral, il est rappelé que la marge d'intervention du Conseil d'Etat est limitée.

Au niveau du secondaire II, l'introduction d'heures d'orientation obligatoires pendant le gymnase, pourrait être une solution pour autant que le Grand Conseil accepte d'allouer les ressources financières nécessaires : le législatif se déterminant poste par poste pour les postes hors enseignement, la Conseillère d'Etat émet le doute que l'augmentation budgétaire serait acceptée.

Se pose également la question de savoir si l'on peut contraindre les élèves à entamer un processus de réflexion conernant leur orientation. Le conseil en orientation pendant les années du gymnase est assuré par l'Office Cantonale d'Orientation Scolaire et Professionnelle –OCOSP- (à raison de 6.6ETP/11500 élèves). Il se décline en trois types de prestations, toutes gratuites :

- les informations générales, notamment par le biais de la plateforme « Forum Horizon »[1] qui permet aux élèves de s'informer sur un ensemble de professions et de formations,

- le conseil individuel (à la demande de l'élève),

- l'accompagnement d'élèves en échec ou en rupture de formation gymnasiale.

Concernant la demande du postulant que le Conseil d'Etat « présente sa stratégie quant à l'orientation scolaire et professionnelle, comme instrument à l'amélioration du choix de filière par les élèves durant leurs études obligatoires et post-obligatoires, et notamment en fin de gymnase », en cas de renvoi du postulat, la Conseillère d'Etat suggère que le terme « stratégie » soit explicitée.

4. DISCUSSION GENERALE

Un premier commissaire abonde dans le sens du postulant : ce n'est généralement qu'en dernière année de gymnase que les élèves s'intéressent à leur parcours de formation post-Maturité. Une partie de l'information reçue en « classe » repose sur les initiatives personnelles d'enseignants qui mettent leurs élèves en contact avec d'anciens élèves ayant effectué différentes voies de formation. il est d'avis que ces démarches pourraient être officialisées et devenir des « ateliers » organisés par des enseignants, sur une base volontaire. Il pense, par contre, qu'il serait impossible de mettre en place des consultations obligatoires pour des miliers de gymnasiens.

La plateforme Forum Horizon est connue de plusieurs commissaires, notamment parce qu'ils y interviennent. Il est estimé que 80% des élèves y participent et les orateurs mettent en avant les compétences requises pour la formation ou la profession qu'ils présentent aux participants. Chacun est favorable à améliorer le contact entre professionnels et gymnasiens.

Un commissaire regrette qu'il n'existe pas de statistiques sur les gymnases ou options associées avec les échecs dans les établissements de formation supérieure, ceci dans le but d'accorder des renforcements. Il est également rappelé que suite à une interpellation, le Conseil d'Etat avait déjà communiqué au Grand Conseil que peu de données relatives aux échecs à l'EPFL étaient disponibles, et que l'obtention de telles informations devaient passer par la voie fédérale. Reste que les échanges entre l'EPFL et le DFJC sont constructifs puisqu'ils ont notamment débouchés sur un renforcement de l'enseignement des mathématiques dans le cursus gymnasial vaudois.

Un autre commissaire estime qu'il serait dommage de pousser des élèves à la difficulté en les obligeant à choisir des mathématiques renforcées pour accéder à l'EPFL, se prononçant plutôt en faveur de mesures d'accompagnement. Une possibilité serait d'instaurer des cours facultatifs, hors

[1] http://www.vd.ch/themes/formation/orientation/nos-prestations/forums-et-salons/forum-horizon/

examen de maturité, visant à préparer une entrée dans une école supérieure donnée, sans pour autant mettre en péril l'obtention de la Maturité.

Il est décidé de maintenir le postulat sans modifications.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat par 12 voix pour, 0 contre et 1 abstention, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Crissier, le 24 février 2017.

La rapportrice :
(Signé) Sonya Butera

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MARS 2017 **356**

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE LOI
sur l'orientation professionnelle

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION.....4

2 CONTEXTE.....4

2.1 Sur le plan fédéral et cantonal.....4

2.2 Missions et prestations de l'orientation..... 7

2.2.1 Missions de l'orientation..... 7

2.2.2 Prestations par population..... 9

2.3 Evolution du conseil en orientation et enjeux.....11

2.3.1 Evolution du conseil en orientation.....11

2.3.2 Enjeux et chiffres-clés.....12

3 BILAN DU CASE MANAGEMENT POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE (CMFP) 13

4 RÉSULTATS DE LA CONSULTATION SUR L'AVANT-PROJET.....14

4.1 Retour de consultation..... 14

4.2 Evolution du texte de loi.....15

5 CONSÉQUENCES FINANCIÈRES ET EN MATIÈRE DE PERSONNEL..... 17

6 COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE.....17

7 CONSEQUENCES.....27

7.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)..... 27

7.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)..... 27

7.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique.....27

7.4 Personnel.....28

7.5 Communes..... 28

7.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie.....28

7.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)..... 28

7.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA 28

7.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)..... 28

7.10 Incidences informatiques..... 28

7.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)..... 28

7.12 Simplifications administratives.....28

7.13 Protection des données.....29

7.14 Autres.....29

8 CONCLUSION.....29

1 INTRODUCTION

Le présent projet de loi vise à adapter le cadre normatif à l'évolution des missions de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (ci-après : l'orientation). En effet, d'une offre basée sur l'information et le conseil à disposition des jeunes et des adultes en situation de choix qui figurait dans la loi du 19 mai 1980 sur l'orientation scolaire et professionnelle, l'orientation a, au cours de ces dernières années, renforcé sa dimension proactive dans ses missions de base. Elle l'a fait, en particulier, en devenant l'un des piliers essentiels de nouveaux dispositifs mis en place par notre canton en faveur de jeunes connaissant des difficultés dans l'accès à une formation et d'adultes en situation professionnelle précaire, faute de disposer d'une formation achevée ou devant réorienter leur carrière en fonction du marché du travail.

Cet élargissement des missions de l'orientation s'inscrit, d'une part, dans le cadre de la volonté politique exprimée par le Conseil d'Etat, dans ses programmes de législature 2007 à 2012 (mesure n°5) et 2012 à 2017 (mesure n°3.2.), de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes par la formation. Il fait suite, d'autre part, à l'adoption, le 9 juin 2009, de la nouvelle loi vaudoise sur la formation professionnelle (LVLFPr) en application de la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle. Par ailleurs, ce projet est l'occasion de préciser et de développer le rôle de l'orientation dans la procédure de qualification des adultes par toutes les voies possibles et notamment celle de la validation des acquis de l'expérience (VAE) visant à favoriser l'obtention d'un CFC ou d'une AFP.

Pour l'heure, ces nouvelles missions se sont insérées dans le champ de compétences de l'Office d'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP) selon une logique de projet. Il convient, à présent, de leur donner une visibilité dans le cadre normatif. Leur inscription dans le champ de l'orientation nécessite toutefois une refonte complète de l'actuelle loi, la seule modification de cette dernière n'étant pas suffisante pour des raisons de lisibilité, ainsi que pour des raisons de conformité à d'autres normes, telles que notamment la loi sur la protection des données et la loi sur les subventions.

Il est de plus à noter que ce projet de loi a été élaboré en tenant compte des Recommandations intercantonales de la Conférence suisse des directeur-trice-s de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (CDOPU) du 16 juin 2005.

2 CONTEXTE

2.1 Sur le plan fédéral et cantonal

Depuis 2008, la Confédération vise la certification de tous les jeunes à l'issue du secondaire II (formation professionnelle et gymnases) avec un taux de certification de 90 à 95%.

Le Conseil d'Etat, quant à lui, a exprimé dans ses deux derniers programmes de législature (2007-2012 mesure n°5 et 2012-17 mesure n°3.2) sa volonté d'optimiser le fonctionnement des institutions de transition, d'insertion et d'orientation, d'améliorer l'intégration des adolescents et des jeunes adultes bénéficiaires du revenu d'insertion (RI), notamment par la détection précoce des difficultés qui pourraient entraver leur formation professionnelle, et de renforcer les mesures d'orientation scolaire et professionnelle. Pour atteindre cet objectif, le Département en charge de la formation a mis en place un suivi systématique de tous les élèves en dernière année scolaire VG par les psychologues conseillers en orientation et les établissements scolaires, en collaboration avec les familles, pour aider ces jeunes à trouver une solution de formation de type apprentissage ou gymnasiale.

Pour sa part, la Confédération a encouragé la mise en place dans les cantons d'un dispositif de "case management pour la formation professionnelle" (CMFP) pour les jeunes éprouvant des difficultés à accéder à l'apprentissage, qui fait de l'intégration professionnelle et sociale des jeunes une mission

prioritaire de la politique sociale. Ce dispositif qui intervient lorsque les démarches d'insertion dans la formation du degré secondaire II sont infructueuses, vise à donner au plus grand nombre possible des jeunes l'opportunité d'effectuer une formation professionnelle initiale. Les objectifs du suivi dans l'école et du CMFP sont : l'amélioration de la transition entre l'école et la formation professionnelle (c'est-à-dire la transition 1 - T1) ainsi que la prévention des ruptures de formation et la limitation du recours à l'aide sociale. Le soutien de la Confédération à l'introduction du CMFP dans les cantons de 2008 à 2011 (phase de mise en place du CMFP) s'est concrétisé par une contribution d'un montant de 20 millions de francs. Les cantons, quant à eux, portent la responsabilité de la mise en œuvre et la consolidation de ce dispositif avec un soutien opérationnel et financier dégressif de la Confédération de 2012 à 2015 (phase de consolidation du CMFP).

Le Conseil d'Etat a par ailleurs créé une Direction interservices chargée de mettre en place et de piloter le dispositif de coordination des mesures de transition 1 (mesures T1). Cette Direction interservices, qui mobilise six services issus de trois départements différents a vu le jour en 2008 (DGEO, DGEP, SPJ, SESAF pour le DFJC, SDE pour le DECS, SPAS pour le DSAS). Le Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) est chargé de sa coordination, en sa qualité de service de rattachement de l'Office cantonal de l'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP). Dans ce cadre, une dizaine de postes provisoires, principalement financés par la Confédération, a été mobilisée. Afin de maintenir et consolider les prestations de l'orientation dans le domaine du CMFP, ces postes ont été pérennisés dans le cadre du budget 2014.

Depuis le lancement du concept de Case management pour la formation professionnelle dans le Canton de Vaud, le dispositif s'est progressivement structuré pour devenir un rouage essentiel de la fin de la scolarité obligatoire et de la formation professionnelle initiale. Son ambition est, d'une part, d'anticiper les difficultés d'insertion des jeunes en fin de scolarité, en analysant finement leur situation et en proposant des mesures adaptées et, d'autre part, d'offrir des prestations de case management à des jeunes sans solution, notamment suite à des ruptures de formation.

La réalisation des objectifs du CMFP implique une collaboration active entre le jeune, sa famille, l'école obligatoire, les psychologues conseillers en orientation (en amont), les acteurs de la T1, les prestataires de mesures (en aval) et bien sûr les entreprises formatrices. En effet, ce processus commence en fin de scolarité avec un repérage précoce des jeunes susceptibles d'éprouver des difficultés à s'insérer dans le monde professionnel, afin de leur offrir, en sus de l'encadrement existant, un bilan approfondi ou des moments de "coaching", pour les accompagner dans leurs démarches de préparation à une insertion professionnelle durable. Ces démarches de prise en charge des élèves de la scolarité obligatoire avec difficultés d'insertion sont étroitement coordonnées avec les prestations générales d'orientation professionnelle, dont l'objectif premier est l'accompagnement vers une formation initiale (CFC, AFP) ou des études gymnasiales. Les offres de transition sont des solutions subsidiaires à mettre en œuvre lorsque les autres démarches ont été menées avec assiduité et n'ont pas abouti aux résultats escomptés. Elles visent, en outre, le renforcement des compétences nécessaires à l'accès à une formation certifiante. Grâce à la visibilité sur l'ensemble des jeunes en difficulté dès la fin de la scolarité obligatoire, le dispositif de la T1 permet une adaptation de l'offre des différentes mesures et assure ainsi une régulation générale du système. Globalement, environ 2'300 places par année sont proposées dans les mesures de T1.

La typologie des différentes mesures de T1 et leurs caractéristiques (en regard des réponses qu'elles apportent aux différents besoins des jeunes) sont de nature scolaire, pratique et d'accompagnement. Elles sont dispensées par des entités telles que l'Ecole de la transition, le COFOP ou les SEMO.

Outre le dispositif lié au CMFP, notre canton offre un dispositif, accrédité depuis janvier 2014 par le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI), qui permet aux adultes, qui le souhaitent et qui répondent aux conditions, d'obtenir un CFC par la voie de la procédure de

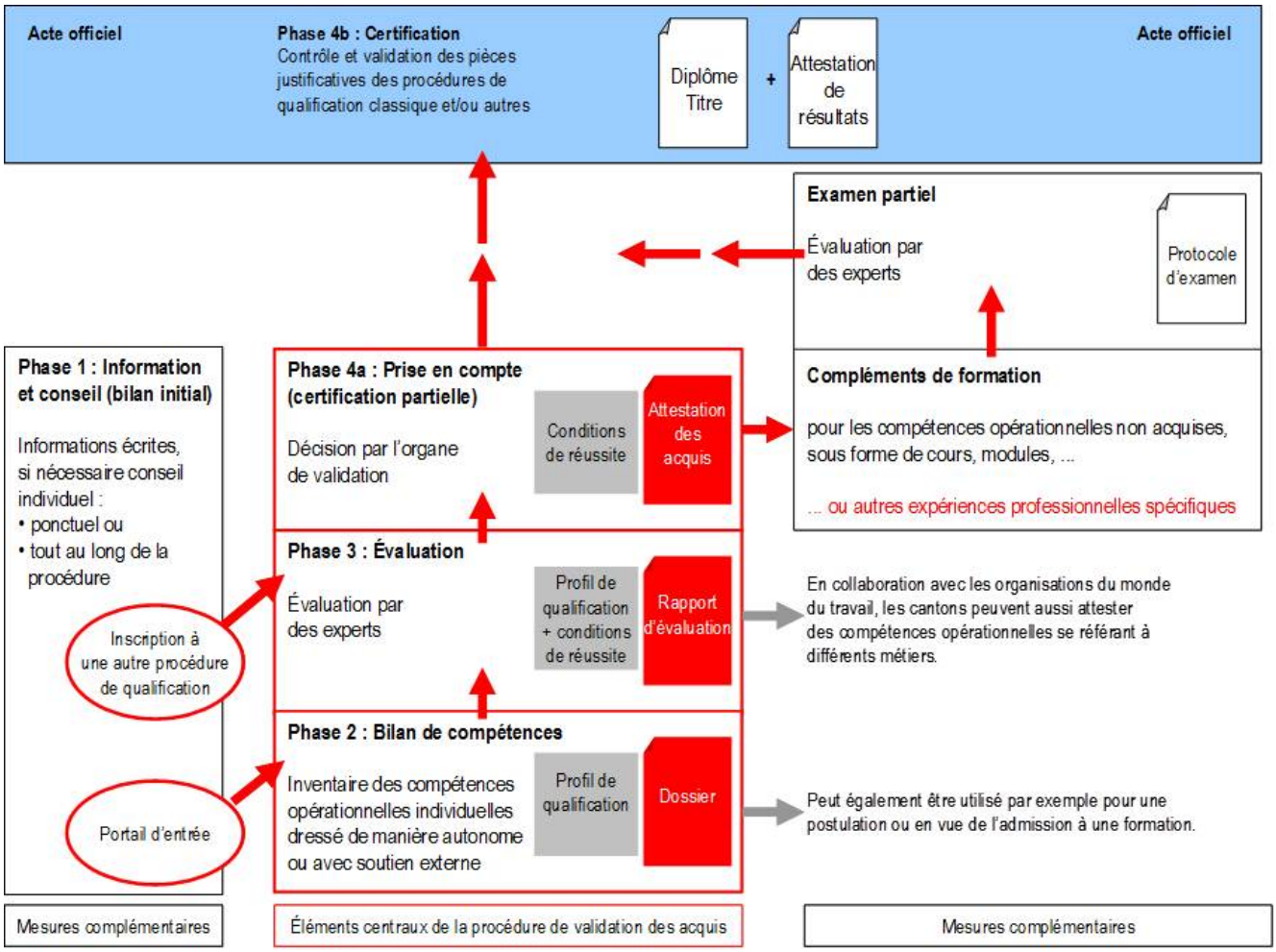
validation des acquis de l’expérience (VAE). Ce dispositif est intégré dans une unité interservices SESAF-DGEP qui a mis en place un portail d’entrée commun ouvert à tous les adultes souhaitant se qualifier et obtenir un CFC ou une AFP.

La procédure de VAE repose sur la Loi vaudoise sur la formation professionnelle (section III, art 67 à 72) qui fait suite à l’entrée en vigueur de la Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle. Elle est conforme à la volonté énoncée dans la mesure n°5 du programme de législature 2007-2012 : "Par la mise en œuvre de la nouvelle loi fédérale sur la formation professionnelle, promouvoir la création de places d’apprentissage et une procédure de validation des acquis".

Elle permet à des adultes qui ont accumulé des compétences, durant leurs différentes expériences professionnelles et personnelles, d’obtenir une certification dans la formation professionnelle initiale visée en les faisant reconnaître à travers la présentation d’un portfolio à des experts professionnels. Cette logique de la reconnaissance et de la validation des acquis s’inscrit dans la réalité actuelle du monde socio-économique, qui exige de la part des travailleurs des compétences toujours plus larges et une mobilité professionnelle accrue. Cette prestation constitue désormais un des éléments importants du système de certification professionnelle des adultes, puisqu’elle permet à de nombreuses personnes ne disposant pas d’un premier titre de formation, de certifier tout ou partie de leurs compétences, acquises de manière informelle ou non formelle, et ainsi de développer leurs perspectives professionnelles et de faciliter leur insertion professionnelle.

Avec l’accréditation en janvier 2014 du Secrétariat d’Etat à la formation, à la recherche et à l’innovation (SEFRI) de la procédure de VAE, l’OCOSP a désormais la possibilité d’assumer les phases 1 (information et conseil) et 2 (bilan) de la VAE, de former les experts (qui interviennent en phase 3) à la nouvelle posture induite par les objectifs de la VAE, ainsi que d’accompagner, en cas de besoin, les candidat-e-s tout au long de la procédure, jusqu’à l’obtention du CFC (cf. tableau ci-après).

Le processus de la VAE peut ainsi s'illustrer comme suit :



Processus VAE

2.2 Missions et prestations de l'orientation

2.2.1 Missions de l'orientation

La section "prestations" du présent projet de loi rend compte de la diversité des missions de l'OCOSP, qui peut se résumer comme suit :

A. Pour l'ensemble des bénéficiaires, quel que soit leur âge :

- l'information (individuelle ou collective) et la production documentaire sur les filières et les exigences des formations professionnelles, les voies d'études, les perfectionnements professionnels. Cette information se fait par le biais de divers canaux : publications, site internet, bourse des places d'apprentissage, bourse des offres de perfectionnement, salon des métiers et de la formation, forum horizon ;
- les entretiens avec des psychologues conseillers en orientation, qui permettent une approche individualisée et centrée sur les besoins spécifiques de la personne ;
- selon les besoins, un bilan psychométrique, qui complète la démarche (tests d'aptitudes, d'intérêts, de personnalité, etc.).

B. Spécifiquement, selon l'âge des bénéficiaires :

B.1. A l'école obligatoire :

- appui aux enseignants dans le cadre des cours d'approche du monde professionnel et des projets d'établissements, ainsi que l'animation des "cellules d'insertion" (composées de représentant-e-s de la direction de l'établissement et de psychologues conseiller-ère-s en orientation, appuyé-e-s,

selon les situations, par les enseignant-e-s, les coordinateurs-case managers, voire des membres du réseau), préparant la transition vers la formation professionnelle ou les études.

B.2. Dans le cadre du dispositif de case management pour la formation professionnelle :

- pour plus de 3'000 élèves en fin de scolarité obligatoire : élaboration d'un préavis d'orientation vers une mesure de transition ; participation aux équipes pluridisciplinaires en charge des mesures de T1 (afin d'aboutir à une insertion durable en formation professionnelle) ;
- pour environ 300 jeunes en situation dite "complexe" (absence de projet, comportement inadéquat, peu de réseau de soutien, difficultés scolaires) : appui intensif, avec une approche psycho-sociale ("coaching") ;
- pour environ 750 jeunes (y compris FORJAD), en complément des prestations des conseillers en insertion du SPAS/CSR ou des conseillers en placement du SDE/ORP : bilans approfondis d'orientation, comprenant au besoin une mise en situation pendant dix jours ("ateliers pratiques d'observation") ;
- pour l'ensemble des professionnels concernés : service de conseil ou d'appui au travail pluridisciplinaire (travail de réseau et de "plateformes régionales").

B.3. Au post-obligatoire et dans les Hautes écoles :

- aide à l'orientation dans les différentes filières gymnasiales notamment pour les élèves de voie générale (maturités spécialisées par exemple)
- pour les gymnasiens en échec ou interrompant leur formation gymnasiale : accompagnement durant les 3 mois qui suivent un échec par le/la psychologue conseiller-ère de l'établissement ;
- appui aux candidat-e-s à une formation professionnelle initiale de deux ans, sanctionnée par une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP), dans le cadre de l'encadrement individuel spécialisé assuré par les conseillers aux apprentis (prévention et gestion des ruptures de formation) (art. 77 LVLFPr).

B.4. Auprès des adultes :

- information concernant les voies de certification initiale et conseil pour le choix d'une filière adéquate de certification.
- mise à disposition d'outils d'aide à l'élaboration et à la réalisation d'un projet de formation en vue d'une certification initiale
- participation au processus de VAE en collaboration avec la formation professionnelle et les organisations du monde économique (OrTra) ;
- sur mandat des CSR, établissement de bilans de compétences.

C. Pour le système de formation :

- production documentaire, en particulier en ce qui concerne les filières de formation en collaboration avec les différents ordres d'enseignement, institutions de formation et OrTra. Une partie de ces ressources est produite sous le contrôle du Centre de services formation professionnelle/orientation professionnelle, universitaire et de carrière (CSFO), centre sous la responsabilité de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP). Le complément répond à des besoins des usagers vaudois et est élaboré au sein de l'Unité information et documentation (UIDoc) de l'OCOSP.

2.2.2 Prestations par population

Les différentes prestations par population en 2015 peuvent se résumer comme suit :

	Prestations		Nombre de prestations	Nombre de bénéficiaires en 2015	ETP en 2015
Ecole obligatoire	Participation au programme AMP (approche du monde professionnel en 10e et 11e VG)		5 à 7 séances pour tous les élèves de 10e VG, et 1 à 2 séances pour les élèves de 11e VG	4'165 élèves de 10e VG, et 4'244 élèves de 11e VG	29.8 ETP
	Cellules d'insertion		4 cellules par classe et par année pour tous les élèves de 11e VG, des classes de développement (DES) et d'accueil (ACC)	4'244 élèves de 11e VG 652 élèves DES 420 élèves ACC	
	Conseil individuel		1 à 5 séances pour les élèves demandeurs de 10e et 11e (toutes filières confondues)	8'409 élèves de 10e et 11e VG, et 6'509 élèves de 10e et 11e VP sont potentiellement bénéficiaires	
	Passages en classes VP et Ateliers		1 passage dans toutes les classes de 10 et 11e VP 1 atelier pour tous les élèves de 10e et 1 atelier pour les élèves de 11e VP sur inscription	3'253 élèves de 10e VP, et 3'256 élèves de 11e VP	
CMFP pour les jeunes hors scolarité (déscolarisés ou ayant juste fini l'école)	Suivi individualisé avec approche psychosociale à but d'insertion en formation professionnelle		1 à 20 séances par bénéficiaire, moyenne de 5 séances	439 personnes concernées (les situations sont décomptées entre le 1er août et le 31 juillet de chaque année)	15.75 ETP
	Bilans approfondis d'orientation avec le cas échéant une mise en situation		1 à 12 séances par bénéficiaire, moyenne de 3 séances	679 personnes concernées (les situations sont décomptées entre le 1er août et le 31 juillet de chaque année)	
	Action d'été	ateliers	1 semaine	18 jeunes	
		Conseil individuel	1 à 5 séances	84 jeunes	

Gymnases	Aide à l'orientation dans les différentes filières	Passages en classe dans les filières générales	142 classes ECGC en 2014	6.6 ETP
	Conseil individuel	Pour tous les élèves demandeurs	11'721 élèves au gymnase en 2014 (10'791 ECG et EM + 930 autres formations gymnasiales) sont potentiellement bénéficiaires	
	Accompagnement à la réorientation pour les élèves en échec	Conseil et coaching pendant 3 mois maximum pour les élèves en échec et/ou en difficulté	374 jeunes	
Adultes	Conseil individuel	1 à 4 séances	472'902 adultes habitants le canton entre 21 et 64 ans (Stat Vaud 12.2015) sont potentiellement bénéficiaires	9.6 ETP
	Bilan de compétences sur mandat	15 heures par personne	180 bilans pour le SPAS	
Certification professionnelle pour adultes (CPA)	Information générale sur la certification des adultes	1 séance par mois	100 personnes par séances	
	Conseil et accompagnement des personnes dans la démarche de certification	1 à 4 entretiens par personne	1000 personnes dès 2016	
	Aide à l'établissement du dossier de validation d'expériences	2 séances individuelles, puis 8 ateliers de groupes de 10 à 15 participants	100 personnes	
Information et événements	Production documentaire	Publications annuelles : 10 films, 15 brochures, révision annuelle de 1500 fiches sur les formations dans le canton, mise à jour et corrections des liens sur l'ensemble du site internet et gestion de la bourse des places d'apprentissage	Tout public	10.6 ETP
	Animation de manifestations	Salon des métiers et de la formation, Forum Horizon, Info-Métiers, Nuit de l'apprentissage, …	Élèves en fin de scolarité	
	Accueil dans les centres d'information sur les études et les professions et gestion de la documentation qui s'y trouve	Permanences dans les régions et à Lausanne ouverture 4 jours/sur 5	Tout public	

Les ETP inventoriés ci-avant concernent les professionnels en charge des prestations de conseil en orientation, de case management pour la formation professionnelle et de l'information.

2.3 Evolution du conseil en orientation et enjeux

2.3.1 Evolution du conseil en orientation

Alors que la loi de 1980 disposait lapidairement, à son article 4, que : "l'orientation s'exerce par l'information générale et par des consultations", l'évolution de notre société, et plus particulièrement celle du monde du travail, pose des attentes sociales et économiques qui ont fait considérablement évoluer le rôle de l'orientation.

Ainsi, l'élévation régulière des performances attendues des candidat-e-s aux divers types d'apprentissage, de même que la complexification des métiers, entraînent une difficulté d'accès pour certains jeunes peu performants scolairement. La stratégie de recrutement des entreprises tend désormais à privilégier l'engagement de jeunes plus matures ou de stagiaires post-gymnase (par exemple dans le secteur bancaire), alors que, en parallèle, les secteurs très demandeurs et actifs dans la formation des apprenti-e-s offrent des places d'apprentissage qui mènent souvent à des métiers dans lesquels les jeunes et leur famille ne se projettent pas en premier choix. Aussi, le rôle du psychologue conseiller en orientation est d'aider le bénéficiaire à concevoir un projet réaliste et réalisable, fondé sur la valorisation de ses compétences réelles, de lui permettre de se mobiliser de manière ciblée et de lui présenter les différents chemins pour atteindre ses objectifs (passage par un CFC pour aller à la maturité professionnelle puis en HES par exemple). Sur ce dernier point, il est à noter que les progrès dans la connaissance du processus de choix d'une profession conduisent les psychologues conseiller-ère-s en orientation à moins se fonder sur des tests psychométriques et davantage sur un processus d'accompagnement individuel du bénéficiaire, englobant différentes phases (découverte des métiers, cristallisation du choix, sélection, etc.), et la mise en œuvre du projet par des activités variées (multiplication des stages, mises en situation, "assessment", analyse pluridisciplinaire, etc.).

Parallèlement à ces nouveaux axes d'évolution concernant l'accompagnement aux choix, relevons que le passage par l'orientation, dans le domaine de la transition 1 et du CMFP, revêt aujourd'hui un caractère contraignant pour les jeunes. Ainsi, pour obtenir le droit de suivre une mesure de transition, il y a désormais l'obligation de consulter un professionnel de l'OCOSP et de constituer un dossier assorti de preuves de démarches actives. Ceci s'applique également dans certaines situations pour maintenir ses droits à des prestations sociales ou d'assurance chômage.

Quant aux adultes, ils sont actuellement confrontés à une complexification et à une précarisation de la gestion de carrière les menant à consulter plus fréquemment l'orientation qui doit prendre en compte dès lors des paramètres tels que les délocalisations, la diminution des emplois dans le secteur secondaire, le développement des exigences dans le tertiaire. Les professionnels de l'OCOSP doivent ainsi apporter aux bénéficiaires des outils (connaissance de soi, capacité à s'informer et à anticiper notamment) leur permettant une plus grande adaptabilité à leur environnement professionnel. Concernant cette même population, on peut encore relever que le développement de la certification pour les adultes par diverses voies, dont la VAE, implique un nouveau rôle pour l'OCOSP en ce sens qu'il assume la responsabilité de l'information, du conseil et de l'accompagnement tout au long de la procédure de certification.

Enfin, la mise à disposition, sur Internet, d'une information facilement accessible ainsi que l'organisation d'importants événements (tels que le Salon des métiers et de la formation, le Forum Horizon ou la Nuit de l'apprentissage) impliquent un investissement important des professionnels de l'orientation.

2.3.2 Enjeux et chiffres-clés

Les prestations d'information et de consultation, au cœur de l'activité de l'orientation, sont étroitement corrélées au nombre d'élèves en fin de scolarité obligatoire et de jeunes en difficulté d'insertion professionnelle. Il en va de même pour les jeunes fréquentant une voie de formation au gymnase. Ainsi, quelques chiffres-clé illustrent l'évolution et l'importance du rôle de l'orientation :

- Alors qu'en 1980, chaque volée des degrés 7, 8 et 9 de la scolarité comptait environ 6'300 élèves, ils sont près de 8'000 (Cf Hors série de numerus, juin 2016) en 2015 en 10^{e}et 11^{e}auxquels il faut ajouter les 611 élèves des raccordements I et II (encore considérés comme appartenant à l'école obligatoire) et les quelques 300 élèves issus de la filière enseignement spécialisé.
- Alors qu'en 1981 plus de la moitié d'entre eux (51%) trouvait immédiatement en fin de scolarité obligatoire une place d'apprentissage, et plus de 10% un emploi sans formation, en 2015, ils ne sont plus que 20% à entrer directement en apprentissage après la fin de l'école obligatoire, alors que 20% sollicitent une mesure de transition (OPTI, SeMo, COFOP, préapprentissage en Ecole de métier, etc.), comme le montre le graphique ci-après de l'enquête "Choix 2015" de Statistique Vaud et de l'OCOSP.

[F5] **JEUNES[1] À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE SELON LA SOLUTION ENVISAGÉE, VAUD**

[1] *Afin de pouvoir comparer les projets des jeunes en fin de scolarité obligatoire de manière cohérente depuis 1978 sans rupture de série, nous avons fait abstraction, uniquement dans ce graphique, de 258 élèves de 11e année qui redoublent suite à un échec (211 élèves en 2010). La série est dès lors homogène. Cependant, dans la suite de la publication, les élèves exclus ici font partie de la population analysée.*

Enquête choix 2015

- L'âge moyen des apprentis de première année est, en 2014, de 18.7 ans selon les statistiques de la Direction générale de l'enseignement post-obligatoire (DGEP), alors que l'âge moyen des élèves achevant leur scolarité obligatoire est de 15,9 ans.
- Sur quelque 20'703 apprentis environ 10% de ruptures de contrats sont enregistrées chaque année. Quant aux gymnasiens quelques 15.8% échouent en fin de 1ère, 9.0% en fin de 2^{e}et 7.9% en fin de 3e.
- En ce qui concerne les gymnasien-ne-s, l'importante évolution des filières (maturités spécialisées, école de commerce, conditions d'accès aux HES, etc.), ainsi que l'évolution massive du nombre de jeunes qui se dirigent au gymnase en fin de scolarité complexifient et

accroissent notablement l'activité des psychologues conseiller-ère-s en orientation. Comme pour les élèves de la scolarité obligatoire, et au vu de l'évolution notoire du nombre d'élèves, l'OCOSP répond à toute demande d'orientation tout en donnant la priorité aux élèves de 1ère année qui doivent choisir une option et à ceux en échec. Par ailleurs, l'OCOSP met une grande partie de leurs forces dans l'offre d'informations ou de travail collectif (passages en classe de 1ère année ECGC, ateliers, Forum Horizon, etc.).

- En juin 2012, selon les statistiques du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), le nombre de jeunes adultes rencontrant des difficultés d'insertion (18–25 ans), au bénéfice de l'aide sociale, s'élevait à près de 3'137 parmi lesquels environ 70% n'avaient pas achevé de formation professionnelle.
- En mai 2016, le nombre total de chômeurs s'élevait à 18'054 pour 25'668 demandeurs d'emploi avec, en particulier, selon les statistiques du Service de l'emploi (SDE) : 519 demandeurs d'emploi et 227 chômeurs de moins de 20 ans ; 5'324 demandeurs d'emploi et 3'984 chômeurs entre 20 et 29 ans.

Les réorientations, lors de la première formation professionnelle (suite, par exemple, à un échec ou à un choix inadapté), ainsi qu'au cours de la carrière professionnelle, suscitent des demandes de consultation de plus en plus complexes. De même, les demandes d'entretien en matière de formation continue, de perfectionnement professionnel se multiplient. Ainsi, quelques 2'370 consultants adultes (plus de 18 ans) ont bénéficié des prestations de l'OCOSP en 2014-2015. Il découle de ces chiffres à la fois un volume d'activité supérieur pour l'orientation, mais également, comme nous l'avons vu plus haut, une diversité accrue des missions et des types d'intervention, ainsi que l'exigence d'une posture professionnelle différenciée, selon que les prestations de l'orientation sont sollicitées par la personne elle-même (jeune – adulte) ou qu'elles participent d'une prise en charge pluridisciplinaire du bénéficiaire (notamment avec les services sociaux ou de formation).

3 BILAN DU CASE MANAGEMENT POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE (CMFP)

Lancé en 2010, le CMFP se déploie pour la sixième année scolaire consécutive dans le cadre des établissements de la scolarité obligatoire du canton de Vaud. A ce jour, au fil des ans, plus de 15'000 jeunes en fin de scolarité ont transité par ces différentes phases et la grande majorité est en formation professionnelle initiale ou l'a déjà achevée avec succès.

Depuis la mise en œuvre, en septembre 2011, du portail unique destiné aux 15-25 ans hors scolarité obligatoire et demandeurs de prestations de CMFP, près de 7'000 demandes ont été adressées aux Guichets T1.

Cette politique, qui vise les jeunes et leur famille, s'est donc implantée largement dans l'école, dans les milieux de la formation, ainsi qu'auprès de tous les intervenants concernés de près ou de loin par l'insertion dans la formation professionnelle et la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes.

Chaque année, environ 1'700 jeunes fréquentent les différents programmes de transition à plein temps et plus de 500 bénéficient de prestations de coaching individualisé.

Si le dispositif dans son ensemble fonctionne à satisfaction et permet de trouver rapidement des réponses aux besoins de jeunes, avec des perspectives très concrètes d'entrée en formation, un certain nombre de constatations sont faites par les différents acteurs de la chaîne du CMFP.

- Les élèves qui quittent la scolarité avant d'avoir parcouru l'ensemble du cursus ont beaucoup de peine à s'insérer en formation professionnelle. Le niveau scolaire constitue, de plus en plus, un facteur décisif pour trouver une place de formation et s'y maintenir. Les attestations fédérales de formation professionnelle (AFP), dont l'offre est assez faible dans le canton, restent une solution qui n'est pas toujours adaptée aux besoins et aux capacités des jeunes et dont la valeur sur le

marché de l'emploi n'est pas très élevée.

- Le dispositif de CMFP a sensiblement renforcé le profilage des jeunes par rapport aux solutions de transition proposées dans le canton. Il en résulte une meilleure adéquation entre les participants et les programmes proposés, avec pour corolaire une hausse des taux d'insertion.
- Le volume de l'offre en places de formation et en mesures de T1 ne permet pas d'absorber l'entier de la demande. A la fin août de chaque année, l'offre de places d'apprentissage est presque épuisée et les mesures de T1 sont pleines, ce qui conduit à des listes d'attente.
- L'intégration des migrants est complexe. Le Canton de Vaud dispose de moyens importants pour l'accueil des primo-arrivants par le biais de l'OPTI-Accueil. Cette structure est toutefois limitée à l'accueil de premier stade, qui aboutit à un niveau de français pas toujours compatible avec les exigences de la formation professionnelle, avec les difficultés d'insertion en découlant. Cette mesure est donc le plus souvent suivie d'une autre mesure de transition.
- Une catégorie de jeunes avec des difficultés d'ordre cognitif, des troubles limitant leurs capacités d'insertion ou/et des difficultés comportementales se retrouvent dans la zone frontière entre le CMFP et d'autres prestations telles que celles de l'enseignement spécialisé, de la protection de la jeunesse ou de l'assurance-invalidité. La responsabilité de la prise en charge de ces situations, par essence fragiles, interroge le dispositif de CMFP, qui doit à la fois rappeler les limites de l'intégration professionnelle et rester ouvert aux particularités.

Cela étant, de manière générale, l'on peut constater que les jeunes sans solution au terme de la scolarité obligatoire sont moins nombreux.

En effet, à la fin du mois de septembre 2015, 94 élèves (1,2 %) n'avaient pas trouvé de solution et se déclaraient sans activité pour l'année à venir.

Ainsi, le nombre de jeunes sans solution est en diminution par rapport aux enquêtes précédentes. En 2005, on recensait 154 élèves (2,1 %) sans projet connu, puis 110 (1,4 %) cinq ans plus tard. A noter que le profil de l'élève sans solution n'a pas évolué, bien qu'il soit légèrement moins âgé (16,1 ans en moyenne contre 16,7 en 2010). Il provient principalement de VSG (52 %) ou de VSO (40 %).

Il est à noter que les éléments chiffrés qui précèdent, des données statistiques supplémentaires ainsi qu'un bilan du CMFP figurent en annexe au présent EMPL :

a. Case management "formation professionnelle" (CMFP) phase de consolidation 2012 à 2015, Canton de Vaud, Rapport final, décembre 2015.
b. Numerus hors-série, juin 2016, "l'orientation des jeunes au terme de la scolarité obligatoire et des filières de transition".

4 RÉSULTATS DE LA CONSULTATION SUR L'AVANT-PROJET

4.1 Retour de consultation

La consultation a été initiée fin 2014 et s'est poursuivie début 2015. Quarante-quatre organismes, comprenant notamment l'administration cantonale, les associations de communes, les partis politiques, les organisations patronales et syndicales, ainsi que les organisations faitières et associations concernées par l'orientation et les hautes écoles, ont été consultés. Vingt-huit ont pris position, non seulement en répondant au questionnaire qui leur était adressé, mais également en faisant part de commentaires.

De manière générale, l'on peut relever que les réponses aux questions, ainsi que les commentaires, laissent apparaitre un accueil plutôt favorable à cet avant-projet, qui va dans le bon sens. Cela étant, alors que certains objets ont été largement, voire unanimement, plébiscités, d'autres ont rencontré des

avis plus partagés.

Parmi les sujets qui ont suscités une large approbation figurent :

- l'exigence d'un préavis "liant" via les guichets de la T1 pour bénéficier d'une mesure de transition ;
- la compétence de décision d'admission dans une mesure de transition confiée aux prestataires desdites mesures ;
- la pérennisation du case management dans le champ des prestations de l'orientation et l'étendue de celui-ci ;
- la pérennisation de la direction interservices ;
- la gratuité des prestations de base ;
- la possibilité de déléguer certaines tâches à des entités tierces.

D'autres propositions ont, par contre, reçu un soutien plus réservé, voire mitigé. Tel est le cas de la priorisation des jeunes jusqu'à 25 ans**,** qui, bien qu'admise sur le principe, a été remise en cause par certains parce qu'elle ne devrait pas s'étendre au-delà de 18 ans, voire au maximum à 21 ou 22 ans, et par d'autres estimant que les adultes, et notamment les adultes sans titre de formation, devaient également être un public cible prioritaire.

Il en est de même du rôle de l'orientation dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience (VAE) qui est discuté par certains qui estiment que les milieux professionnels devraient être plus impliqués dans ce processus. A cet égard, et de manière plus globale, l'on peut relever de la part des organismes consultés une demande de collaboration plus accrue avec le monde professionnel et de coordination renforcée avec les acteurs et partenaires de l'orientation. Dans ce sens, certains ont ainsi sollicité la constitution d'une commission spécifique, à l'instar de l'ancien groupe "Entrée des jeunes dans la vie active", composée d'acteurs du terrain.

A également été mis en exergue le fait qu'il manquait un bilan d'expérience et d'efficacité du CMFP et du dispositif de la T1. Dès lors, plusieurs entités, sans remettre en cause le principe du case management pour la formation professionnelle, ont demandé qu'une évaluation de ce dispositif soit réalisée ou que des précisions à ce sujet soient apportées. A cela s'ajoute encore le souhait de certains que soit mis en place une évaluation régulière du dispositif, ainsi qu'un suivi de cohorte.

Le fait que l'OCOSP puisse se voir confier des mandats de prestations rémunérés a aussi été remis en cause. A cette occasion, un certain nombre d'entités ont relevé que l'élargissement des missions de l'orientation ne doit pas se faire au détriment des prestations de base, afin que celles-ci restent accessibles au plus grand nombre possible.

En ce qui concerne la possibilité de soumettre à émoluments certaines prestations de base si la personne concernée est déjà au bénéfice d'un titre professionnel ou si ces prestations requièrent un investissement en temps particulier, celle-ci a été passablement contestée, d'une part, parce que, pour certains, les prestations de l'orientation doivent demeurer gratuites en toutes circonstances et, d'autre part, dans tous les cas, devrait être prise en considération la situation financière de la personne concernée.

Enfin, d'autres éléments de différents ordres ont encore été relevés par les instances consultées. Ceux-ci vont du partage des compétences de la Direction interservices, notamment de l'opportunité de mettre en place un cadre institutionnel permettant un décloisonnement inter et intra-départemental, à la nécessité d'encourager un accès plus direct et rapide à l'apprentissage, en passant par l'indexation des postes et du budget de l'orientation en fonction de l'évolution démographique.

4.2 Evolution du texte de loi

En conséquence du retour de consultation notamment, l'avant-projet de loi sur l'orientation professionnelle a sensiblement évolué sur divers points, à savoir :

a. *Priorité aux jeunes et aux adultes sans titre*

Le public cible prioritaire de l'orientation a été étendu aux adultes sans titre de formation professionnelle, ceci afin de répondre au besoin croissant d'accompagnement à la qualification professionnelle et à la requalification professionnelle des adultes, que ce soit par le biais de la validation des acquis de l'expérience ou des autres voies de certification ou des programmes spécifiques comme FORMAD. C'est ainsi une vision transversale de l'orientation qui est ancrée dans le projet de loi aux articles 3, alinéa 1, lettre a, et 4, alinéa 1, soit une orientation tout au long de la vie qui met l'accent sur les jeunes et sur les adultes.

b. *Collaboration avec le monde professionnel – Plateformes de coordination*

De manière générale, un certain nombre d'actions en partenariat avec le monde professionnel sont déjà mises en œuvre (salon des métiers, nuit de l'apprentissage, bourse de l'apprentissage, etc.). En outre, afin de donner une visibilité plus soutenue aux acteurs de la vie professionnelle et leur permettre d'être, en matière d'orientation, un partenaire privilégié, il a été envisagé de formaliser, dans un nouvel article 8, en sus de la commission consultative, des plateformes de coordination ayant notamment pour mission d'assurer le lien entre les prestations de l'orientation et le monde professionnel, de faciliter l'accès des jeunes à une formation de degré secondaire et de mettre en œuvre des manifestations d'information sur les métiers et filières de formation.

c. *Certification professionnelle des adultes, dont la validation des acquis de l'expérience (VAE)*
La VAE n'étant qu'une forme seulement de certification professionnelle des adultes, l'article 12 inscrit de manière plus globale la participation de l'orientation dans le cadre du processus de certification professionnelle des adultes et plus particulièrement ce qui concerne la VAE, étant précisé que les acteurs-métiers ont un rôle important dans ce domaine.

d. *Case management pour la formation professionnelle – Mesures de transition 1*
Le Case management pour la formation professionnelle, ainsi que le dispositif des mesures de T1 ont fait l'objet de plusieurs évaluations à l'attention notamment de la Confédération. Ainsi, un certain nombre de données permettent de dresser un bilan du CMFP et de procéder à l'évaluation du dispositif de coordination des mesures de T1 (cf. point 3 ci-avant).
Cela étant, il convient à cet égard de réaffirmer le rôle de l'orientation qui tend d'abord à orienter les jeunes vers la formation professionnelle et ensuite seulement, à défaut d'un accès direct à l'apprentissage, de les diriger vers une mesure de transition.
De plus, les outils nécessaires à un suivi de cohorte diachronique sont actuellement en cours de développement.
Dans cette optique, les articles 4, 11 et 14 ont ainsi été modifiés.

e. *Traitement des données*

Les prestations de l'orientation impliquent la participation de différents acteurs. Ainsi, afin de faciliter les échanges de données nécessaires, tout en assurant de manière stricte la protection des données sensibles, les articles 19 à 21 ont été modifiés.

f. *Emoluments*
En définitive, la perception d'émoluments pour les prestations de base lorsque la personne concernée est déjà au bénéfice d'un 1er titre professionnel s'avère inopportune de par la complexité de sa mise en œuvre et son peu d'effectivité attendue, de sorte qu'elle été supprimée par mesure de simplification administrative.

5 CONSÉQUENCES FINANCIÈRES ET EN MATIÈRE DE PERSONNEL

Le présent projet vise principalement à formaliser les missions assumées actuellement par l'OCOSP. Ainsi, la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'orientation professionnelle n'implique pas de charges supplémentaires ; son effet sur le budget est donc à considérer comme neutre.

Cela étant, des incidences financières, non liées au projet de loi, peuvent être relevées. Elles se concentrent sur le nombre de postes nécessaires pour assurer une bonne réalisation des missions de l'orientation.

L'on peut à cet égard relever les 11.4 ETP nécessaires à la mise en œuvre du "case management pour la formation professionnelle", financés, dans un premier temps, par la subvention fédérale et par le fonds de lutte contre le chômage, qui ont été pérennisés dans le cadre du budget 2014.

Il en est de même des 4 ETP relatifs à la participation de l'orientation au processus de certification professionnelle des adultes et plus particulièrement de ses prestations dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience (VAE) qui étaient assurés jusqu'au 31 décembre 2016 par le biais de l'engagement de personnel auxiliaire (CHF 400'000.- salaires et charges sociales au budget), et qui ont été pérénisés dans le cadre de l'adoption du budget 2017 par le Grand Conseil.

Pour le surplus, il convient encore de préciser que la refonte complète de la loi a pour conséquence l'abrogation de la loi du 19 mai 1980 sur l'orientation scolaire et professionnelle, ainsi que de son règlement d'application du 3 septembre 1980. En effet, il n'est pas prévu qu'un nouveau règlement soit édicté, car la nouvelle loi a été élaborée de telle sorte à comprendre toutes les dispositions légales nécessaires. Des directives organisationnelles seront toutefois établies, notamment pour le dispositif de coordination des mesures de transition et la Direction interservices.

6 COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE

SECTION I GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Objet

Cette disposition définit, en son alinéa premier, l'objet de la loi en reprenant la notion d'orientation professionnelle, universitaire et de carrière telle que consacrée par la Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (LFPr). Elle précise les quatre prestations de base qui la constitue, à savoir l'information, le conseil en orientation, le case management pour la formation professionnelle et la participation au processus de certification professionnelle initiale des adultes, qui sont explicitées aux articles 9 et suivants.

L'alinéa 2 mentionne quant à lui la dernière prestation de l'orientation au sens large, qui ressort de la participation du service en charge de l'orientation au dispositif de coordination des mesures de transition 1, c'est-à-dire les mesures de préparation à la formation professionnelle dans le passage de l'école obligatoire à la formation du degré secondaire II et à la procédure d'accès à celles-ci. Cette prestation, de nature plutôt organisationnelle, est détaillée aux articles 13 et suivants. A cet égard, il convient de préciser que les mesures de transition 1 (T1) sont à distinguer des mesures de transition 2 qui visent, elles, la transition entre la formation professionnelle et le monde du travail.

Il convient de préciser que les prestations de l'orientation régies par la présente loi ne sont pas à

confondre avec l'orientation scolaire telle qu'elle découle de la Loi du 7 juin 2011 sur l'enseignement obligatoire et qui vise une orientation dans les voies et les niveaux. Il en va de même pour les prestations d'orientation fournies dans le cadre des hautes écoles et qui permettent aux étudiants d'effectuer le choix d'un cursus, de disposer d'informations sur les études universitaires et qui sont généralement dispensées par des conseiller-ère-s aux études engagé-e-s par les écoles elles-mêmes.

Pour le surplus, il convient de préciser que l'expression "case management pour la formation professionnelle", adoptée par la Confédération, a été reprise telle quelle, en ce sens qu'elle n'a pas trouvé d'équivalent français satisfaisant et qu'elle présente l'avantage d'être comprise par les publics concernés.

Art. 2 Champ d'application

L'article 2 définit le champ d'application personnel de la loi en restreignant les prestations de l'orientation aux seules personnes domiciliées dans le canton.

Cette logique de cantonalisation vise à assurer une allocation optimale des ressources affectées à l'orientation pour les personnes étant domiciliées dans le Canton de Vaud, sans pour autant remettre en cause l'égalité des chances, puisque chaque canton connaît des prestations en matière d'orientation.

Il consacre de plus, en son alinéa 2, le principe de subsidiarité des prestations de l'orientation par rapport à celles dispensées par d'autres instances, notamment l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité et l'aide sociale, qui assurent chacune des prestations spécifiques visant à répondre aux besoins d'un cercle déterminé de bénéficiaires (par exemple les programmes FORJAD et FORMAD pour ce qui concerne l'aide sociale). Au besoin, les instances précitées peuvent recourir aux prestations générales de l'orientation, raison pour laquelle la présente loi prévoit à son article 26 que le service peut se voir confier des mandats de tiers.

Art. 3 Buts

L'article 3, sensiblement plus développé que dans la loi sur l'orientation scolaire et professionnelle (LOSP) de 1980, rend compte de l'évolution des pratiques, autrefois centrées sur la consultation initiée et sollicitée par le bénéficiaire ou sa famille, vers une attitude plus proactive et préventive de l'orientation.

Il formalise de plus la transversalité de l'orientation qui s'étend des jeunes aux adultes, de l'école à la formation, puis à l'exercice d'une profession, voire à la réorientation (cf. concept de "formation tout au long de la vie").

Les différentes lettres déclinent les dimensions des prestations décrites plus loin, autour des mots-clés : accompagner le choix, aider en cas de difficultés, conseiller à tout moment du cursus et en adéquation avec les exigences évolutives du monde du travail, informer de manière pertinente, avec des actions positives en faveur de publics particuliers, comme les jeunes en rupture ou les personnes faiblement qualifiées.

Art. 4 Principes

Les principes posés dans cet article sont en adéquation avec les principes communs faisant consensus au niveau intercantonal (cf. CDOPU).

L'alinéa 1 rappelle que les moyens de l'orientation sont cadrés. En effet, malgré la volonté d'ouvrir l'accès aux prestations de l'orientation au plus grand nombre, il convient d'inscrire l'action de l'orientation dans un budget défini. Raison pour laquelle, les prestations de l'orientation peuvent, lorsque cela est pertinent, être dispensées sous une forme collective, à l'instar des séances collectives d'informations, des ateliers pour les élèves de VP ("réussir au gymnase", "découverte du site de l'orientation", "entretien d'embauche").

De même, en fonction des ressources mises à disposition de l'orientation par le législateur, les

prestations de l'orientation se concentrent sur certains publics cibles, à savoir les jeunes et les adultes qui ne bénéficient pas d'une titre professionnel, y compris celles et ceux qui ne bénéficient plus d'un titre valable sur le marché (par exemple les infirmières-assistantes) et qui par conséquent doivent effectuer une requalification professionnelle par le biais notamment d'une certification professionnelle pour adultes.

Notons que l'accent mis sur certaines catégories de bénéficiaires est conforme à la politique sociale du canton, qui vise notamment à favoriser l'insertion et la réinsertion professionnelle des jeunes et des adultes.

L'alinéa 2 pose le principe de la gratuité des prestations de base de l'orientation. L'inventaire de ces prestations de base gratuites tel que déterminé par les Recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (CDOPU) comprend :

- pour l'information : l'information en ligne, la mise à disposition de centres d'information permettant de s'informer par soi-même, la transmission d'informations aux personnes intéressées par le biais de renseignements et de prêt de documentation ;
- pour les autres prestations : la prise en charge des personnes qui n'ont pas encore choisi leur formation professionnelle, se trouvent dans une phase de transition entre l'école obligatoire et une formation du degré secondaire II, n'ont pas terminé de formation ou effectuent leur première formation.

Le principe posé à l'alinéa 3 affirme l'importance de dispenser des prestations de manière neutre et objective, afin de permettre la réalisation d'un choix librement éclairé sans considération de genre, d'origine ou encore de milieu socio-économique. Cet alinéa garantit, en outre, que les prestations de l'orientation, à savoir l'information, le conseil en orientation, le case management et la participation au processus de certification professionnelle des adultes et notamment de validation des acquis de l'expérience, soient octroyées sans perspective de servir à la sélection. Il réaffirme ainsi le fait que, par exemple, le ou la psychologue conseiller-ère n'a pas à renseigner les employeurs sur les compétences d'un-e candidat-e à un poste, sous réserve que ce dernier le-la cite expressément en référence.

Il est également à noter que le rôle assumé par l'orientation dans le cadre de la procédure d'accès aux mesures de transition 1 (cf. article 14) ne participe pas à la sélection des candidats et se concentre uniquement sur l'identification de la mesure la plus pertinente pour le bénéficiaire.

L'alinéa 4 quant à lui rappelle que les prestations de l'orientation visent la recherche d'un projet réaliste et réalisable pour le bénéficiaire, qui s'inscrit dans le temps de manière durable, tout en laissant la responsabilité finale du choix au bénéficiaire.

Art. 5 Département et service

A teneur de l'article 2, alinéa 1 lettre f de la Loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr), l'orientation ressort du champ de compétence de la formation professionnelle. Raison pour laquelle, le Département en charge de la formation est l'autorité compétente en matière d'orientation (cf. article 6, alinéa 1, du Règlement sur les départements de l'administration).

Le département délègue toutefois l'exercice de cette tâche au service en charge de l'orientation, à savoir le Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF), qui comprend notamment l'Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP).

Au niveau de la présente loi, il n'est cependant plus fait une description de l'organisation du service, conformément à la Loi du 11 février 1970 sur l'organisation du Conseil d'Etat.

Art. 6 Commission consultative

La Commission consultative est essentiellement tournée vers les partenaires externes à l'Etat et vise à

être aussi représentative que possible des différents partenaires de l'orientation et au fait de leurs attentes en terme de politique générale en matière d'orientation.

Elle fonctionne comme conseil de l'orientation qui appuie, au besoin, les autorités dans la définition des grandes lignes de la politique de l'orientation, étant précisé qu'elle est complétée sur le plan opérationnel par deux autres instances : les Plateformes de coordination (article 8) et la Direction interservices pour la transition 1 (article 13). Elle vise ainsi à assurer une vision globale des différents enjeux qui touchent l'orientation.

Au titre des associations professionnelles, c'est l'association des psychologues conseillers et conseillères en orientation qui est plus particulièrement visée (AVPO).

Pour ce qui est des associations patronales, l'on pense notamment aux fédérations d'entreprises, telles que la Fédération vaudoise des entrepreneurs (FVE), la Chambre vaudoise du commerce et de l'industrie (CVCI), ainsi que la Fédération patronale vaudoise, qui représentent tous les corps de métiers ou encore l'Union syndicale vaudoise

Quant à la présence des Hautes écoles, elle s'explique par leur rôle dans la formation des professionnels de l'orientation, plus particulièrement des psychologues conseillers en orientation.

A noter encore que l'arrêté du 19 octobre 1977 sur les commissions est applicable à la commission cantonale consultative en matière d'orientation, plus particulièrement en ce qui concerne l'indemnisation de ses membres sous certaines conditions.

Art. 7 Collaboration et coordination

Le positionnement et les missions de l'orientation imposent de mettre un accent particulier sur la collaboration et la coordination avec tous les acteurs concernés.

La coordination avec d'autres services de l'Etat se matérialise déjà dans le secteur des mesures de transition 1. Elle découle également du besoin de bilans d'orientation utiles à la formation professionnelle, à l'insertion sociale ou à la lutte contre le chômage.

En ce qui concerne les organisations du monde du travail, celles-ci se retrouvent dans de multiples collaborations concrètes : élaboration de monographies sur les métiers, organisation de salons de l'apprentissage, informations sur les tests de sélection, etc.

En outre, le service n'est pas le seul prestataire dans le domaine de l'orientation ; il est ainsi appelé à collaborer avec des institutions parapubliques, notamment celles qui offrent des mesures de transition 1 (ex. SeMo).

Au niveau intercantonal, la collaboration porte en particulier sur l'information, la documentation, la formation continue et le perfectionnement (avec la création d'un Centre de ressources à la Maison des Cantons, à Berne : le Centre suisse de services formation professionnelle, orientation professionnelle, universitaire et de carrière–CSFO, le site orientation.ch), le développement de la qualité, les statistiques des prestations de l'orientation, la recherche et le développement ainsi que l'élaboration de recommandations dites "bonnes pratiques".

Art. 8 Plateformes de coordination

Face à un besoin croissant de coordination entre les acteurs et les partenaires de l'orientation, l'article 8 institue des plateformes de coordination.

Ces plateformes tendent à soutenir la coordination d'actions concrètes, telles que le Salon des Métiers et de la Formation, la Nuit de l'apprentissage, le Forum Horizon ou encore la Bourse des places d'apprentissage.

La présente disposition fonde de manière formelle la coordination de ces différentes actions et élargit le champ de la coordination à l'adéquation des prestations de l'orientation aux exigences du monde professionnel. Elle ouvre la possibilité de la création de nouvelles plateformes de coordination en

fonction de l'évolution des besoins et des attentes du terrain, les métiers étant des partenaires privilégiés de l'orientation.

A noter que le Salon des Métiers et de la Formation, placé sous la responsabilité d'un groupe interprofessionnels et interservices, permet aux jeunes, essentiellement les élèves de 10^{e}et 11e, de disposer d'une vue concrète et pratique du monde du travail et de découvrir environ 500 formations initiales et professionnelles, ainsi que les différentes possibilités de maturité et de préapprentissage. Cette manifestation rassemble près de 100 associations professionnelles et entreprises de divers secteurs et offre un aperçu de plus de 250 métiers et formations.

En ce qui concerne la bourse des places d'apprentissage, elle recense chaque année plus de 5'000 places de formation professionnelle initiale. Elle est gérée par le service, tenue à jour et accessible en ligne sur le site www.vd.ch/orientation, en étroite collaboration avec les organisations du monde du travail et la DGEP.

SECTION II PRESTATIONS

Cette section reprend les prestations énoncées à l'article 2. S'agissant d'une nouvelle loi centrée sur les prestations, cette section permet de prendre la mesure de leur diversité, étant précisé que celles-ci sont en pratique très complémentaires. Elles sont ainsi à percevoir comme un ensemble de prestations concourant toutes, d'une manière ou d'une autre, à un but commun.

Art. 9 Information

L'article 9 fonde la responsabilité du service en matière de publications.

Les prestations d'information comprennent :

a. l'élaboration et la diffusion d'information, sur les métiers, les filières de formation et les débouchés sur tous types de supports ;
b. la mise à disposition en libre accès des informations, ainsi que l'aide à la recherche d'informations ;
c. l'organisation de manifestations et d'expositions sur les formations et les métiers ;
d. la présentation des professions avec le concours des milieux professionnels ;
e. l'organisation de rencontres d'information et de visites d'entreprises.

A noter que l'information est notamment donnée dans les écoles et dans les Centres d'information sur les études et les professions des Centres régionaux d'orientation scolaire et professionnelle, par le biais de permanences téléphoniques ou de séances ad hoc ou de manifestations.

Art. 10 Conseil en orientation

Le conseil en orientation s'exerce selon les principes énoncés à l'article 4, conformément aux règles déontologiques en la matière.

Il aide la personne à :

a. découvrir et mettre en valeur ses motivations personnelles, ses compétences, ses connaissances et ses acquis ;
b. élaborer un projet en exprimant ses besoins et ses attentes ;
c. s'approprier les informations nécessaires à l'élaboration et la concrétisation de son projet.

Les prestations de conseil en vue d'élaborer et de réaliser un projet professionnel ou de formation, comprennent notamment l'évaluation des compétences et des aptitudes, ainsi que la préparation à l'entrée en formation ou à la recherche d'emploi. Pour ce faire, des outils psychométriques, tels que des tests d'aptitude, d'intérêts ou de personnalité, peuvent être proposés.

Outre les entretiens individuels, l'orientation développe, par souci d'efficience, des interventions collectives pour les classes ou des groupes d'élèves ou de personnes, notamment pour les élèves de 10ème et 11ème année de la scolarité obligatoire (article 97 LEO). On peut également citer le

programme approche du monde professionnel (AMP) dispensé en VG auquel participent les psychologues conseillers en orientation (article 94, alinéa 1, LEO).

Art. 11 *Case management* pour la formation professionnelle

Le Case management pour la formation professionnelle, initié par la Confédération, se définit comme une procédure structurée visant à appliquer des mesures adéquates aux jeunes dont l'accès au monde du travail risque d'être compromis, notamment en coordonnant les interventions des différents acteurs par-delà les frontières institutionnelles et professionnelles.

A l'instar de la Confédération, le Conseil d'Etat, mesurant l'importance de soutenir les adolescents ou les jeunes adultes sans solution de formation et, partant, sans solution d'insertion, a décidé que l'orientation devait suivre la cohorte des élèves qui quittent l'école, ainsi que des jeunes sans place de formation ou sans emploi.

Pour les jeunes en scolarité obligatoire, la phase d'identification et de clarification (alinéa 1, lettre a et b) est portée par les psychologues conseillers en orientation des établissements scolaires et les enseignants dont les analyses peuvent être complétées, dans certains cas, par d'autres spécialistes (logopédistes, psychologues scolaires par exemple).

Pour les jeunes de moins de 25 ans qui sont hors scolarité obligatoire, elle se fait via une inscription sur un portail électronique, accessible à partir du site de l'Orientation. Le service réceptionne et assure la fonction de clarification par la prestation de bilan qui comprend notamment des entretiens, des tests (d'aptitude, d'intérêt ou de personnalité), voire des stages d'observation. Ces bilans visent principalement à réduire la durée de la transition, par un choix professionnel adéquat. Le service répond, en outre, aux sollicitations des services sociaux et de l'emploi.

La mise en œuvre de la stratégie d'insertion dans la formation (alinéa 1, lettre c) peut se faire sous différentes formes : coaching, formation, stages, appuis scolaires, etc. et comprend le suivi jusqu'à la sortie du circuit de prise en charge – ou le retour dans celui-ci, en cas d'échec. Elle est dans la plupart des cas assumée par les prestataires de mesures de transition 1 (tels que Ecole de la transition, SEMO, COFOP) ou par la prestation de coaching individuel "Start'Up" proposée par l'OCOSP.

S'agissant de trouver la mesure la plus adéquate, les professionnels de l'orientation sont amenés à se référer au contexte global du jeune, afin de recueillir tous les éléments nécessaires pour assurer une insertion durable dans la formation professionnelle. Ainsi, l'orientation valorise une mise en corrélation des différents éléments recueillis au sein d'un réseau, dont l'animation repose souvent sur le ou la psychologue conseiller-ère ou le *case manager*, en particulier dans les établissements ou entre acteurs concernés.

Précisons que les offres de transition sont des solutions subsidiaires, à mettre en œuvre lorsque les autres démarches n'ont pas abouti aux résultats escomptés et que le besoin spécifique d'une telle mesure est avéré.

Enfin, compte tenu de la multiplicité des mesures de transition 1, il a été mis en place un dispositif de coordination auquel l'OCOSP participe par le biais du CMFP (alinéa 1, lettre d).

Art. 12 Certification professionnelle des adultes

La certification professionnelle des adultes vise à permettre aux adultes au bénéfice d'une pratique professionnelle d'obtenir un titre de formation initiale et, cela, de quatre manières différentes :

1. par un examen de fin d'apprentissage ;
2. par une validation des acquis de l'expérience (VAE) ;
3. par une formation professionnelle initiale raccourcie ;
4. par une formation professionnelle initiale régulière.

A noter que le processus de certification professionnelle des adultes implique la participation de

différents acteurs, dont l'orientation.

Ainsi, la présente disposition consacre le rôle de l'orientation dans ce cadre, et notamment dans celui de la certification par validation des acquis de l'expérience, en l'érigeant en prestation à part entière, au même rang que l'information, le conseil en orientation et le case management.

A cet égard, il convient de préciser que la loi fédérale sur la formation professionnelle (article 9, alinéa 2), son ordonnance d'application (article 31), ainsi que la législation vaudoise d'application (LVLFPr, articles 67 à 72) instituent une procédure ad hoc de validation des acquis visant à "aider les personnes à dresser l'inventaire des qualifications dont elles peuvent se prévaloir et qu'elles ont acquises en dehors des filières de formation habituelles". A cet effet, les cantons veillent à assurer des services de consultation qui collaborent avec les organisations du monde du travail et font appel, au besoin, aux services d'experts externes (article 4 OFPr). Le dispositif est coordonné au niveau romand, sur la base d'un guide national et de profils de compétences élaborés par le SEFRI. Plus particulièrement dans le Canton de Vaud, le service en charge de l'orientation se voit confier la mission d'établir, en étroite collaboration avec le département, le bilan initial (article 104 RLVLFPr).

Au-delà de la prestation spécifique de l'orientation dans le cadre de la certification des adultes par validation des acquis de l'expérience, sont à relever les prestations de l'orientation s'adressant à tous les adultes cherchant un titre de formation initiale et décrites aux alinéas 2 et 3, à savoir l'information générale sur les voies de certification possibles et le conseil sur la voie de certification la plus adéquate**.**

SECTION III DISPOSITIF DE COORDINATION DES MESURES DE TRANSITION 1 ET PROCÉDURE D'ACCÈS

Vu l'importance prise par la problématique du passage entre l'école obligatoire et la formation (formation gymnasiale ou professionnelle), soit la transition 1, et dans une logique de mise en œuvre effective du case management pour la formation professionnelle, les actions entreprises dans les différents services doivent faire l'objet d'un pilotage concerté au niveau des chefs des services concernés, ainsi que de leurs adjoints spécialisés.

Ainsi, même si les diverses mesures de transition 1 conservent des sources de financement et de gouvernance spécifiques, le Conseil d'Etat a décidé la mise en place d'un dispositif de coordination des mesures de T1, par le biais d'une direction interservices et d'une procédure d'accès unifiée et centralisée.

Art. 13 Direction interservices

La présente disposition institue ainsi formellement une Direction interservices de coordination de la transition 1 et en confie la présidence au SESAF, qui est l'entité responsable de la mise en œuvre de ce dispositif de coordination. La Direction est composée des services actuellement représentatifs en la matière, à savoir le SESAF, la DGEP, la DGEO, le SPJ, le SDE et le SPAS.

Dans le cadre de la transition 1, l'accès direct à la formation est, de manière générale, privilégié, le recours à des mesures de transition 1 n'intervenant que dans un second temps, soit lorsqu'une entrée directe en formation est compromise.

Les mesures de transition 1 représentent une constellation de mesures comportant des parts variables d'activités pratiques, de cours scolaires, de travail sur les compétences sociales ou comportementales, ainsi que sur l'élaboration d'un projet professionnel. La diversité de ces mesures, ainsi que leur dépendance à différents services, fondent ainsi la mission confiée à la Direction interservices. Elle a pour tâches d'assurer le pilotage concerté des actions et une coordination efficace de celles-ci, tout en préservant les compétences respectives de chaque service qui découlent de normes de différents niveaux (cantonal et fédéral).

Art. 14 Procédure d'accès

Conformément aux prescriptions de la Confédération en matière de case management pour la formation professionnelle, le service en charge de l'orientation est chargé de mettre en œuvre une procédure structurée et centralisée d'accès aux mesures de transition 1, afin de diriger les jeunes en difficulté vers la mesure la plus adéquate.

Cette procédure, telle que consacrée dans le présent projet, est le fruit d'un accord entre les entités représentées à la Direction interservices.

Elle dissocie l'élaboration d'un préavis d'orientation et l'octroi de la prestation de la mesure elle-même et formalise les guichets de la transition 1 comme porte d'accès aux mesures de transition 1.

L'élaboration du préavis, qui est du ressort de l'orientation, comporte les quatre étapes suivantes :

1. Un dossier d'admission est constitué soit dans les écoles, par la famille, les enseignants et les psychologues conseillers en orientation (dans quelques cas d'autres membres du réseau) pour les jeunes en fin de scolarité, soit dans les guichets de la transition suite à une inscription en ligne pour les jeunes qui ne sont plus scolarisés ;
2. Une demande de préavis, accompagnée dudit dossier, est adressée aux *coordinateurs case managers ;*
3. Cette demande de préavis est analysée en visant à allouer la mesure la plus adéquate possible, compte tenu des besoins et des capacités du ou de la requérant-e et également des places disponibles ;
4. Lorsque le préavis documenté est conforme à la demande du requérant, le dossier d'admission est transmis directement au prestataire de la mesure qui procède à l'admission formelle du candidat dans la mesure des places disponibles. Lorsque le préavis ne correspond pas au souhait, du ou de la requérant-e et de son représentant légal (par ex. lorsque les capacités du ou de la requérant-e ne rentrent pas dans les critères d'admission dans la mesure, ou qu'il refuse la mesure proposée), la possibilité leur est donnée de déposer eux-mêmes le dossier d'admission auprès du prestataire de leur choix. Il est à noter ici que, à l'instar de toute la formation post-obligatoire, il n'y a pas formellement de droit à une mesure de transition.

En règle générale, le service cherche des alternatives lorsque des considérations de place ou des difficultés socio-éducatives, que pourrait présenter le ou la requérant-e, empêchent les prestataires d'une mesure d'inclure le ou la requérant-e dans leur dispositif de prise en charge. L'objectif principal de la coordination étant bien évidemment de trouver, dans la mesure du possible, une solution adéquate pour chaque requérant-e.

A la différence des autres prestations de l'orientation qui s'inscrivent dans une logique de "libre accès", l'entrée dans une mesure de transition requiert en principe obligatoirement le préavis de l'orientation.

Formellement cependant, chaque prestataire de mesures de transition décide *in fine* de l'admission.

Art. 15 Décision d'admission

Comme évoqué ci-avant, l'orientation ne dispose pas de la compétence d'accorder ou de refuser l'admission à une mesure de transition 1, mais uniquement de rendre un préavis.

Il en est de même de la Direction interservices qui ne peut ainsi se voir attribuer une quelconque compétence de décision ou de reconsidération en matière d'admission à une mesure de transition.

En effet, cette décision administrative découle d'autres règles, comme la loi vaudoise sur la formation professionnelle (article 43) pour l'Ecole de la transition ou la loi sur le chômage pour le SEMO, de sorte qu'il est légitime que les prestataires des mesures conservent leur pouvoir décisionnel.

SECTION IV ORGANISATION

Art. 16 Service

Les tâches du service en charge de l'orientation, qu'il assure actuellement par le biais de l'Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle, demeurent inchangées dans leur organisation.

Ce dernier assure ainsi la direction opérationnelle de l'orientation, ainsi que la responsabilité de la production documentaire.

Il est en outre organisé en régions qui offrent une proximité entre les partenaires et les bénéficiaires.

Art. 17 Centres régionaux d'orientation et communes

Actuellement, on compte cinq Centres régionaux offrant toutes les prestations, hormis la production d'information documentaire, centralisée à Lausanne.

Ces centres sont en liens étroits avec les milieux économiques de leur région. Ils animent pour le surplus des plateformes régionales interinstitutionnelles permettant de traiter les situations les plus difficiles.

Art. 18 Qualification des conseillers et conseillères en orientation

La loi fédérale sur la formation professionnelle pose les exigences minimales en matière de formation des conseillères et conseillers en orientation (article 50).

La Conférence suisse des directrices et des directeurs de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (CDOPU) et la Conférence des directeurs de l'instruction publique (CDIP) émettent elles aussi des Recommandations en la matière.

A cet égard, il convient de préciser que le profil de psychologue des conseillers et conseillères en orientation a été retenu parce qu'il garantit aux bénéficiaires un intervenant disposant d'une connaissance approfondie des outils psychotechniques nécessaires à l'orientation, ainsi que d'une capacité de les accompagner dans leur démarche d'autodétermination et de choix, en toute neutralité.

Par ailleurs, la formation de base tout comme la formation continue (par ex. le MAS en gestion des ressources humaines) des psychologues conseiller-ère-s en orientation, vise à développer leurs connaissances au niveau du monde professionnel et des réalités économiques.

SECTION V PROTECTION DES DONNÉES

Ces dispositions, conformes à la loi sur la protection des données (LPrD), permettent le traitement des données personnelles des bénéficiaires de l'orientation.

A cet égard, il convient de préciser que le traitement des données, comprenant l'accès et la communication de celles-ci, au sens de la présente loi est prévu sur 3 niveaux, à savoir :

a. un système d'information géré par le service et notamment accessible aux conseillers en orientation (article 20, alinéa 1 et 2) ;
b. un accès par procédure d'appel pour d'autres services de l'Etat ou entités parapubliques qui concourent à l'accomplissement des buts poursuivis par la présente loi, c'est-à-dire les services partenaires de la transition 1, membres de le Direction interservices, ainsi que les prestataires de mesures de transition 1 (article 20, alinéa 3) ;
c. une communication à des tiers concernés, par exemple les établissements de formation ou les employeurs, avec l'accord du bénéficiaire et uniquement si cela est strictement nécessaire (article 21).

Art. 19 Traitement des données

Par la présente disposition, le département s'assure que les données que le service souhaite traiter soient limitées à celles strictement nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

L'alinéa 3 précise que les données récoltées peuvent être tant socio-démographiques (et reprises de la

base de données scolaires) et non liées à une demande explicite d'un bénéficiaire, que plus spécifiques et liées au projet du jeune, aux préavis des enseignant-e-s, ainsi que des psychologues conseiller-ère-s en orientation.

Art. 20 Accès aux données

Cette disposition, plus particulièrement l'alinéa 1, vise à fonder la constitution d'une base de données pour l'orientation et à en confier la gestion au service.

En l'état, il existe une base de données intercantonale (ORIENT) qui permet le suivi des consultations en matière d'orientation, comprenant notamment une application-métier pour le Canton de Vaud. D'autre part, on dispose d'une base de données spécifique au "case management" (BD-T1+) et d'un logiciel permettant la tenue des "Cellules d'insertion" et l'identification des jeunes sans solution d'insertion en fin de scolarité obligatoire.

En ce qui concerne l'accès à ces données, l'alinéa 3 précise qu'il est limité aux prestataires des mesures de transition 1.

Art. 21 Communication des données

Cette disposition pose le principe de la confidentialité des données sensibles récoltées dans l'exécution des missions d'orientation. Elle ne peut être levée qu'avec l'assentiment du bénéficiaire, étant précisé que, dans tous les cas, le principe de proportionnalité prévaut, de sorte que seules les informations strictement nécessaires à un but clairement défini peuvent être communiquées.

De plus, il convient de préciser que ces informations doivent être destinées à un cercle circonscrit de personnes.

A cet égard, on peut encore relever que les professionnels de l'orientation sont soumis au secret de fonction, la loi sur le personnel de l'Etat de Vaud leur étant applicable ; de même l'activité des psychologues conseillers en orientation est régie par le secret professionnel prévu par la loi fédérale sur les professions de la psychologie.

Art. 22 Loi sur la protection des données

En sus des dispositions expresses prévues par la présente loi, la loi du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles est applicable. L'on peut notamment citer à cet égard le principe de proportionnalité qui vise à ce que ne soient communiquées que les données strictement nécessaires et non l'entier du dossier.

SECTION VI DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Art. 23 Participation de l'Etat

La répartition de la charge financière entre l'Etat et les communes est identique à celle d'aujourd'hui.

En outre, en ce qui concerne la répartition de la charge financière entre les différents services concernés par le dispositif de coordination des mesures de transition 1, il convient de préciser que chaque service supporte les frais relatifs à sa prestation. Ainsi, les frais liés aux mesures de T1 elles-mêmes ne sont pas à charge de l'orientation.

Art. 24 Participation des communes

L'esprit et les conséquences matérielles de cet article demeurent inchangés par rapport à l'actuelle loi sur l'orientation scolaire et professionnelle (article 17).

Au plan organisationnel, les communes s'entendent par voie de convention, notamment pour tenir compte du fait que certaines communes siège sont concernées par des bureaux de consultation décentralisés et gèrent la comptabilité pour toute leur région.

Il s'agit de frais relativement fixes qui sont généralement répartis entre les communes de la région concernée au prorata du nombre d'habitants.

Ces frais d'infrastructure comprennent les frais de raccordements informatiques et de téléphonie.

En tout état de cause, le département est institué comme instance d'arbitrage en matière de détermination et de répartition des frais à charge des communes.

Art. 25 Subventions

Le service peut être amené à devoir déléguer l'exercice de certaines de ses prérogatives.

On pense ici notamment à l'exécution de stages d'observation commandités par les centres de bilan ou au développement d'outils spécifiques dont ont besoin les professionnels de l'orientation.

La présente disposition vise en outre à satisfaire les conditions posées en la matière par la Loi du 22 février 2005 sur les subventions (LSubv).

Art. 26 Mandats de tiers

Au-delà des missions générales de l'orientation, telles que définies dans la présente loi, l'orientation est sollicitée pour participer et compléter les prestations spécifiques d'autres acteurs.

A noter que l'essentiel des prestations de l'orientation commanditées par d'autres services concerne la consultation des jeunes (18-25 ans). Ainsi, elle procède pour les services sociaux à des bilans approfondis, notamment dans le cadre des programmes FORJAD et FORMAD.

En ce qui concerne les mandats confiés par des instances intercantonales, l'on peut notamment relever ceux de la CDIP qui concernent l'élaboration des brochures du Centre de services formation professionnelle, orientation professionnelle, universitaire et de carrière (CSFO).

Tous ces mandats de tiers ne s'entendent toutefois que dans la mesure où ils ne portent pas atteinte à la bonne exécution des missions de base de l'orientation, ni à la qualité de ses prestations.

SECTION VII DISPOSITIONS FINALES

Pas de commentaire.

7 CONSEQUENCES

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

La loi actuelle sur l'orientation scolaire et professionnelle du 19 mai 1980, ainsi que son règlement d'application du 3 septembre 1980 seront abrogés dès l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

7.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

Le présent projet vise principalement à formaliser les missions actuellement assumées par l'OCOSP. Ainsi, la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'orientation professionnelle n'implique pas à proprement parler de charges supplémentaires ; son effet sur le budget est donc à considérer comme neutre.

7.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

La mise en œuvre de la nouvelle loi s'effectuera dans le cadre du budget actuel dévolu à l'orientation, sous réserve de l'évolution démographique. En effet, la croissance de la population aura indéniablement pour corollaire la nécessaire augmentation des prestations de l'orientation, étant donné notamment que les prestations d'information et de consultation, au cœur de l'activité de l'orientation, sont étroitement corrélées au nombre d'élèves en fin de scolarité obligatoire et de jeunes en difficulté d'insertion professionnelle.

7.4 Personnel

En ce qui concerne les prestations de l'OCOSP en matière de certification professionnelle des adultes et, plus particulièrement, de validation des acquis de l'expérience (VAE), celles-ci étaient assurées, jusqu'au 31 décembre 2016, par le biais de l'engagement de personnel auxiliaire (CHF 400'000.- salaires et charges sociales au budget), ce qui représente 4 ETP. La pérennisation de ces postes est effective depuis l'adoption du Budget 2017 par le Grand Conseil.

7.5 Communes

La nouvelle loi ne change rien à la répartition des charges entre les cantons et les communes. L'Etat conserve en effet la charge principale de l'orientation. La commune siège d'un Centre régional d'orientation continue de supporter avec ses communes partenaires les frais de locaux et de mobilier, selon des conventions établies en bonne et due forme qui ont du reste déjà fait leurs preuves.

7.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

7.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Le projet de loi sur l'orientation professionnelle s'inscrit dans l'un des 5 axes du programme de législature 2012-2017 du Conseil d'Etat, à savoir "former et intégrer au marché du travail".

Plus particulièrement, il se retrouve au point 3.2. du programme de législature prévoyant de poursuivre les réformes de l'orientation professionnelle, afin de renforcer le caractère intégratif du système de formation et visant ainsi à "*Se fonder sur une nouvelle loi sur l'orientation professionnelle pour faciliter l'insertion dans le monde professionnel des jeunes sortant de la scolarité. Pérenniser le case management pour la formation professionnelle.*".

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

L'un des buts du projet est la mise en conformité avec la loi sur les subventions.

7.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

7.10 Incidences informatiques

Les réformes en cours respectent le schéma directeur de la DSI et l'adoption de la LOP constitue une opportunité de légitimer l'amélioration des bases de données requises pour les prestations de l'OCOSP.

7.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

7.12 Simplifications administratives

La création des Guichets régionaux de la Transition 1 et le développement de la collaboration interinstitutionnelle, qui visent à la fois une meilleure orientation des jeunes, un travail pluridisciplinaire plus serré et un suivi plus proactif de leur parcours, constituent des contributions non chiffrables, mais substantielles à la simplification administrative.

Il en est de même de la création d'un portail d'entrée unique pour la certification professionnelle des adultes qui permet une meilleure synergie entre les acteurs et, par voie de conséquence, une simplification du processus d'admission et de suivi des candidats.

De plus, la cyber-administration a été développée avec des e-formulaires et autres moyens d'éviter les saisies multiples d'information et de permettre la consultation la plus simple possible des bases de données (ex. Bourse des places d'apprentissage), ceci en coordination nationale.

7.13 Protection des données

Le travail pluridisciplinaire tel qu'il est exigé dans le cadre de l'orientation n'est pas possible sans constituer une base de données, sans clarifier les procurations données par les bénéficiaires et leurs représentants légaux, et sans définir quelles informations peuvent être mises à la disposition des différents acteurs. L'un des buts du présent projet est également la mise en conformité avec la loi sur la protection des données.

7.14 Autres

Néant.

8 CONCLUSION

Néant.

DIRECTION INTERSERVICES POUR LA TRANSITION 1 (DI-T1)

DEPARTEMENT DE LA FORMATION, DE LA JEUNESSE ET DE LA CULTURE (DFJC)

Direction générale de l'enseignement obligatoire (DGEO)
Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP)
Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF)
Service de la protection de la jeunesse (SPJ)

DEPARTEMENT DE L'ECONOMIE ET DU SPORT (DECS)

Service de l'emploi (SDE)

DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS)

Case management « Formation professionnelle » (CMFP)
Phase de consolidation 2012 à 2015

Canton de Vaud

Rapport final

Décembre 2015

François Pidoux, Secrétaire exécutif T1

Table des matières

1 Introduction 3
2 Le modèle vaudois de CMFP 4
2.1 Le dispositif en école obligatoire 4
2.2 Le dispositif hors scolarité obligatoire 7
2.3 Articulations du case management 8
2.4 Les mesures T1 9
2.5 Le pilotage 14
2.6 Gestion et monitorage des données 15
2.7 Protection des données 16
3 Financement du dispositif 18
4 Evaluations 20
4.1 Volumes des prises en charge 20
4.1.1 Situations suivies dans le cadre de la scolarité obligatoire 20
4.1.2 Situations hors scolarité obligatoire 22
4.1.3 Profil des situations 23
4.2 Solutions à l'issue d'un suivi individuel (coaching) 24
4.3 Evaluation qualitative 25
5 Perspectives et orientations stratégiques 27
5.1 Assise législative et budgétaire du dispositif 27
5.2 Evolution des mesures de transition 28
6 Conclusions 28
7 Annexes 31
7.1 Tableau des abréviations 31

1 Introduction

Le présent rapport fait état de la situation du Case management formation professionnelle (CMFP) dans le canton de Vaud, tel qu'il s'est structuré depuis 2012, date du début de la phase de consolidation conduite par la Confédération par le biais du SEFRI. L'essentiel du projet initial a pu se mettre en place, avec une volonté maintenue de double approche des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle : par des actions préventives menées en scolarité obligatoire et par la mise à disposition d'une entrée unique (Guichet de la Transition 1) pour les jeunes du post-obligatoire en rupture, ou avec un besoin d'insertion professionnelle.

Le but de cette phase de consolidation était de donner aux cantons le temps nécessaire pour intégrer le CMFP dans leurs structures et de s'assurer ainsi de la poursuite des projets, après le retrait financier de la Confédération. Dans le contexte vaudois, ces attentes se sont concrétisées dans plusieurs champs. Institutionnel d'abord, par la consolidation des circuits de réception (intake) et de clarification des demandes (assessment), qui font désormais pleinement partie du catalogue de prestations de l'Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP). Budgétaire, par l'intégration des postes créés grâce au soutien de la Confédération, dans le budget ordinaire de l'Etat. Et enfin, législatif par le biais de la nouvelle Loi sur l'orientation professionnelle qui figurera bientôt à l'agenda du Parlement vaudois.

Le pilotage de cet important dispositif regroupant six services issus de trois départements est assuré par une direction interservices : la Direction interservices pour la Transition 1 (DI-T1). Cet organe, voulu dès l'origine par la Délégation du Conseil d'Etat à la formation et aux sports, est responsable de l'orientation stratégique et de l'évaluation des moyens à mettre en œuvre pour la réalisation efficiente de cette politique.

Les sources ayant permis l'élaboration de ce document proviennent du système d'information utilisé par l'OCOSP, dans le cadre des phases de réception et de clarification des demandes. Elles sont complétées par des données émanant des prestataires de mesures de Transition 1 et des organes de coordination des acteurs impliqués dans le dispositif.

Le présent rapport fait suite à une série d'évaluations internes et externes sur les phases de mise en place et de stabilisation du projet. Rappelons notamment le rapport intermédiaire de 2011 sur la « Mise en œuvre d'une politique publique pour la transition entre l'école et la formation professionnelle (T1) ainsi que du Case management pour la formation professionnelle (CMFP)»[1], ainsi que l'étude sur le dispositif de CMFP a publiée en 2012 par l'Unité de recherche sur les systèmes

[1] « Mise en œuvre d'une politique publique pour la transition entre l'école et la formation professionnelle (T1) ainsi que du Case management pour la formation professionnelle (CMFP)», Philippe Martinet, Lausanne, 2011

pédagogiques (URSP)[2]. D'autres recherches portant sur l'évolution du dispositif pourraient être mandatées dans les prochaines années, afin d'offrir une vision actualisée de l'insertion des jeunes dans le Canton.

Le CMFP concrétisé par les Guichets de la T1 est largement présent en scolarité obligatoire, dans le post-obligatoire - en formation professionnelle - mais également dans les gymnases où il est une réponse aux ruptures. Il se profile également aux frontières de l'action sociale et aux limites des différentes politiques d'aide à la jeunesse, dans des thématiques aussi diverses que les troubles physiques et psychiques, l'intégration des migrants, la protection de la jeunesse, etc. A ce titre, il fait pleinement partie du paysage de la formation vaudoise et des mesures de soutien qui lui sont apportées.

2 Le modèle vaudois de CMFP

Depuis le lancement du concept de Case management formation professionnelle dans le Canton de Vaud, le dispositif s'est progressivement structuré pour devenir un rouage essentiel de la fin de la scolarité obligatoire et de la formation professionnelle initiale. Son ambition est d'une part, d'anticiper les difficultés d'insertion des jeunes en fin de scolarité, en analysant finement leur situation et en proposant des mesures adaptées et, d'autre part, d'offrir des prestations de case management à des jeunes sans solution, notamment suite à des ruptures de formation.

Concerné par les missions de plusieurs services et départements et supervisé par la Direction interservices T1, il s'insère dans l'action plus générale menée par les autorités cantonales pour l'intégration sociale des jeunes par le moyen de la formation professionnelle, en maîtrisant le flux sortant du système scolaire obligatoire et en proposant un traitement individualisé des situations problématiques. Il fonctionne en prévention et en complément à d'autres politiques publiques, notamment celle de la formation des jeunes adultes en difficultés (FORJAD), qui table elle aussi sur le potentiel intégratif de la formation professionnelle, par un passage du statut d'assisté social à celui d'apprenti ou apprentie au bénéfice d'aides à la formation (bourses). Il est également lié et collabore avec les acteurs de la protection de la jeunesse, de l'enseignement spécialisé et de l'Assurance invalidité, dans la prise en charge des jeunes avec des difficultés particulières.

2.1 Le dispositif en école obligatoire

Cette première approche a une visée préventive et intervient lors de la dernière année de scolarité obligatoire (11e Harmos). Il est organisé en phases successives, au cours desquelles des psychologues conseillers en orientation vont identifier et analyser les situations des jeunes en difficulté d'insertion et émettre des préavis vers

[2] « Faciliter la transition entre l'école et le monde du travail avec le Case management : fonctionnement du dispositif vaudois et évaluation. 1) Quel dispositif pour quelle population ? », Karin Bachmann Hunziker, URSP, Lausanne, 2012

des solutions de transition adaptées. Lors de ce travail d'orientation, les conseillers peuvent compter sur l'appui et l'expertise des enseignants, des directions d'établissements, des intervenants spécialisés (psychologues et logopédistes scolaires, assistants sociaux, inspecteurs de l'enseignement spécialisé, etc.) et de coordinateurs case managers, assurant le relai avec les prestataires de mesures de transition. Ces étapes de repérage sont conçues de telle sorte que les situations les plus fragiles soient identifiées le plus tôt possible.

Ainsi, lors du premier semestre de l'année scolaire (phase d'automne), l'accent est mis sur les jeunes dont l'insertion directe dans l'économie libre sera très certainement compromise, en raison de troubles divers et/ou de difficultés socio-éducatives lourdes. Une collaboration étroite s'établit alors entre les spécialistes du CMFP et des institutions telles que l'Assurance Invalidité, l'enseignement spécialisé ou la protection de la jeunesse. Le volume de ces situations n'est pas décompté dans le cadre du dispositif de CMFP, car leur prise en charge se fait sous la direction d'autres organes spécialisés. On peut toutefois l'évaluer à quelques dizaines de jeunes par année pour tout le canton.

La phase suivante (phase d'hiver) s'adresse à des élèves avec des problématiques combinées de retard scolaire important, de projet professionnel peu évolué et de difficultés personnelles multiples, mais avec de réelles capacités d'insertion professionnelle dans l'économie libre. Ces jeunes sont pris en charge et orientés vers des mesures adaptées à leur profil, avec un encadrement particulier. Chaque année, environ 300 à 350 jeunes sont concernés par cette étape.

Lors de la phase de printemps, le dispositif de CMFP permet d'identifier tous les élèves qui n'ont pas de solution de formation (études gymnasiales ou formation professionnelle) et de les orienter vers des mesures de transition basées sur le renfort scolaire ou l'acquisition des bases de l'activité professionnelle. Chaque année scolaire, près de 3'000 situations sont évaluées dans ce contexte, dont environ 1'400 accèdent à une structure de transition.

Enfin, l'étape ultime (phase d'été) est déclenchée par la fin de la scolarité, moment correspondant à la confirmation de l'admission dans les voies de formation: apprentissage ou études gymnasiales. Pour les jeunes qui, malgré les filtres précédents, n'ont pas trouvé de solution ou dont le projet de formation n'a finalement pas pu se concrétiser selon leurs souhaits, des prises en charge sont proposées, sous formes de coaching et d'ateliers de développement de projet. Une centaine d'élèves terminant la scolarité obligatoire sont identifiés à ce stade, auxquels s'ajoutent une proportion égale de jeunes provenant de structures de transition, de ruptures d'apprentissage ou d'autres parcours.

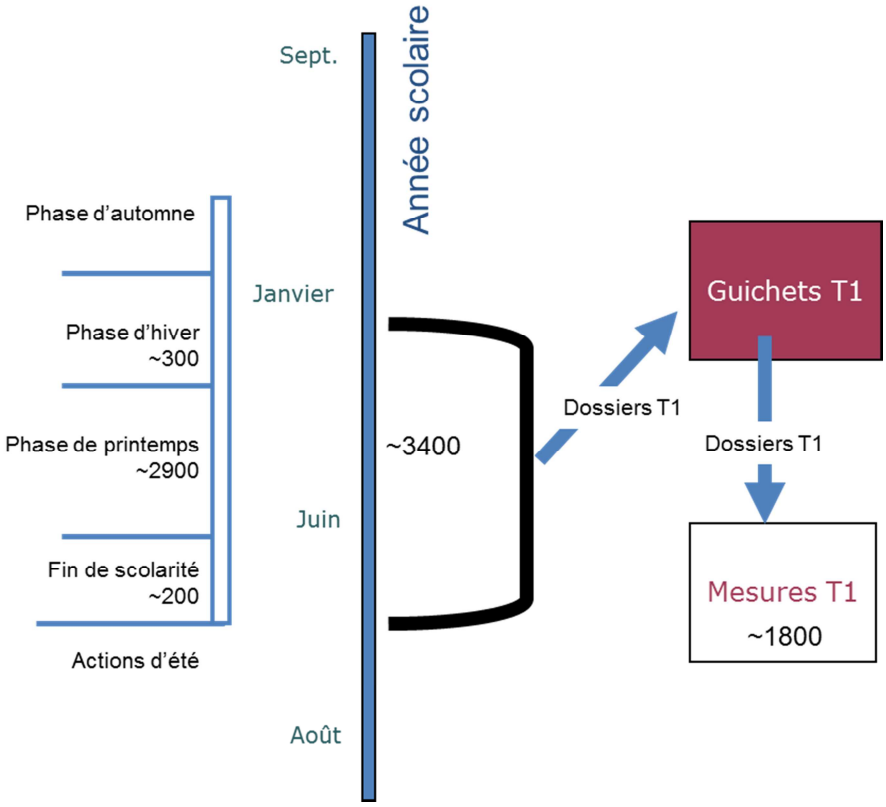
Le dossier T1

Lors des phases d'hiver, de printemps et d'été, les partenaires du processus instruisent un dossier pour chaque jeune concerné. Ce document compile les informations fournies par le bénéficiaire et sa famille sur son parcours scolaire et ses projets professionnels. Il contient également les observations des encadrants : enseignants, psychologues conseillers en orientation, membres de différents réseaux, etc. Il sert de relai entre les acteurs et garantit un maintien et un enrichissement progressif de l'information. L'utilisation et la transmission des informations provenant du dossier T1 sont soumises à la protection des données et n'ont lieu qu'après signature de la déclaration de consentement par le bénéficiaire et ses représentants légaux (cf. pt 2.7).

Dans le contexte du dispositif en scolarité obligatoire, les Guichets de la Transition 1 fonctionnent comme plateformes de relai entre l'école obligatoire et les structures de transition. Un des rôles essentiels des coordinateurs case managers présents dans ces Guichets est de gérer les situations complexes, afin de déterminer les mesures les mieux à même de répondre aux besoins exprimés.

Ces démarches de prise en charge des élèves de la scolarité obligatoire avec difficultés d'insertion sont étroitement coordonnées avec les prestations générales d'orientation professionnelle, dont l'objectif premier est l'accompagnement vers des études gymnasiales ou une formation initiale (CFC, AFP). **Les offres de transition sont clairement présentées comme des solutions subsidiaires, à mettre en œuvre lorsque les autres démarches ont été menées avec assiduité et n'ont pas abouti aux résultats escomptés**. La pertinence de leur mise en œuvre dans le parcours d'un jeune doit être justifiée par un besoin de passerelle permettant, à terme, de rallier la formation professionnelle. Le but étant d'éviter que la transition soit considérée comme une fin en soi et une alternative aux formations du Secondaire 2.

Schéma du dispositif en scolarité obligatoire
Le modèle suivant décrit le déroulement du processus, au long de l'année scolaire, ainsi que les flux liés aux différentes phases.



2.2 Le dispositif hors scolarité obligatoire

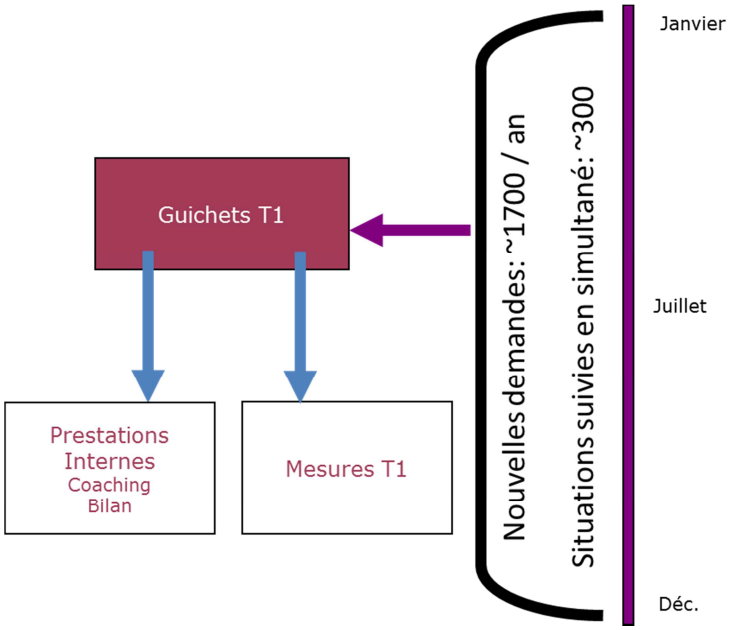
Le second axe d'action du CMFP vise la population des jeunes hors scolarité obligatoire, sans solution de formation, provenant essentiellement de ruptures de formation (études, apprentissage, mesures de transition, etc.) ou d'arrivées récentes dans le canton. Les cinq Guichets régionaux (Guichets T1) répartis dans le canton reçoivent ces demandes. Trois prestations sont proposées :

- **Coordination case management** : coordination des différents acteurs impliqués dans l'intégration des jeunes et émission de préavis vers des mesures de transition et/ou orientation vers d'autres prestations.
- **Bilans d'orientation** : passation de batteries de tests d'intérêts et d'aptitudes en vue d'établir la situation et les perspectives d'insertion du jeune.
- **Coaching** : suivi individualisé du jeune avec pour finalité une solution d'insertion ou de transition professionnelle.

Environ 1'700 jeunes/an s'adressent ou sont signalés aux Guichets T1 pour des prestations allant du simple conseil pratique à une prise en charge complète, au travers des trois prestations proposées.

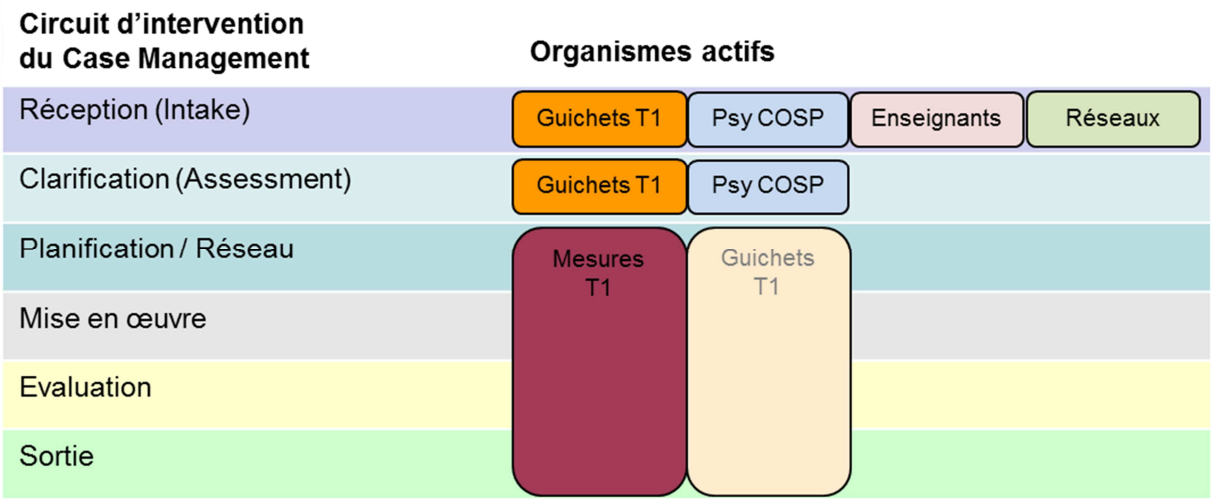
Schéma du dispositif hors scolarité obligatoire

Le modèle suivant décrit le déroulement du processus, au long de l'année civile.



2.3 Articulations du case management

L'ampleur et le caractère systématique du dispositif vaudois de prise en charge des jeunes entre la fin de la scolarité et l'entrée en formation exigent un travail coordonné entre différents partenaires institutionnels, avec des articulations le plus fluides possible. Le schéma suivant, basé sur le circuit d'intervention du case management, illustre les différentes implications.



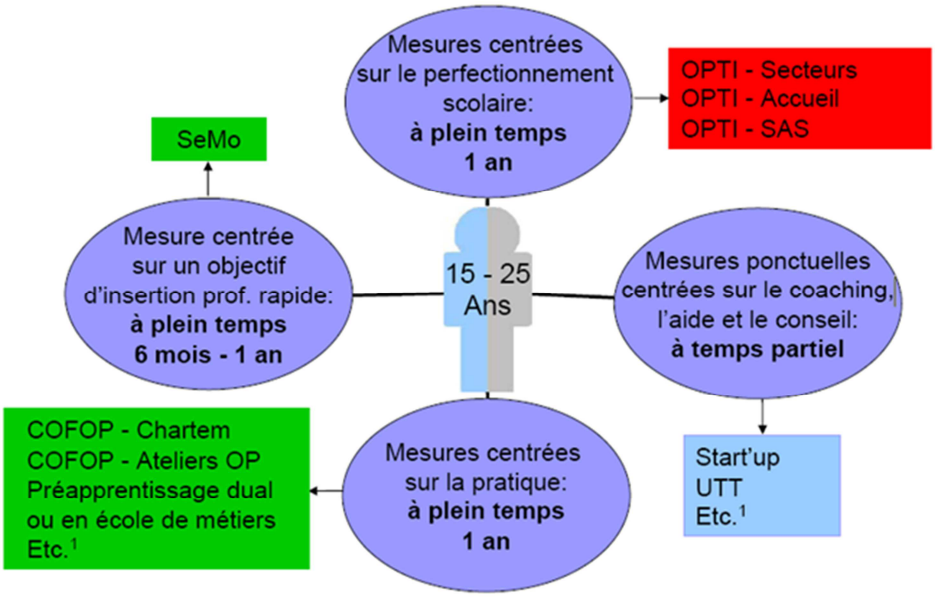
La phase d'*intake* (réception) est portée, en scolarité obligatoire, par les psychologues conseillers en orientation des établissements scolaires, les enseignants et les réseaux de spécialistes. Hors scolarité obligatoire, cette tâche revient aux Guichets T1 qui reçoivent les demandes via un portail électronique, disponible sur le site de l'Orientation scolaire et professionnelle vaudoise. L'*assessment* (clarification de la situation du bénéficiaire) est également effectué par les psychologues conseillers en orientation des établissements scolaires, dont les analyses peuvent être complétées, dans certains cas, par d'autres spécialistes (logopédistes, psychologues scolaires s'ils connaissent déjà le jeune). Pour le post-obligatoire, cette fonction de clarification est assurée par la prestation de bilan des Guichets T1.

Les étapes suivantes de mise en œuvre du suivi, jusqu'à la sortie du circuit – ou le retour dans celui-ci, en cas d'échec – sont assumées par les mesures T1 principalement. Les Guichets T1, par la prestation de coaching individuel « Start'Up », sont également concernés à ce stade.

2.4 Les mesures T1

Les mesures T1 sont un des éléments clé du dispositif de CMFP vaudois. C'est dans ce cadre que la plupart des jeunes travaillent à la mise en œuvre de leurs objectifs d'insertion professionnelle.

Schéma général des mesures de Transition 1 dans le canton de Vaud



OPTI

Département de la formation, de la jeunesse et de la culture – Direction générale de l'enseignement postobligatoire – Organisme pour le perfectionnement scolaire, la transition et l'insertion professionnelle (OPTI)

OPTI – Secteurs professionnels

Ces classes sont destinées aux jeunes qui ont un intérêt affirmé pour un domaine et qui souhaitent renforcer leurs connaissances scolaires en fonction de leur projet professionnel. Plusieurs secteurs sont proposés : Bâtiment - construction / Bâtiment - dessin technique / Textile habillement – art – artisanat / Alimentation / Santé-esthétique / Gestion – vente /Technologie et industrie / Social.

Le programme se compose d'environ 80% de cours et 20% de pratique dans les secteurs professionnels, avec une moyenne de 35h par semaine. Les jeunes bénéficient aussi d'un appui et d'un suivi en orientation.

Cette offre est en phase de restructuration afin de favoriser une transition rapide vers des formations certifiantes et de promouvoir les options en lieu et place des secteurs.

OPTI – SAS (Secteur Appui et Soutien scolaire)

Ces classes s'adressent aux jeunes qui ont d'importantes lacunes scolaires et qui doivent préciser leur projet professionnel. L'enseignement est principalement axé sur la mise à niveau du français et des math. Il représente 70% du programme. Les

jeunes bénéficient aussi d'un suivi intensif en orientation pour faire un choix professionnel réalisable. Un accent particulier est mis sur le comportement adéquat pour réussir son entrée dans la vie active. Le nombre d'élèves par classe est relativement réduit pour permettre un encadrement plus soutenu.

OPTI Accueil

Le secteur Accueil de l'OPTI s'adresse à des jeunes gens et jeunes filles arrivés récemment en Suisse et dont les connaissances du français ne sont pas suffisantes pour commencer un apprentissage, s'insérer directement dans le monde du travail ou, exceptionnellement, poursuivre des études.

Les élèves étudient le français, les mathématiques ainsi que d'autres branches utiles à leur orientation et à la connaissance du pays dans lequel ils vivent (connaissance de la Suisse, dessin, dessin technique, travaux manuels, activités créatrices sur textiles, musique, sport).

L'objectif des classes d'accueil est également d'aider les élèves à construire un projet professionnel avec l'aide de psychologues conseillers ou conseillères en orientation.

Semestres de motivation (SeMo)

Mandant *: Département de l'économie et du sport (DECS) – Service de l'emploi (SDE)*

Financement *: LACI (SECO)*

Mandataires :

- *Association OSEO Vaud :* ***SeMo Riviera***
- *Association Pro-jet :* ***Semolac***
- *Fondation Cherpillod :* ***SeMo Broye***
- *Association* ***SeMo Nord***
- *Association Plate-forme jeunesse :* ***SeMo Chablais***
- *Association Mobilet' :* ***SeMo région lausannoise***

L'objectif des SeMo est d'amener les jeunes demandeurs d'emploi de 15 à 25 ans sans formation initiale achevée à trouver rapidement une filière de formation, si possible une place d'apprentissage. Dans ce but, les jeunes participent à une démarche portfolio en vue de déterminer un métier et une filière de formation correspondant à leurs aptitudes et intérêts, afin de garantir une insertion professionnelle durable. Des techniques de recherche d'emploi (TRE) leur sont enseignées afin d'appréhender au mieux le marché de l'emploi.

A travers des ateliers pratiques de motivation (cuisine, secrétariat, menuiserie, mécanique, etc.), les jeunes peuvent se familiariser avec différentes activités (environ 80% du temps de présence) et acquérir des compétences transversales

indispensables pour leur avenir professionnel. A côté de ces ateliers, des stages en entreprise leur permettent de (re)nouer des liens avec le monde du travail.

Des cours d'appui scolaire sont aussi organisés (environ 20% du temps de présence) pour combler leurs lacunes et les préparer à la réussite de leur future formation.

COFOP

Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) – Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP) – Centre d'orientation et de formation professionnelles (COFOP)

Préapprentissage au COFOP

Le secteur préapprentissage du COFOP accueille des jeunes à la recherche d'un projet professionnel au terme de leur scolarité obligatoire ou ayant besoin d'une année supplémentaire avant d'envisager une formation professionnelle. Il se compose de deux types d'unités :

- Les unités **CHARTEM** accueillent des jeunes qui s'intéressent aux domaines du Bâtiment et de la Construction, des Services ou de la Mécanique et Métallurgie. Les préapprenti-e-s y travaillent en équipe autour d'un projet et sont encadrés par des jeunes professionnels qui viennent d'obtenir leur CFC.
- Les unités **Atelier d'orientation professionnelle (AOP)**

s'adressent aux jeunes qui n'ont pas encore de projet professionnel. Les préapprentis se familiarisent avec les métiers de différents domaines en travaillant tour à tour dans les ateliers proposés. Ils bénéficient d'un encadrement pédagogique et travaillent sur leurs compétences sociales. Chacune des unités propose 60% d'activités pratiques en atelier et 40% de rattrapage scolaire en classe, d'entretien d'orientation et d'aide à la recherche d'une place de formation. L'enseignement est relativement individualisé.

Préapprentissage en Ecole de métiers

Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) / Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP) / Établissements d'enseignement professionnel :

Centre d'enseignement professionnel de Vevey ***CEPV***

Centre professionnel du Nord Vaudois ***CPNV***

École technique - École des métiers de Lausanne ***ETML***

École romande d'arts et communication ***ERACOM***

Le préapprentissage en Ecole de métiers est destiné aux jeunes intéressés par un domaine et capables de réussir un apprentissage mais qui pourraient profiter d'une année de formation préalable pour préciser leur orientation, améliorer leurs

connaissances scolaires et gagner en maturité. Cette année comprend un travail d'orientation intensif, un rattrapage scolaire ciblé et une découverte des différentes professions proposées par l'école.

Il est possible de suivre un préapprentissage dans plusieurs écoles de métiers réparties sur le canton de Vaud, dans des domaines comme la polymécanique, l'automatique, l'électronique, le bois, les arts graphiques, la médiamatique, les arts appliqués.

La formation comporte 80% de pratique en atelier et 20% de théorie.

Outils complémentaires

En complément à ces mesures de prise en charge collective, avec des programmes à temps plein, les coordinateurs case managers disposent d'un catalogue d'outils complémentaires, permettant de répondre à des situations particulières par une orientation vers des prestations très ciblées ou des prises en charge individualisées.

Mesures d'insertion sociale (MIS)

Ces mesures sont un des éléments du programme FORJAD, mis en place par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), par son Service de prévoyance et d'aide sociale (SPAS). Elles visent à favoriser l'accès des jeunes adultes bénéficiaires du Revenu d'Insertion (RI) à une formation professionnelle ou à un emploi. Elles se caractérisent par un encadrement socio-éducatif, du rattrapage scolaire et une initiation professionnelle. Le suivi s'organise de manière individualisée et tous les domaines professionnels peuvent être investigués. Le passage par les mesures permet l'élaboration et la validation du projet professionnel, puis du placement du jeune en formation ou en emploi. Elles sont portées par des organismes (Fondations, Associations, Entreprises d'insertion) qui agissent sur mandat du SPAS. Les jeunes bénéficiaires de prestations de CMFP, même s'ils ne sont pas au RI, peuvent accéder à certaines offres adaptées à leur profil.

Mesures de coaching individuelles

Ces offres spécifiques sont proposées par deux prestataires :

L'Unité de transition au travail (UTT) du Centre d'orientation et de formation professionnelles (COFOP), rattaché à la Direction générale de l'enseignement post-obligatoire (DGEP).

La prestation de **coaching Start'Up** des Guichets T1 de l'Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP) rattaché au SESAF.

Elles se caractérisent toutes deux par une prise en charge personnalisée, par des travailleurs sociaux ou des psychologues conseillers en orientation, complétées, selon les besoins, par des ateliers pratiques d'observation ou des cours d'appui intensifs. La durée de ces prestations est variable, le suivi prenant fin lorsqu'une solution de transition ou d'insertion a été trouvée ou qu'une des parties estime que la poursuite du suivi ne se justifie plus.

Ateliers pratique d'observation (APO)

Avec les ateliers pratiques d'observation, les Guichets T1 de l'OCOSP disposent d'un outil extrêmement précieux d'évaluation en conditions réelles. Durant deux semaines, les jeunes sont intégrés dans des ateliers pratiques, dans le domaine commercial ou celui du bois. Encadrés par des travailleurs sociaux, ils sont évalués en continu sur leurs compétences sociales, leurs aptitudes à la compréhension de consignes et leurs capacités professionnelles. Sur la base de ces observations, les coordinateurs case-manager peuvent déterminer de manière fine les réponses les mieux adaptées.

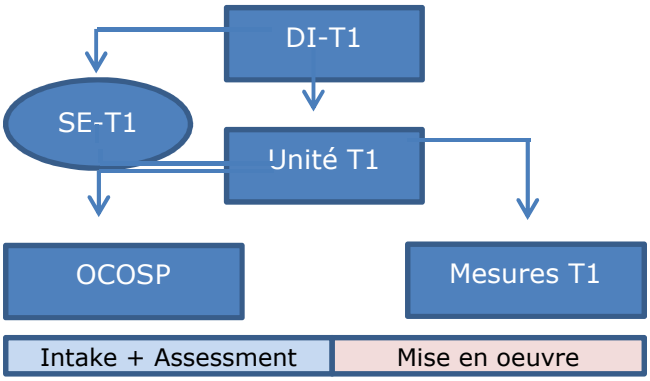
2.5 Le pilotage

Caractérisé par son déploiement inter-départemental et inter-services, le dispositif vaudois de CMFP est piloté par une direction interservices. Cet organe, la « Direction interservices pour la Transition 1 (DI-T1) » a pour mission l'orientation stratégique, l'évaluation des besoins et les recommandations sur l'allocation des ressources. Il est composé des chef-fes de six services émanant de trois départements. La DI-T1 se réunit à intervalles réguliers, durant l'année, pour assurer la coordination et l'ajustement du système.

Les départements et services de la Direction interservices T1

Département	Service	
DFJC - Département de la formation, de la jeunesse et de la culture	SESAF - Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation	Présidence de la DI-T1
DFJC	DGEO - Direction générale de l'enseignement obligatoire	
DFJC	DGEP - Direction générale de l'enseignement postobligatoire	
DFJC	SPJ - Service de protection de la jeunesse	
DSAS - Département de la santé et de l'action sociale	SPAS - Service de prévoyance et d'aide sociales	
DECS - Département de l'économie et du sport	SDE - Service de l'emploi	

La partie opérationnelle du dispositif est traitée par l' « Unité T1 », une structure qui réunit les adjoints des chefs de Services de la DI-T1. Le secrétaire exécutif de la T1 assure le relai entre la DI-T1 et l'Unité T1. Cet organigramme vise à formaliser une coordination entre les différents partenaires impliqués dans le dispositif, avec pour ambition de dépasser les cloisonnements institutionnels. Il permet en outre de maintenir le contact entre les acteurs impliqués dans les différentes étapes du case management et plus spécifiquement entre l'OCOSP, qui intervient en début de circuit, et les mesures subséquentes.



2.6 Gestion et monitorage des données

Lors de la phase de mise en œuvre du CMFP dans le canton de Vaud, le choix technologique pour gérer l'information s'était porté sur le logiciel CM-Online préconisé par le SEFRI. L'incapacité de cette application à répondre aux besoins du canton, en termes de montées en charge et de temps de traitement, a obligé les décideurs d'alors à se tourner vers une solution spécifique, conçue à l'interne.

Initialement prévue pour ne traiter que le flux provenant du dispositif en scolarité obligatoire, ce système a été élargi à l'ensemble du CMFP et permet de regrouper, en un seul lieu, l'ensemble des suivis et des prestations délivrées.

L'application repose sur une solution de bureautique standard. Elle n'est accessible que dans l'environnement du réseau cantonal vaudois. Il n'y a pas d'ouverture sur Internet et les permissions d'accès sont exclusivement limitées aux collaborateurs et collaboratrices de l'OCOSP en charge de tâches de CMFP.

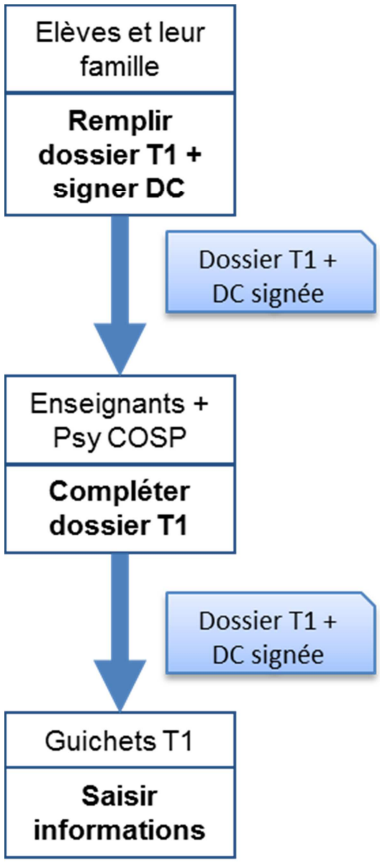
Cette solution informatique a deux fonctions principales :

- Stockage des informations concernant les situations suivies dans le cadre du CMFP.
- Suivi statistique du dispositif.

2.7 Protection des données

La protection des données se concrétise à la fois par un contrôle des accès à la consultation et à la gestion des données (cf. pt. 2.6) et par une déclaration de consentement signée par le jeune ou/et ses représentants légaux. Conformément aux recommandations du SEFRI, consignées dans le « Guide pour la mise en place d'un case management Formation professionnelle en conformité avec la protection des données »[3], la signature de la déclaration de consentement (DC) s'effectue avant toute saisie d'information dans l'application de CMFP.

Procédure d'annonce des situations dans le dispositif en scolarité obligatoire

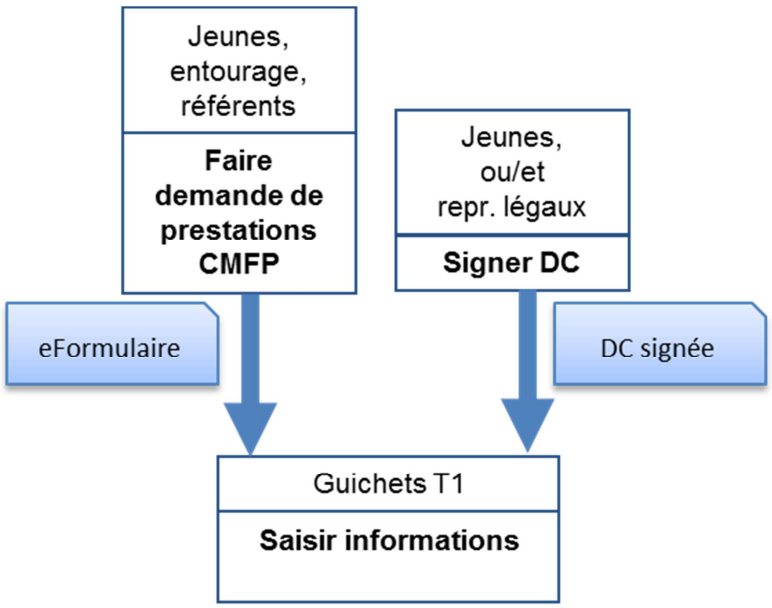


DC = Déclaration de consentement

[3] « Guide pour la mise en place d'un case management « Formation professionnelle » en conformité avec la protection des données », Lukas Fässler, Zoug, 2013

Dans le cadre de la scolarité obligatoire, le média utilisé pour la transmission d'information est le dossier T1 (cf. pt. 2.1). Il doit être signé par l'élève et son représentant légal, avant d'être complété par les enseignants et psychologues conseillers en orientation, puis transmis pour traitement dans les Guichets T1.

Procédure d'annonce des situations dans le dispositif hors scolarité obligatoire



DC = Déclaration de consentement

Les demandes émanant du post-obligatoire passent par le canal unique du formulaire électronique disponible sur le site de l'orientation scolaire et professionnelle vaudoise. Au moment de la soumission de la demande, le demandeur doit imprimer une déclaration de consentement et la retourner signée au guichet T1. Ce n'est qu'après réception de ce document que la saisie des données dans le système d'information interne peut démarrer.

Les déclarations de consentement provenant du canal obligatoire ou du post-obligatoire sont conservées dans les Centres d'orientation scolaire et professionnelle et font partie du dossier d'orientation du jeune.

Phase de traitement des données

Lors de cette procédure, telle que définie dans le « Guide pour la mise en place d'un case management Formation professionnelle en conformité avec la protection des données », le modèle vaudois ne prévoit pas d'ouverture du système d'information à des tiers. Il n'y a donc pas d'élargissement du cercle des utilisateurs. La collecte de données supplémentaires est couverte par la déclaration de consentement initiale, à l'exception de demandes auprès du Service de la population relatives au statut administratif des bénéficiaires dans le canton de Vaud. Ces requêtes font l'objet d'une déclaration de consentement spécifique, signée selon les besoins.

3 Financement du dispositif

Le financement global du dispositif de CMFP dans le canton de Vaud a été assuré, dès son lancement pour la partie touchant aux mesures de transition, par les budgets ordinaires du Service de l'emploi et de la Direction générale de l'enseignement post-obligatoire. Le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) contribue également en mettant à disposition des bénéficiaires du CMFP des places dans le mesures d'insertion sociale (MIS).

Les activités de réception et de clarification des demandes ont pu être mises en œuvre, quant à elles, grâce au financement de la Confédération, via le SEFRI, dans le cadre des projets de CMFP. Dans la phase de consolidation (2012-2015), la dégressivité des contributions du SEFRI a été compensée par un apport cantonal progressif, notamment via le fonds de lutte contre le chômage. Depuis 2015, le financement de ces prestations figure au budget ordinaire du SESAF. Dès 2016, l'entier des charges sera supporté par le canton.

Les nouveaux postes créés dans le cadre du projet de CMFP sont désormais tous régis par des contrats à durée indéterminée, gage de leur pérennité.

Répartition des financements

Activité	Responsable	Mode de financement
Réception et analyse des demandes (Intake et assessment)	SESAF, OCOSP	2012-2015 : cofinancement SEFRI (consolidation du CMFP) et Etat de Vaud Depuis 2015 : budget ordinaire du SESAF et du SPAS
Mesures de transition OPTI, COFOP, écoles de métier et d'arts appliqués	DGEP	Budget ordinaire DGEP
Mesure de transition SeMo	SDE	Budget ordinaire LMMT du SDE
Mesures d'insertion sociales (MIS)	SPAS	Budget ordinaire du SPAS

Budgets 2015-16

Coûts de personnel	Nombre de postes	Budget 2015	Budget 2016
Salaires de la direction (du projet)	0.50	53'300.00	58'200.00
Salaires du personnel du secrétariat	2.00	148'200.00	142'100.00
Salaires coordinateurs case managers et psychologues conseillers CMFP	8.90	927'000.00	907'000.00
Prestations sociales (employeur)		231'400.00	227'200.00
Formation			
Frais			
Total des coûts du personnel	***11.40***	***1'359'900.00***	***1'334'500.00***
Frais de production			
Prestations externes (éval. gestion qualité)			
Loyers des bureaux			
Informatique		0.00	0.00
Matériel informatique			
Logiciel / Développements			
Matériel			
Total des coûts de production		***0.00***	***0.00***
Coûts liés aux mesures d'appui			
Encadrement individuel spécialisé			
Orientation professionnelle			
Cours de langue			
CCDJP			
Total des coûts liés aux mesures d'accompagnement		**0.00**	**0.00**
Total des coûts budgétisés		***1'359'900.00***	***1'334'500.00***
Subvention de l'OFFT		***183'100.00***	
Contribution cantonale		***1'176'800.00***	***1'334'500.00***

4 Evaluations

Les chiffres et constatations suivants visent à donner une image du volume et de la configuration des situations traitées lors des différents flux et phases du dispositif de CMFP. Ils proviennent essentiellement du système d'information du CMFP, ainsi que de données transmises par les prestataires de mesures T1.

4.1 Volumes des prises en charge

4.1.1 Situations suivies dans le cadre de la scolarité obligatoire

Elèves de la scolarité obligatoire potentiellement concernés par les prestations de CMFP

Le groupe des candidats potentiels à un suivi dans le cadre du CMFP est défini par les critères suivants :

- Fréquentation de la dernière année de scolarité obligatoire (11S)
- Scolarisation en voies secondaire à options (VSO), secondaire générale (VSG), en classes d'accueil (ACC), de Raccordement 1 (Rac1) ou de de développement (DES).

Cela représente les volumes suivants :

2012-13	5'320
2013-14	5'407
2014-15	5'398

A partir de l'année scolaire 2015-16, tous les élèves vaudois effectueront leur scolarité sous le régime de la nouvelle Loi sur l'enseignement obligatoire (LEO) qui, entre autres changements, a réuni les voies secondaires à option et secondaire générale en une seule voie générale (VG). Les prestations de CMFP s'adresseront aux élèves fréquentant ce cursus. Les jeunes de la voie prégymnasiale (VP), qui complètent la cohorte, ne seront pas concernés, comme c'était déjà le cas précédemment pour les élèves de Voie secondaire de baccalauréat (VSB). Les mesures de transition ne sont d'ailleurs pas adaptées à ce type de profils avec de aptitudes scolaires élevées.

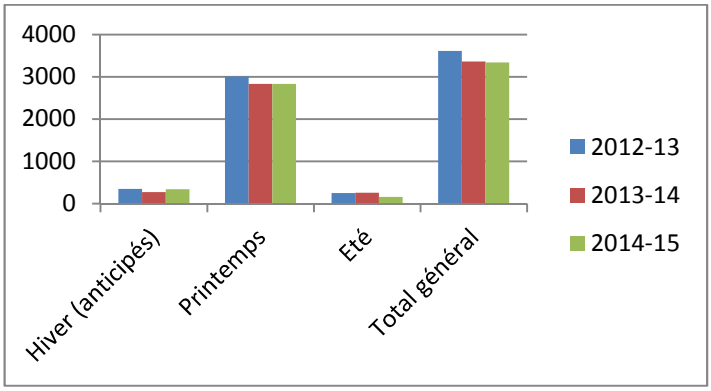
Demandes de prestations de CMFP en scolarité obligatoire

Le tableau ci-dessous recense le volume de demandes enregistrées annuellement dans le cadre des différentes phases du dispositif déployé en scolarité obligatoire. Plus d'un tiers de ces dossiers quittent le dispositif de CMFP, les jeunes concernés ayant trouvé une autre solution (apprentissage ou études principalement) entre le moment du dépôt de la demande de prestation et l'entrée effective en mesure.

On constate, depuis 2012, une tendance à la baisse du volume de demandes. L'effet « appel d'air » qu'aurait pu engendrer la mise en œuvre d'une procédure fortement structurée ne semble pas se concrétiser.

Demandes d'admission en mesures de transition en 2012-13, 2013-14, 2014-15. Répartition par phases du processus de CMFP en école obligatoire

	2012-13	**2013-14**	**2014-15**
Hiver	349	272	344
Printemps	3008	2831	2834
Eté	254	257	163
Total général	3611	3360	3341



Taux d'annulation des demandes d'admission en mesures de transition en 2012-13, 2013-14, 2014-15. Répartition par phases du processus de CMFP en école obligatoire

	2012-13	**2013-14**	**2014-15**
Hiver (anticipés)	31%	24%	23%
Printemps	39%	38%	44%
Eté	10%	10%	25%
Total général	**36%**	**35%**	**41%**

Capacités des mesures d'insertion

Depuis 2012, la capacité des mesures d'insertion a peu évolué. Cette offre ne répond pas entièrement à la demande. L'OPTI constitue régulièrement des listes d'attente lors du début de la mesure (fin août), qui vont se résorbant jusqu'à la mi-octobre.

Les SeMo ont également une liste d'attente, qui ne se résorbe que partiellement avant la fin de l'année civile. Cependant, ces listes disparaissent complètement au cours de l'année scolaire.

Structure	Capacités
OPTI Secteurs + SAS	970 à 1000
Semestres de motivation	433
COFOP CHARTEMP + AOP	120
Préapprentissages en écoles de métiers et d'arts appliqués	172

Le tableau ci-dessus indique les disponibilités à l'issue du processus en scolarité obligatoire (fin août).

Pour les SeMo, la capacité initiale au mois d'août est d'env. 430 places (varie selon les années). Ces structures fonctionnant sur un rythme semestriel, avec possibilité d'entrée tout au long de l'année, elles prennent en charge plus de 700 participants par année scolaire.

4.1.2 Situations hors scolarité obligatoire

Les demandes de prestations de CMFP concernant des jeunes libérés de la scolarité obligatoire transitent par un portail électronique unique. Elles sont ensuite réparties vers les différents Guichets T1, sur la base de la commune de domicile du demandeur.

Demandes déposées sur le portail électronique des Guichets T1

Année	Demandes
2012-13	1709
2013-14	1672
2014-15	1721

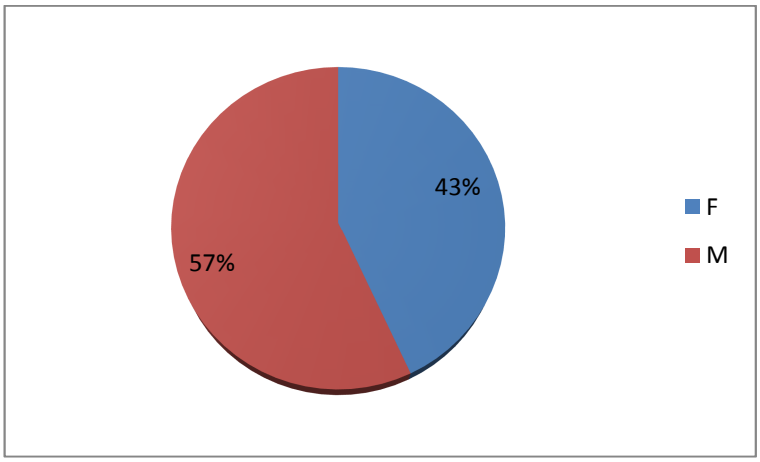
Répartition entre les nouvelles demandes et celles provenant de jeunes déjà connus du CMFP.

Année	Situations connues	Nouvelles situations
2012-13	369	1340
2013-14	695	977
2014-15	896	825

Remarques : les situations sont décomptées entre le 1er août d'une année et le 31 juillet de la suivante.

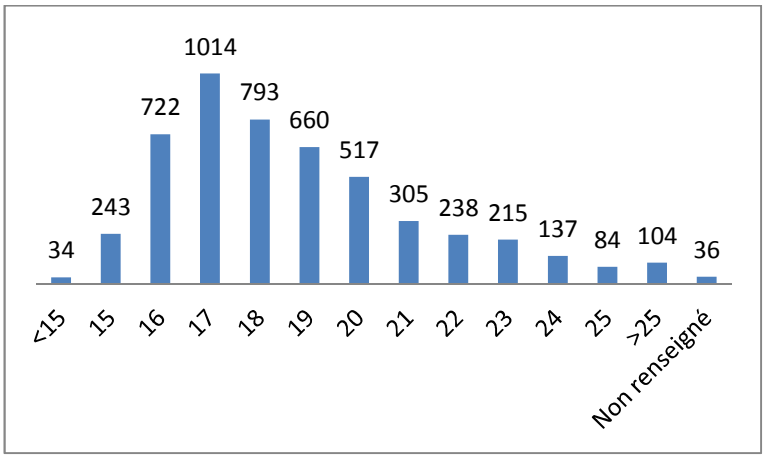
4.1.3 Profil des situations

Situations hors scolarité obligatoire : répartition par sexe



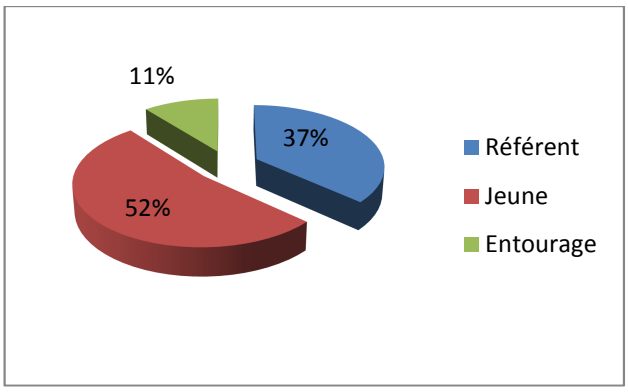
Les situations sont décomptées entre le 1er août 2012 et le 31 juillet 2015

Situations hors scolarité obligatoire : âge au 31.12 de l'année de dépôt de la demande



Les situations sont décomptées entre le 1er août 2012 et le 31 juillet 2015

Situation hors scolarité obligatoire : provenance de la demande



Les situations sont décomptées entre le 1er août 2012 et le 31 juillet 2015

La catégorie « Référent » est constituée par différentes catégories professionnelles : assistants sociaux, éducateurs, conseillers en insertions, directions d'établissements de formation, etc.

4.2 Solutions à l'issue d'un suivi individuel (coaching)

La prestation de suivi individuel « Start Up », fait partie des prestations proposées par les Guichets de la Transition 1. Les bénéficiaires sont suivis de manière individualisée par des psychologues conseillers et conseillères en orientation. L'objectif de la démarche est d'accéder à une formation certifiante ou à une mesure de transition favorisant l'accès à une formation. Le coaching « Start'Up » concerne souvent des situations complexes, avec des échecs à l'admission ou durant des mesures de transition, des ruptures (apprentissage, étude) ou un parcours scolaire difficile.

Coaching Start'Up au cours des trois dernières années dans les Guichets T1 du canton

Guichet T1	2012-13	2013-14	2014-15
Est	46	54	46
Lausanne	150	161	203
Nord	49	48	51
Ouest	36	27	35
Venoge	45	54	47
Total général	**326**	**344**	**382**

Les situations sont décomptées entre le 1er août et le 31 juillet de chaque année.

La prestation de coaching Start'Up s'adresse à des élèves en scolarité obligatoire et à des jeunes hors scolarité. Les chiffres ci-dessus ne concernent que les situations hors scolarité.

Provenance des situations suivies en coaching Start'Up

Provenance	2012-13	2013-14	2014-15
Ecole obligatoire	138	160	174
Ecole privée	13	11	20
Etranger, autre canton	22	25	18
Instituions socio-éducatives	2	3	1
Rupture apprentissage	24	34	37
Rupture gymnase	19	18	29
Stage, séjour à l'étranger		3	5
Transition 1	28	49	63
Non renseigné	80	41	35
Total général	**326**	**344**	**382**

Solutions à l'issue d'un coaching Start'Up

Provenance	2012-13	2013-14	2014-15
Formation ou emploi	122	117	125
Transition 1	80	109	114
Rupture, départ VD, inconnu	81	78	91
Autres prises en charge (AI, CSR, etc.)	26	22	39
Stage, séjour lingusitique	17	18	13
Total général	**326**	**344**	**382**

4.3 Evaluation qualitative

Depuis la mise en place du dispositif de CMFP, les différents partenaires se réunissent deux fois par année lors de séances de « Matching ». La première « Matching Day 1 » se déroule au début juillet, à la fin du processus en scolarité obligatoire. Elle a pour but de :

- Dresser le bilan du processus.
- Faire le point sur l'équilibre entre les dossiers de candidatures à une mesure de transition et les places disponibles.
- Discuter des situations non réglées, en vue de leur trouver une solution.

- Identifier les difficultés ayant émergé ou s'étant précisées durant le processus écoulé.

Le « Matching Day 2 » intervient à la fin du mois de septembre, après que l'état des admissions auprès des prestataires T1 s'est clarifié. Les objectifs sont alors de :

- Faire le bilan des admissions dans les mesures.
- Dresser un état des éventuelles listes d'attente et de leurs perspectives de résorption.
- Discuter des situations non réglées, en vue de leur trouver une solution.
- Identifier les difficultés ayant émergé ou s'étant précisées durant le processus d'admission et les débuts dans les mesures.

Ces deux événements annuels, qui ont pour avantage de regrouper les acteurs de terrain concernés, permettent de tirer un certain nombre d'enseignements sur la perception qualitative du dispositif par ceux qui en sont les artisans. Depuis 2012, les thématiques suivantes sont régulièrement apparues :

- Les élèves qui terminent leur scolarité avant d'avoir parcouru l'ensemble du cursus ont beaucoup de peine à s'insérer en formation professionnelle, y compris après une période de CMFP. Le niveau scolaire constitue, de plus en plus, un facteur décisif pour trouver une place de formation et s'y maintenir. Les AFP, dont l'offre est assez faible dans le canton, restent une solution qui n'est pas toujours adaptée aux besoins et aux capacités des jeunes et dont la valeur sur le marché de l'emploi n'est pas très élevée.
- Le dispositif de CMFP a sensiblement renforcé le profilage des jeunes par rapport aux solutions de transition proposées dans le canton. Il en résulte une meilleure adéquation entre les participants et les programmes proposés, avec pour corolaire une hausse des taux d'insertion. Par contre, cela mène également à une relative fermeture des mesures à des profils ne répondant pas à des critères minimums. Le risque est alors de créer de la demande pour de nouvelles mesures encore plus spécifiques.
- Le volume de l'offre en places de formation et en mesures de transition ne permet pas d'absorber l'entier de la demande. A la fin août de chaque année, l'offre de places d'apprentissage est presque épuisée et les mesures de transition sont pleines, ce qui conduit à des listes d'attente.
- L'intégration des migrants est complexe. Le Canton de Vaud dispose de moyens importants pour l'accueil des primo-arrivants par le biais de l'OPTI-Accueil. Cette structure est toutefois limitée à l'accueil de premier stade, qui aboutit à un niveau de français pas toujours compatible avec les exigences de la formation professionnelle, avec les difficultés d'insertion en découlant. Cette mesure est donc le plus souvent suivie d'une autre mesure de transition.
- Une catégorie de jeunes avec des difficultés d'ordre cognitif, des troubles limitant leurs capacités d'insertion ou/et des difficultés comportementales se retrouvent dans la zone frontière entre le CMFP et d'autres prestations telles que celles de

l'enseignement spécialisé, de la protection de la jeunesse ou de l'Assurance Invalidité. La responsabilité de la prise en charge de ces situations, par essence fragiles, interroge le dispositif de CMFP, qui doit à la fois rappeler les limites de l'intégration professionnelle et rester ouvert aux particularités.

5 Perspectives et orientations stratégiques

Bien qu'il soit encore dans sa phase de consolidation, le dispositif de CMFP est en adaptation constante pour répondre aux défis de son environnement. Il évolue notamment en parallèle avec l'introduction de la nouvelle Loi sur l'école obligatoire (LEO). Accepté en votation populaire le 4 septembre 2011, ce nouveau cadre a été mis en œuvre progressivement depuis 2012 pour concerner l'ensemble des élèves de la volée 2015-16.

Le CMFP est également influencé par les nouveautés dans le domaine de la formation professionnelle initiale (nouvelles ordonnances de formations, profils d'exigences de l'USAM…)

Sur les plans législatif et budgétaire, le Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) achève le travail d'intégration du CMFP dans les prestations ordinaires du Canton.

Les prestataires de mesures de transition adaptent leur offre, par rapport aux nouveaux contextes et contraintes de l'insertion professionnelle. L'OPTI en particulier conduit depuis 2014 une importante réforme touchant notamment son programme pédagogique.

5.1 Assises législative et budgétaire du dispositif

A partir de l'exercice 2016, les postes dévolus au CMFP dans le cadre de l'OCOSP feront intégralement partie du budget du SESAF, pour un montant d'environ CHF 1'400'000, principalement consacré à des postes de coordinateurs case-managers et de coach (psychologues conseiller en orientation) (pour le détail, cf. pt. 3).

Depuis 2012, le SESAF œuvre à l'élaboration d'une nouvelle loi sur l'orientation professionnelle (nLOP), destinée à remplacer l'actuelle loi sur l'orientation scolaire et professionnelle datant de 1980. L'avant-projet fait explicitement référence au case management formation professionnelle en l'intégrant parmi les prestations de base de l'orientation. Il précise également les principes de son déploiement dans le cadre des activités de l'OCOSP, au travers des prestations de réception, de clarification et de suivi des demandes de jeunes sans solution de formation.

D'autre part, cet avant-projet formalise le dispositif de coordination des mesures de transition 1, ainsi que la procédure d'accès y relative, notamment en posant les modalités de son pilotage et en définissant les compétences des différents acteurs impliqués.

En l'état, l'avancement des travaux de la nLOP est le suivant :

- l'avant-projet de loi a été largement mis en consultation de novembre 2014 à fin janvier 2015 auprès de l'administration cantonale, des partis politiques, des associations professionnelles, syndicales et patronales et des milieux de la formation concernés;
- le projet de loi est en cours d'élaboration et sera présenté au Grand Conseil dans le courant 2016;
- compte tenu des impératifs liés au processus législatif, une entrée en vigueur de la nouvelle loi peut être envisagée au mieux en 2017.

5.2 Evolution des mesures de transition

Depuis 2012, l'offre pédagogique des mesures de transition liées au CMFP a constamment évolué pour répondre aux défis révélés par l'action au quotidien et l'observation du dispositif.

La mesure de coaching individuel « Start'Up » conduite par l'OCOSP dispose depuis 2014 d'un complément sous la forme d'appuis scolaires intensifs en français et mathématique. Constatant que pour une partie de la population suivie en coaching, le niveau scolaire représentait souvent un obstacle pour décrocher une place de formation, la DI-T1 a décidé de mettre sur pieds des formations de trois mois, dans divers lieux du canton.

Les SeMo ont également renforcé le temps consacré aux appuis et renforts scolaires, afin d'amener une majorité de leurs participants à un niveau compatible avec les exigences de la formation professionnelle.

L'OPTI, principale mesure en termes de capacité, opère depuis 2014 une importante réforme de son programme pédagogique. L'objectif étant de répondre, de manière encore plus fine, aux besoins des jeunes en insertion et de réellement construire, puis de concrétiser leur projet professionnel. Cela passe par un renforcement des compétences sociales, l'acquisition de connaissances pré-professionnelles ciblées et la constitution d'un dossier complet en vue de démarches de postulations.

6 Conclusions

Lancé en 2010, le CMFP se déploie pour la sixième année scolaire consécutive dans le cadre des établissements de la scolarité obligatoire du canton de Vaud. A ce jour, au fil des ans, plus de 15'000 jeunes en fin de scolarité ont transité par ces différentes phases et la grande majorité est en formation professionnelle initiale ou l'a déjà achevée avec succès.

Depuis la mise en œuvre, en septembre 2011, du portail unique destiné aux 15-25 ans hors scolarité obligatoire et demandeurs de prestations de CMFP, près de 7'000 demandes ont été adressées aux Guichets T1.

Cette politique s'est donc implantée largement dans l'école, dans les milieux de la formation, auprès des jeunes et de leur famille, ainsi qu'auprès de tous les intervenants concernés de près ou de loin par l'insertion professionnelle et la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes.

L'intégration du CMFP dans les structures cantonales et la garantie de son maintien après le retrait financier de la Confédération sont une réalité sur le plan budgétaire, les postes liés au CMFP, désormais pérennisés, figurent intégralement au budget ordinaire de l'Etat.

Les bases légales contenues dans la nouvelle Loi cantonale sur l'orientation professionnelle sont en phase d'élaboration. La procédure de consultation de l'avant-projet est achevée et la rédaction du projet de loi démarrera sous peu, pour suivre ensuite le processus parlementaire ordinaire, jusqu'à son entrée en vigueur dans les prochaines années.

Lors de sa conception, le projet vaudois de CMFP s'appuyait sur un certain nombre d'objectifs généraux qui ont guidé sa mise en œuvre et son évolution.

1. **Connaître et améliorer le suivi des jeunes sans place de formation certifiante**. Par le truchement du dispositif en scolarité obligatoire et de l'accès simplifié aux prestations via les Guichets T1, le CMFP dispose d'une vision précise des jeunes et de leur parcours.

   Ce modèle de suivi n'intègre toutefois pas l'ensemble du parcours de transition du jeune. Le fait que le travail d'insertion soit essentiellement effectué par des prestataires multiples induit, durant le passage dans ces structures, une absence de vision globale et partagée de l'évolution du jeune. Cela est partiellement compensé par une collaboration de plus en plus efficace entre partenaires.

2. **Réduire les failles du système** par une meilleure coordination des professionnels, en systématisant l'échange d'informations lorsqu'un jeune passe d'une mesure à l'autre, lorsqu'il est pris simultanément en charge par plusieurs prestataires ou lorsqu'il accède à la formation professionnelle avec encore certaines fragilités. Les filtrages successifs en scolarité obligatoire et l'identification claire de la fonction de coordinateur case-manager a amélioré la coordination entre acteurs, tout comme le fait que l'accès à une mesure de transition a été conditionné à un passage préalable par le CMFP. Cela limite également les risques de double prise en charge et de « tourisme social ».

3. **Affiner le processus d'octroi d'une mesure de T1**. L'instauration d'une instance indépendante (OCOSP) chargée de la réception et de la clarification des situations a permis de mieux profiler les jeunes par rapport à l'offre des structures de transition. Cette procédure a également instauré davantage d'équité dans l'accès aux mesures, en précisant les critères d'admission de chacune, et en rendant transparents les conditions et les niveaux de priorités des éventuelles listes d'attente.

4. **Réguler l'offre de mesures au niveau inter-service.** La centralisation des accès aux mesures donne une vue précise du remplissage des structures et de leur éventuelle saturation. La Direction interservices T1, organe de pilotage du dispositif, dispose donc des informations nécessaires pour permettre à ses membres de se positionner sur les moyens à allouer ou sur les éventuelles réallocations de ressources à opérer. Précisons toutefois qu'en tant que telle, la DI-T1 n'a pas le pouvoir d'augmenter ou de diminuer les moyens mis à disposition des acteurs du dispositif et que ce type de décisions reste de l'entière compétence des services qui la compose.

Si le dispositif dans son ensemble fonctionne à satisfaction et permet de trouver rapidement des réponses aux besoins de jeunes, avec des perspectives très concrètes d'entrée en formation, des difficultés persistent aux frontières du système, notamment dans des problématiques telles que la coordination des plans de formation entre les mesures, l'intégration des migrants ou celle des jeunes avec des troubles et des déficiences.

Le facteur de la migration constitue un obstacle à l'insertion professionnel dû notamment au niveau de formation, en particulier dans la maîtrise du français et la faiblesse ou l'absence de réseau personnel. L'OPTI-Accueil, structure spécialisée dans la prise en charge des primo-arrivants favorise, en l'espace de quelques mois, l'installation et l'acclimatation des jeunes dans le Canton. A l'issue de cette mesure, bon nombre de candidats parviennent déjà à s'insérer en formation. Pour d'autres, néanmoins, le parcours est plus long et passe par des mesures ordinaires qui n'ont pas toujours les moyens de répondre à ce type de besoins. Face à ces difficultés, une coordination interservices se met en place, avec pour objectifs d'orienter les jeunes migrants vers des solutions adaptées à leur situation et de doter les mesures de moyens pour améliorer la pris en charge de cette catégorie de profils.

Le renforcement du travail d'identification des candidats au CMFP et des difficultés entravant leur entrée directe en formation a mis davantage en lumière les minimas requis pour aspirer à une formation professionnelle. Les exigences du monde professionnel et l'existence d'un certain nombre de troubles physiques et/ou psychiques chez les bénéficiaires du CMFP pose la question des limites de l'action de ce dernier. Malgré une volonté avérée d'intégration sociale du plus grand nombre, par le canal de l'insertion professionnelle, la réalité des conditions à réunir dans le cadre d'un projet de métier et de formation se heurte à celle de situations avec des troubles cognitifs ou de l'apprentissage, des déficits de l'attention, des graves difficultés de comportement, etc. La Loi sur la pédagogie spécialisée (LPS) adoptée le 1er septembre 2015 par le Grand Conseil vaudois va progressivement entrer en vigueur et devrait permettre une prise en charge plus adaptée des enfants et des jeunes présentant un trouble ou une déficience. L'Assurance Invalidité est également active sur cette thématique et plus particulièrement sur le terrain des jeunes avec des troubles psychiques pour lesquelles elle souhaite développer la prévention et l'identification précoce.

7 Annexes

7.1 Tableau des abréviations

ACC	Classe d'accueil
AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
CFC	Certificat fédéral de capacité
CMFP	Case management formation professionnelle
DECS	Département de l'économie et du sport
DES	Classe de développement
DFJC	Département de la formation, de la jeunesse et de la culture
DGEO	Direction générale de l'enseignement obligatoire
DGEP	Direction générale de l'enseignement postobligatoire
DI-T1	Direction interservices pour la Transition 1
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
LMMT	Logistique des mesures du marché du travail
MIS	Mesure d'insertion sociale
nLOP	Nouvelle loi sur l'orientation professionnelle
OCOSP	Office cantonal d'orientation scolaire et professionnel
OES	Office de l'enseignement spécialisé
OPTI	Organisme pour le perfectionnement scolaire, la transition et l'insertion professionnelle
Psy COSP	Psychologue conseiller en orientation
Rac1	Raccordement 1
RI	Revenu d'insertion
SeMo	Semestre de motivation
SESAF	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation
SE-T1	Secrétaire exécutif Transition 1
SPAS	Service de prévoyance et d'aide sociales
SPJ	Service de protection de la jeunesse
T1	Transition 1
VG	Voie générale
VP	Voie prégymnasiale
VSG	Voie secondaire générale
VSO	Voie secondaire à options

HORS-SÉRIE

numerus

courrier statistique
www.stat.vd.ch
33e année juin 2016

L'ORIENTATION DES JEUNES AU TERME DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE ET DES FILIÈRES DE TRANSITION

L'enquête sur l'orientation à l'issue de la scolarité obligatoire ou des filières de transition cible le moment charnière où les jeunes doivent envisager leur futur professionnel. Les projets des 10 600 jeunes interrogés dépendent en grande partie de leur formation actuelle mais également de leurs résultats, de leur sexe ou de leur maîtrise du français. Les études gymnasiales sont privilégiées par un nombre croissant d'élèves. Parallèlement, l'apparition progressive des filières de transition et des passerelles entraîne un report dans le temps de l'entrée dans la formation professionnelle.

A la fin de l'année scolaire 2014-2015, Statistique Vaud et l'Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP) ont conduit une enquête auprès des jeunes de l'enseignement public terminant l'école obligatoire, une filière de transition ou une mesure d'enseignement spécialisé, afin de connaître leurs choix de formation future.

PROJETS DE FORMATION EN ÉVOLUTION

A la sortie de l'école obligatoire, l'attrait pour la voie des études est grandissant et un nombre toujours plus élevé d'élèves se dirigent vers le gymnase. On assiste également à un report de l'entrée en formation professionnelle. Les jeunes commencent moins souvent un apprentissage directement après l'école obligatoire; en effet, afin de perfectionner leurs connaissances, certains effectuent une mesure de transition.
Au sortir de l'année de raccordement qui permet d'obtenir le certificat d'une voie plus exigeante de l'école obligatoire, les jeunes s'orientent de la même manière que les élèves ayant suivi régulièrement les voies secondaires correspondantes. Ainsi, après un raccordement I qui mène à la voie intermédiaire, l'apprentissage et le gymnase sont privilégiés; les élèves qui suivent un raccordement II leur permettant d'obtenir le certificat de la voie la plus exigeante se dirigent, eux, presque unanimement vers le gymnase.

APRÈS LA TRANSITION, UNE FORMATION PROFESSIONNELLE

Les mesures de transition offrent la possibilité aux jeunes qui sont parvenus au terme de leur scolarité obligatoire de parfaire leurs compétences scolaires ou personnelles lorsqu'ils n'ont pas trouvé de place d'apprentissage. Les filières de transition permettent ainsi à près de la moitié des jeunes concernés (53 %) de s'insérer dans une formation professionnelle.
Dans l'enseignement spécialisé, neuf jeunes sur dix continuent dans une structure d'enseignement spécialisé, par exemple dans un atelier protégé ou dans un centre de formation financé par l'assurance-invalidité.

2 10 600 jeunes à l'heure du choix
4 Orientation à l'issue de la scolarité obligatoire
9 Orientation à l'issue des classes de raccordement
10 Orientation à l'issue des filières de transition
13 Orientation à l'issue de l'enseignement spécialisé
14 Définitions
15 Aperçu des filières de formation
16 En bref

© Statistique Vaud
Rue de la Paix 6 - 1014 Lausanne
T +41 21 316 29 99
info.stat@vd.ch

Abonnement : CHF 49.–

Rédacteur responsable : Gilles Imhof

Responsable d'édition : Marie-Françoise Goy

Rédaction : Hugo Mabillard

Mise en page : Statistique Vaud

Imprimé en Suisse

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

STATISTIQUE VAUD
Département des finances et des relations extérieures

10 600 JEUNES À L'HEURE DU CHOIX

L'enquête sur les orientations recense les projets de formation de 10 600 jeunes [T1]. Trois quarts d'entre eux terminent leur école obligatoire dans une des trois voies du degré secondaire I (VSO, VSG et VSB) ou dans une classe d'accueil et de développement. Quelque 6 % se trouvent dans une classe de raccordement, 16 % suivent une filière de transition (préapprentissage, OPTI, SeMo) et les 3 % restant un enseignement spécialisé [F2].

FILLES ET GARÇONS SUIVENT DES FILIÈRES DIFFÉRENTES

La population de l'enquête est constituée à parts égales de filles et de garçons, une parité qui ne se retrouve pas dans toutes les filières de formation. Bien que filles et garçons soient présents en nombre égal à l'issue de l'école obligatoire, les filles sont plus nombreuses dans les voies plus exigeantes. Dans les autres filières, la part de filles varie de 35 % en enseignement spécialisé à 62 % en classe de raccordement. Les filières de transition accueillent 46 % de filles ; à l'intérieur de celles-ci, les différences sont également notables puisqu'elles ne représentent que 35 % des effectifs en préapprentissage alors qu'elles constituent 52 % de l'effectif de l'OPTI [F1].

UN JEUNE SUR TROIS EST ÉTRANGER…

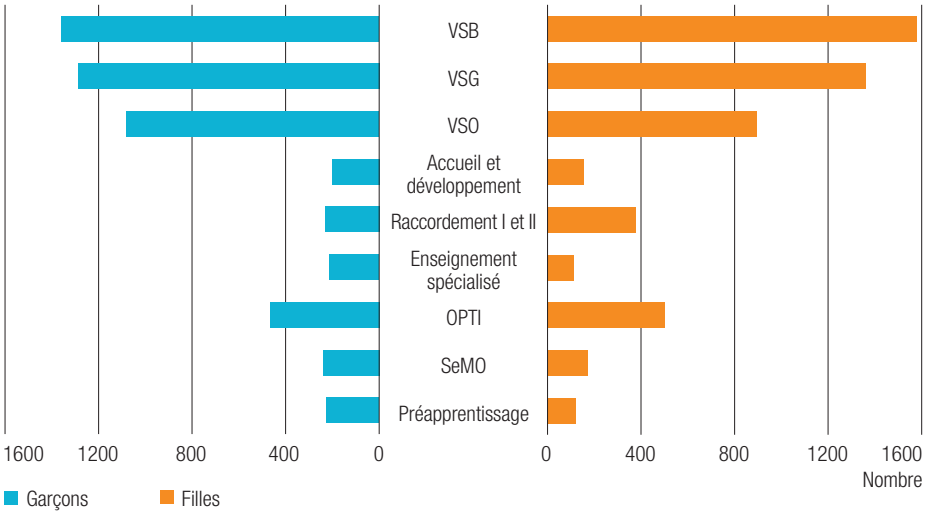
Un tiers des jeunes de l'enquête sont d'origine étrangère. Cette proportion augmente faiblement d'une enquête à l'autre (+1,8 point de pourcent par rapport à 2010).

Au sein des diverses filières, la part d'étrangers varie fortement. De 28 % en fin d'école obligatoire et 33 % en classe de raccordement, à 44 % et 45 % au SeMo (semestre de motivation) et en préapprentissage. L'OPTI, notamment en raison de son secteur accueil, compte 60 % de jeunes d'origine étrangère (54 % sans l'accueil). Enfin, quatre jeunes sur dix qui terminent leur scolarité dans l'enseignement spécialisé sont d'origine étrangère.

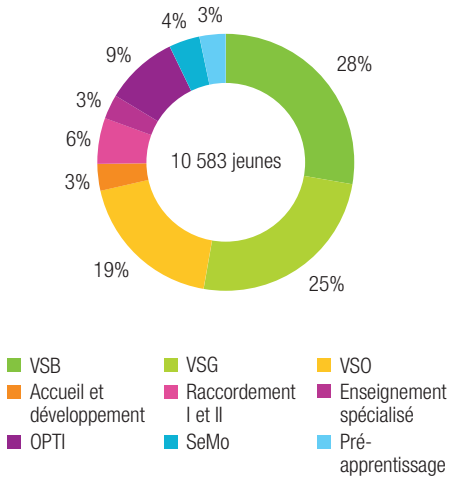
…MAIS EFFECTUE LA MAJEURE PARTIE DE SA SCOLARITÉ EN FRANÇAIS

La maîtrise du français est nécessaire pour obtenir de bons résultats et s'assurer ainsi un champ de formation futur le plus large possible. Presque neuf jeunes de l'enquête sur dix (86 %) ont réalisé la totalité de leur scolarité en langue française.

[F1] JEUNES DE L'ENQUÊTE SELON LE SEXE, VAUD, 2015



[F2] JEUNES DE L'ENQUÊTE SELON LA FILIÈRE, VAUD, 2015



[T1] JEUNES DE L'ENQUÊTE SELON LA FILIÈRE, CHIFFRES CLÉS, VAUD, 2015

	Effectif	En %	Filles en %	Etrangers en %	Age légal moyen [1]	Toute la scolarité en français en %	Redoublement en %	Certification en %	Nombre moyen de stages
Fin de scolarité obligatoire	**7 917**	**74,8**	**50,4**	**27,9**	**15,9**	**89,5**	**25,9**	**89,4**	**2,1**
VSB	2 936	27,7	53,7	16,0	15,7	94,7	11,6	96,0	0,5
VSG	2 648	25,0	51,4	23,8	15,9	93,1	27,4	92,2	2,7
VSO	1 976	18,7	45,3	42,2	16,2	85,0	43,5	90,2	3,5
Accueil et développement	357	3,4	43,7	77,3	16,2	44,3	…	…	2,3
Raccordement I et II	**611**	**5,8**	**62,0**	**33,7**	**16,9**	**88,5**	**21,9**	**99,2**	**2,9**
Enseignement spécialisé	**325**	**3,1**	**34,8**	**39,7**	**16,9**	**85,5**	**…**	**…**	**1,3**
Transition	**1 730**	**16,3**	**46,1**	**53,3** [2]	**17,7**	**71,8**	**28,0**	**75,1**	**4,2**
OPTI	970	9,2	51,9	60,0 [2]	17,5	67,7	27,7	74,7	4,2
SeMo [3]	411	3,9	41,6	44,3	17,9	78,3	33,3	80,0	5,1
Préapprentissage	349	3,3	35,2	45,3	18,0	75,4	22,3	70,2	3,0
Total	**10 583**	**100,0**	**49,9**	**32,8**	**16,3**	**86,4**	**25,2**	**85,1**	**2,4**

[1] *L'âge des élèves est calculé au 31 juillet 2015.*
[2] *Si on ne prend pas en compte les jeunes des classes d'accueil de l'OPTI, le pourcentage d'étrangers est de 49,4 % pour l'ensemble des filières de transition et de 53,7 % à l'OPTI.*
[3] *Uniquement les jeunes présents aux mois de mai et juin, soit environ deux tiers des jeunes ayant bénéficié d'une mesure au cours de l'année.*

La proportion des élèves ayant effectué la totalité de leur scolarité en français est plus élevée pour les jeunes qui terminent l'école obligatoire (89 %). Dans les filières de transition, cette part est de trois quarts, en ne tenant pas compte du secteur accueil de l'OPTI qui s'occupe de jeunes récemment arrivés dans le canton et ne parlant pas français. Cette différence marquée entre scolarité obligatoire et filières de transition s'explique par les objectifs différents de ces dernières : en plus d'une aide pour l'élaboration d'un projet professionnel, elles offrent des cours de rattrapage, y compris en langue française.

Parmi les jeunes d'origine étrangère, 19 % n'ont suivi qu'une faible partie de leur scolarité en langue française (trois ans ou moins). Cette proportion descend à 16 % si l'on ne compte pas les jeunes de l'OPTI-accueil.

SEPT JEUNES SUR DIX EFFECTUENT DES STAGES

Afin de définir au mieux leurs projets, les jeunes ont la possibilité d'effectuer des stages en entreprise. Ceux-ci leur permettent de confronter les idées qu'ils se font d'une profession avec la réalité du terrain, et peuvent faciliter l'accès à une formation. De plus, dans certaines filières, le stage fait partie intégrante du cursus ou constitue un prérequis ; il est dès lors passablement répandu.

Au total, sept jeunes sur dix ont effectué au moins un stage. La moitié des jeunes ont effectué de deux à huit stages durant leur scolarité ou au cours de la mesure de transition [F3].

La pratique du stage est généralisée dans les filières de transition : elle concerne plus de neuf jeunes sur dix du SeMo (92 % ; 5,1 stages en moyenne) et de l'OPTI (97 % ; 4,2 stages). Les ratios sont similaires pour les élèves de VSO (97 %), de VSG (92 %) et des classes de raccordement I (96 %). Toutefois, le nombre moyen de stages effectués est plus faible pour ces jeunes (respectivement 3,5, 2,7 et 3,7). Les filières de transition, destinées à établir un projet de formation concret, entraînent un recours plus large au stage. Les élèves de VSB et des classes de raccordement II – deux filières qui débouchent principalement sur la poursuite des études au gymnase – sont moins familiers avec la pratique du stage (respectivement 27 % et 57 %).

Le nombre de stages effectués est lié au projet de formation des jeunes. Ceux qui s'orientent vers une poursuite des études au gymnase n'ont réalisé en moyenne qu'un seul stage, contre 4,3 pour les futurs apprentis.

Par rapport à 2010, tant la proportion de jeunes à avoir réalisé au moins un stage que le nombre moyen de stages sont stables ou en léger recul.

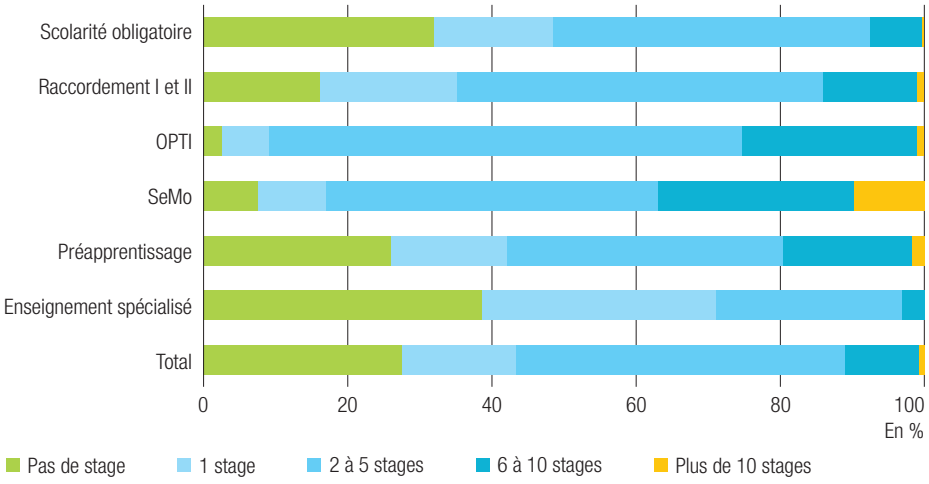
PARCOURS LINÉAIRE POUR DEUX TIERS DES JEUNES

La scolarité pouvant être jalonnée de difficultés diverses, chaque élève suit un parcours qui lui est propre. Neuf jeunes sur dix obtiennent leur certificat, délivré à la fin de la scolarité obligatoire.

Les parcours scolaires marqués par le redoublement concernent un quart des jeunes de l'enquête, contre 29 % il y a cinq ans. Les taux de redoublement des élèves terminant leur scolarité en VSO (44 %) ou en classe d'accueil et de développement (34 %) sont plus élevés que ceux des élèves de VSG (27 %) et de VSB (12 %).

Redoublement et obtention du certificat sont liés : 91 % des jeunes qui n'ont pas redoublé une seule année ont obtenu leur certificat de fin de scolarité obligatoire, contre 90 % des jeunes ayant redoublé une fois et 83 % de ceux ayant redoublé deux années.

[F3] JEUNES DE L'ENQUÊTE SELON LE NOMBRE DE STAGES EFFECTUÉS, VAUD, 2015



Une enquête vieille de 40 ans

L'enquête sur l'orientation des élèves (enquête « Orientation 2015 ») analyse les formations envisagées par les élèves au terme de leur scolarité obligatoire – en école publique – ainsi qu'à l'issue des filières de raccordement, de transition et d'enseignement spécialisé.

L'enquête a eu lieu pour la première fois en 1978, puis à intervalles réguliers (trois ans, puis cinq ans dès le début des années 2000). L'enquête 2015 analyse les orientations de la dernière volée d'élèves ayant suivi l'ancien système scolaire, dit EVM (école vaudoise en mutation).

Les conseillers en orientation ont récolté des informations auprès de 10 583 élèves de l'école obligatoire, des classes de raccordement, des jeunes engagés dans une filière de transition - préapprentissage, semestre de motivation (SeMo) ou OPTI - ou dans une mesure d'enseignement spécialisé.

ORIENTATION À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE

Les jeunes terminant leur école obligatoire en juin 2015 sont les derniers soumis à l'ancien système scolaire EVM. Il s'agit de la dernière volée d'élèves répartie en trois voies différentes, correspondant à des niveaux d'exigences distincts: la voie secondaire à options (VSO) accompagne les élèves vers la formation professionnelle; la voie secondaire générale (VSG) ouvre également – sous conditions – l'accès à l'école de culture générale et à l'école de commerce; enfin, la voie secondaire de baccalauréat (VSB) permet aux élèves de rejoindre notamment l'école de maturité.
Parmi les 7900 élèves concernés, un quart ont suivi la voie secondaire à options, un tiers la voie secondaire générale et 37 % la voie secondaire de baccalauréat. Les élèves restants (4,5 %) ont fréquenté le programme d'une classe d'accueil ou de développement [F4].

MOINS DE JEUNES QUITTENT L'ÉCOLE PRÉMATURÉMENT

L'âge de fin de scolarité obligatoire est fixé à 15 ans révolus au 31 juillet. Dès lors, il est possible que des élèves de 9e ou 10e année soient en âge de quitter l'école obligatoire. En 2015, 48 élèves ont interrompu leur scolarité prématurément, un effectif qui diminue fortement par rapport à 2010, où 165 élèves étaient concernés. Suite à l'entrée en vigueur de la Loi sur l'enseignement obligatoire (LEO) en 2013, une attention toute particulière est portée à ce genre de situations. L'objectif est de ne pas libérer des élèves n'ayant pas achevé leur cursus scolaire, tout en les accompagnant jusqu'à l'obtention du certificat.

ZOOM SUR LES OPTIONS EN VSB

Les élèves de VSB choisissent une option spécifique qui donne une coloration individuelle à leur scolarité. Deux élèves sur cinq suivent l'option spécifique *mathématiques et physique*; il s'agit de l'unique option dans laquelle les garçons sont majoritaires, à 64 %. Viennent ensuite, par ordre décroissant, les options *économie et droit* (24 % de l'effectif de VSB), *italien* (20 %) et *latin* (14 %).

FILLES MAJORITAIRES DANS LES VOIES PLUS EXIGEANTES

A la fin de l'école obligatoire, les effectifs de filles et de garçons sont à parité. Toutefois, les filles sont plus nombreuses dans les voies les plus exigeantes (54 % en VSB et 51 % en VSG) et moins nombreuses dans les classes d'accueil et de développement (44 %) et en VSO (45 %). Parmi les élèves mettant un terme à leur scolarité avant la fin du cursus, deux tiers sont des garçons.
En fin de scolarité obligatoire, 28 % des jeunes sont d'origine étrangère: 42 % en VSO, 24 % en VSG et 16 % en VSB. La moitié des élèves sortant du système scolaire prématurément sont d'origine étrangère.

LES PROJETS ÉVOLUENT

L'enquête sur l'orientation des jeunes à la fin de la scolarité obligatoire en est à sa 11e édition. Depuis 1978, les orientations envisagées par les jeunes ont passablement évolué. Jusqu'en 1987, au terme de l'école obligatoire, la moitié des élèves (52 %) enchaînaient directement par une formation professionnelle. Cette proportion s'est réduite de manière significative, passant de 45 % en 1991 à 37 % en 2000 et à 20 % en 2015 [F5]. A l'inverse, le gymnase (école de culture générale et de commerce, école de maturité) attire davantage d'élèves: 44 % en 2015, contre 27 % en 1978.

ATTRAIT DES ÉTUDES

Le gymnase séduit toujours plus les élèves vaudois. Cependant, il ne faut pas oublier que la formation gymnasiale est moins cloisonnée que par le passé. Parmi les 3330 élèves qui s'orientent vers le gymnase, 897 (27 %) rejoindront l'école de culture générale ou l'école de commerce. Dans les formations proposées, deux options sont au croisement de la formation générale et de la formation professionnelle. L'école de commerce propose une double qualification. Après trois ans d'études et une année supplémentaire de stage en entreprise, l'élève obtient un certificat fédéral de capacité (CFC) et une maturité professionnelle. Sous les mêmes conditions, les élèves suivant l'option socio-éducative de l'école de culture générale peuvent également obtenir la double qualification CFC et maturité professionnelle, en plus du certificat de culture générale.

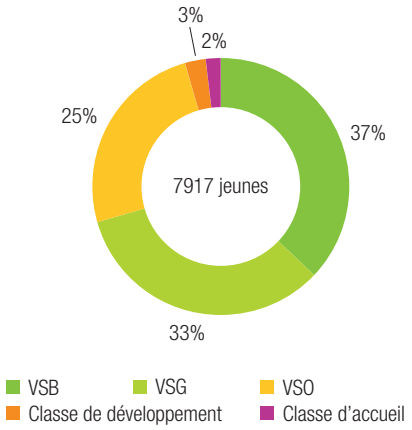
REPORT DES FORMATIONS PROFESSIONNELLES...

La hausse des jeunes s'orientant vers le gymnase ne suffit pas à expliquer la diminution des formations professionnelles entreprises à la fin de la scolarité obligatoire.
On assiste en effet à un report dans le temps des formations professionnelles. Les jeunes n'entament pas forcément leur apprentissage directement à la fin de la scolarité obligatoire car des passerelles ou des mesures de transition s'intercalent dans leur parcours.

...SUITE AU PASSAGE PAR DES FILIÈRES DE TRANSITION

Apparues au début des années nonante, les filières de transition ont progressivement élargi leur offre, au fur et à mesure que la demande grandissait. Ainsi, la possibilité d'établir un projet de formation en adéquation avec ses désirs et capacités ou de bénéficier de cours de rattrapage et d'augmenter ainsi ses chances de décrocher une place d'apprentissage a fait croître en parallèle la demande pour les filières de transition.
Un jeune sur cinq se tourne vers les filières de transition à la fin de la scolarité obligatoire, contre un sur vingt en 1991. Cependant, celles-ci ont passablement évolué depuis lors, tant du point de vue du contenu que de leur nombre.
Les classes de raccordement ont également pris de l'importance: elles sont à présent envisagées par plus de 7 % des élèves, contre 1 % en 1991. Les solutions d'attente, c'est-à-dire un maintien en scolarité obligatoire (redoublement), des cours préparatoires en école privée ou des stages de

[F4] JEUNES À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE SELON LA FILIÈRE, VAUD, 2015



longue durée, ont diminué entre 1978 et 1991 et sont stables depuis 1994, avec environ 9 % des jeunes.

FORMATION CERTIFIANTE JUGÉE NÉCESSAIRE

Le même constat est posé pour les formations privées sans certification officielle (certificat cantonal de capacité, école professionnelle privée non reconnue) et l'emploi sans formation : elles ne sont plus que de 1 % depuis 2005, contre 8 % en 1978. La disparition progressive des filières non reconnues ainsi qu'une concurrence accrue sur le marché du travail impliquent que les jeunes envisagent difficilement de se lancer dans la vie active sans avoir reçu une formation complète et reconnue.

À CHAQUE VOIE SA SOLUTION

Les orientations envisagées par les élèves terminant leur école obligatoire diffèrent d'une voie à l'autre. Plus la voie secondaire est exigeante, moins les mesures de transition s'avèrent nécessaires. Les élèves de VSB ont naturellement davantage d'options devant eux, et peuvent donc suivre plus facilement leurs envies.

Ainsi, trois quarts des élèves des classes d'accueil et développement envisagent de poursuivre leur scolarité ou de rejoindre une filière de transition. Seuls 5 % se dirigent directement vers une formation professionnelle certifiante. Cela contraste avec les élèves de VSO dont 24 % s'orientent vers un apprentissage, 43 % vers les filières de transition et un sur cinq vers le raccordement. Les élèves de VSG privilégient les formations professionnelles (31 %) et le gymnase (29 %). Quant aux élèves de VSB, 87 % poursuivront leur formation au gymnase. Une faible proportion (7 %) commencera un apprentissage [F6].

LE CERTIF' COMME OBJECTIF

En 2015, les élèves de 11e année sont 94 % à avoir obtenu leur certificat de fin de scolarité obligatoire. La réussite ou non de la scolarité influence en partie les opportunités qui se présentent à eux.

Toutes voies d'étude confondues, plus de la moitié (52 %) des élèves qui n'ont pas obtenu leur certificat envisagent un redoublement et 28 % s'orientent vers une filière de transition. A l'inverse, les élèves qui ont décroché leur certificat se dirigent principalement vers le gymnase (47 %) ou une formation professionnelle certifiante (21 %).

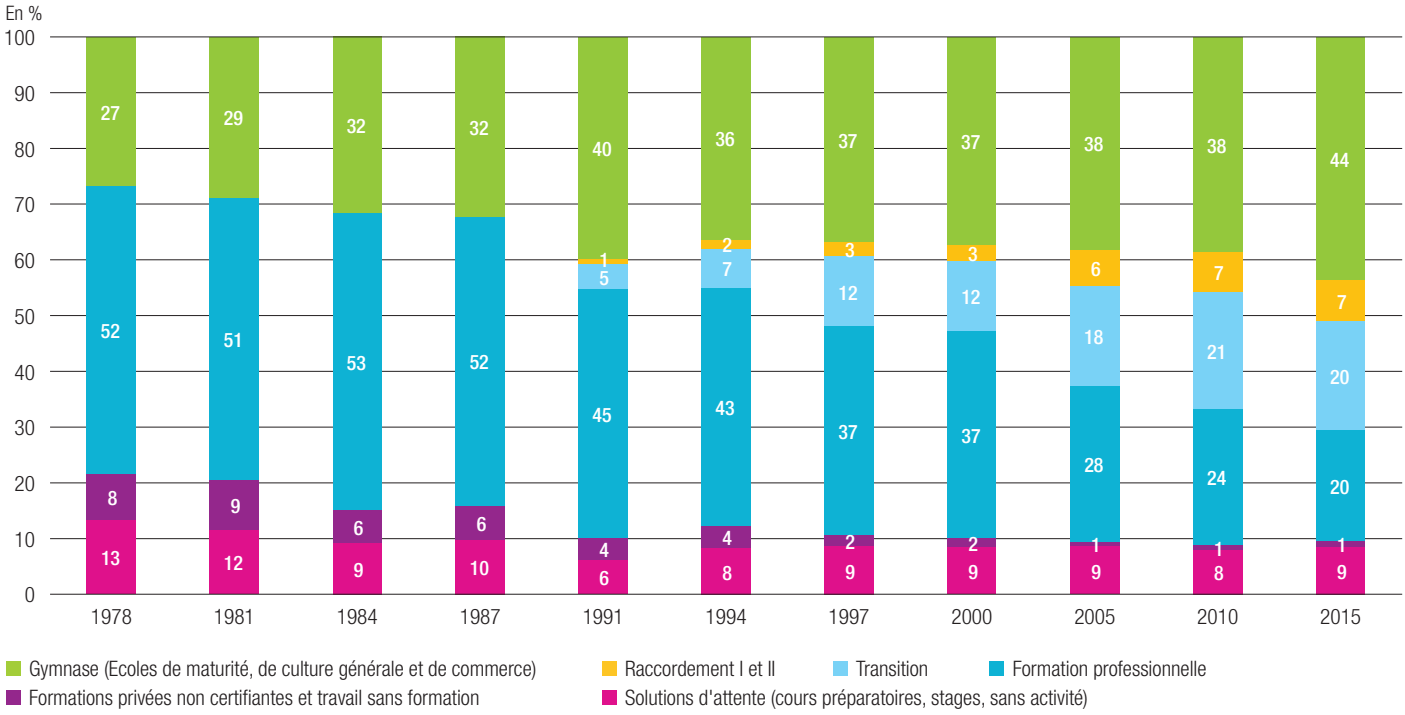
En cas de non obtention du certificat, le comportement des élèves diffère passablement selon les voies. Un tiers des élèves de VSO qui se trouvent dans cette situation redoublent leur 11e année afin d'obtenir leur certificat. Cette proportion passe à 55 % pour les élèves de VSG, et même à 80 % pour leurs camarades de VSB [F7].

Parmi les élèves de VSO, que le certificat soit obtenu ou non au terme de la 11e année, quatre jeunes sur dix privilégient une filière de transition (respectivement 43 % et 46 %). S'ils ne suivent pas une filière de transition, les élèves qui ont décroché le certificat s'orientent vers la formation professionnelle (25 %) et le raccordement I (22 %). Leurs camarades qui ont échoué leur 11e année se dirigent vers un redoublement (33 %) ou l'apprentissage (11 %).

Les élèves de VSG qui ont obtenu leur certificat s'orientent principalement vers l'apprentissage (33 %) et le gymnase (31 %) ou vers une filière de transition (16 %). Ces orientations contrastent avec celles des élèves qui n'ont pas réussi le certificat. En effet, plus de la moitié d'entre eux (55 %) redoublent la 11e année, 26 % privilégient une filière de transition et 9 % une formation professionnelle.

Neuf élèves sur dix des VSB ayant réussi leur 11e année se dirigent vers le gymnase

[F5] JEUNES[1] À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE SELON LA SOLUTION ENVISAGÉE, VAUD



[1] *Afin de pouvoir comparer les projets des jeunes en fin de scolarité obligatoire de manière cohérente depuis 1978 sans rupture de série, nous avons fait abstraction, uniquement dans ce graphique, de 258 élèves de 11e année qui redoublent suite à un échec (211 élèves en 2010). La série est dès lors homogène. Cependant, dans la suite de la publication, les élèves exclus ici font partie de la population analysée.*

et 7 % vers une formation professionnelle. En cas d'échec, huit élèves sur dix redoublent, 14 % s'orientent vers une filière du gymnase et 3 % vers un apprentissage.

DES STAGES POUR MIEUX S'ORIENTER

A la fin de l'école obligatoire, les élèves ont effectué en moyenne 2,1 stages. Ceux-ci permettent aux jeunes d'affiner leur projet de formation, qu'elle soit générale ou professionnelle. Le nombre de stages qu'un élève effectue dépend non seulement de la voie d'étude qu'il fréquente, mais également de son projet de formation. Ainsi, les futurs apprentis réalisent plus de stages durant leur scolarité, cela quelle que soit leur voie d'étude : 4,9 en moyenne pour les élèves des classes d'accueil et de développement, 4,8 pour ceux de VSO, 3,9 en VSG et 2,7 en VSB.

A l'inverse, les élèves qui poursuivent leur scolarité ou leurs études effectuent très peu de stages. Les élèves de VSB qui s'orientent principalement vers l'école de maturité ont effectué en moyenne 0,3 stage. Les élèves des classes de développement envisageant un complément scolaire, par exemple passage dans une classe de VSO, ont effectué 0,8 stage en moyenne.

Toutes filières confondues, les jeunes qui se retrouvent sans solution ont réalisé en moyenne 2,1 stages [F8].

LES JEUNES SANS SOLUTION MOINS NOMBREUX

A la fin du mois de septembre 2015, 94 élèves (1,2 %) n'ont pas trouvé de solution et se déclarent sans activité pour l'année à venir. Parmi ces jeunes, une dizaine retournent à l'étranger sans avoir de projet établi.

Le nombre de jeunes sans solution est en diminution par rapport aux enquêtes précédentes. En 2005, on recensait 154 élèves (2,1 %) sans projet connu, puis 110 (1,4 %) cinq ans plus tard. Le profil de l'élève sans solution n'a pas évolué, bien qu'il soit légèrement moins âgé (16,1 ans en moyenne contre 16,7 en 2010). Il provient principalement de VSG (52 %) ou de VSO (40 %).

UN JEUNE SUR CINQ EN APPRENTISSAGE AU SORTIR DE LA 11e ANNÉE

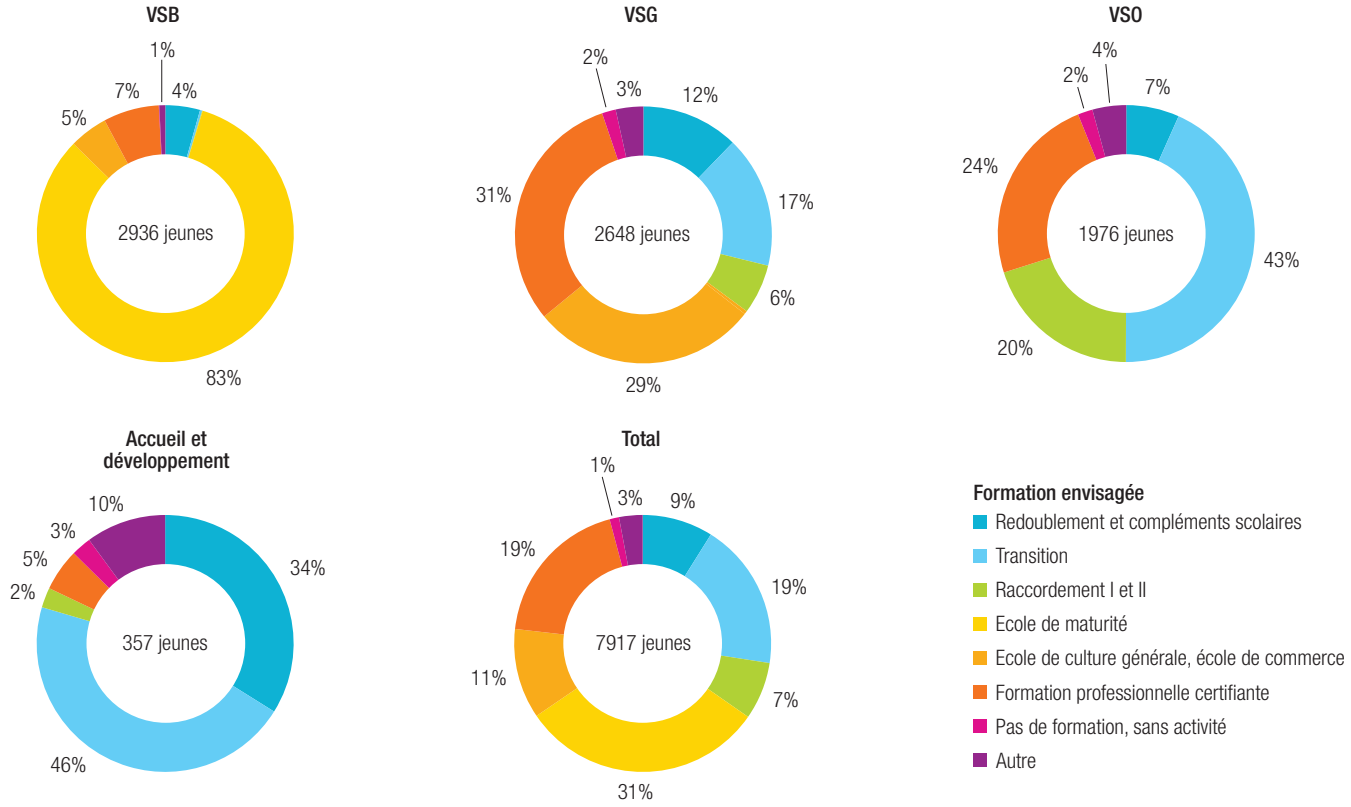
A l'issue de la scolarité obligatoire, 19 % des élèves entament directement un apprentissage. Parmi ces 1510 élèves, une grande majorité privilégie l'apprentissage en mode dual, soit une formation en entreprise complétée par des cours théoriques un à deux jours par semaine. La formation professionnelle attire avant tout les garçons (deux tiers de cette population).

Dans le canton de Vaud, les jeunes peuvent se former dans un peu plus de 220 métiers différents. Malgré tout, décrocher une place d'apprentissage peut se révéler un véritable parcours du combattant, le nombre de places offertes étant limité. Selon les domaines professionnels, la demande peut dépasser l'offre, engendrant une forte concurrence entre candidats. Un certain nombre de jeunes ne trouvent pas de place d'apprentissage dans le domaine souhaité et se forment finalement dans une profession différente, voire s'orientent vers une filière différente.

LES MÉTIERS DISPONIBLES NE SONT PAS FORCÉMENT LES PLUS POPULAIRES

Il ressort d'une analyse de la Bourse vaudoise des places d'apprentissage (BPA), couvrant environ 80 % des places d'apprentissage disponibles, que les professions offrant le plus grand nombre de places d'apprentissage sont : *employé de commerce*, *gestionnaire du commerce de*

[F6] JEUNES À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE SELON LA FORMATION ENVISAGÉE, VAUD, 2015



détail et *cuisinier*. Si l'on met en relation les annonces consultées sur la BPA et le nombre de places d'apprentissage annoncées, les métiers de *dessinateur*, d'*assistant dentaire* et d'*informaticien* sont les plus recherchés par les futurs apprentis.

CONCENTRATION SUR QUELQUES PROFESSIONS…

Tout comme en 2005 et 2010, les formations d'*employé de commerce* et de *gestionnaire du commerce de détail* réunissent le plus grand nombre de candidats, respectivement 19 % et 5 % des élèves qui entament un apprentissage à l'issue de la scolarité obligatoire [T2]. Ce résultat n'est pas étonnant, dans la mesure où ces deux professions regroupent environ un tiers des places annoncées dans la BPA.

En hausse de 3,4 points par rapport à 2010, les apprentis *employés de commerce* se répartissent en deux niveaux d'exigences : 252 élèves ont choisi la formation élargie (type E) contre 30 pour la formation de base (type B). La formation de *gestionnaire du commerce de détail* comprend deux domaines : le conseil à la clientèle (68 élèves) et la gestion des marchandises (7 élèves).

La formation d'*informaticien* arrive en troisième position, malgré un nombre de places d'apprentissage annoncées relativement faible, ce qui confirme l'attrait de cette profession auprès des élèves arrivant au terme de leur scolarité.

Les dix professions privilégiées par les élèves réunissent la moitié des futurs apprentis. En 2010, douze professions étaient nécessaires pour atteindre ce ratio.

… MALGRÉ LA PROGRESSION DE CERTAINES FORMATIONS

L'orientation dans une formation dépend de plusieurs facteurs, dont le nombre de places d'apprentissage disponibles. Par rapport à 2010, la liste des six métiers qui attirent le plus grand nombre de jeunes n'a pas changé ; seul l'ordre est différent. Derrière ces professions bien établies, certaines professions progressent et attirent un plus grand nombre de jeunes. Cela peut être lié à l'apparition de nouvelles technologies mais l'intérêt des jeunes peut aussi augmenter grâce à une meilleure connaissance ou une meilleure visibilité de certains métiers. Leur perception auprès du public et notamment des jeunes peut dès lors se modifier. De plus, le nombre de places d'apprentissage disponibles dans certains domaines varie parfois au gré des besoins de l'économie ou à la suite de changements réglementaires.

Ainsi, les professions d'*assistant en soins et santé communautaire*, de *polymécanicien* ou de *médiamaticien* voient leur importance augmenter, avec respectivement 2,9 % (+1,2 point par rapport à 2010), 2,8 % (+0,4 point) et 1,8 % (+0,3 point) des élèves. A l'inverse, moins de jeunes commencent une formation de *menuisier-ébéniste* (3,0 % ; -1,0 point) et d'*installateur électricien* (2,3 % ; -1,0 point) par rapport à l'enquête 2010.

TOUJOURS PEU DE MIXITÉ DANS LES PROFESSIONS

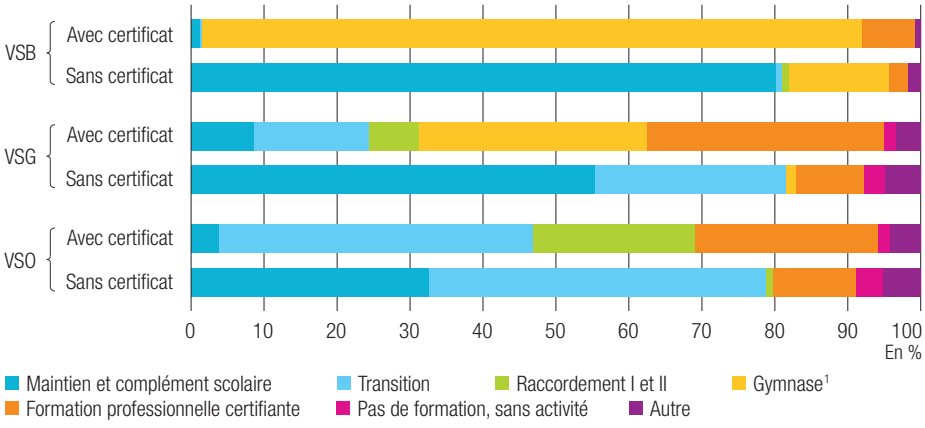
La mixité n'est pas encore une réalité dans les différentes filières de formation. Non seulement les filles ne représentent qu'un tiers des effectifs des futurs apprentis, mais elles se dirigent vers une palette de professions plus restreinte.

Alors que leurs homologues masculins entament un apprentissage dans 94 professions différentes, les filles ont concentré leurs choix sur 54 métiers. Ainsi, plus de la moitié des filles se regroupent dans quatre professions différentes ; il en faut 12 pour réunir la majorité des garçons.

Par ailleurs, certaines professions restent très typées masculines, à l'image des formations d'*informaticien*, d'*installateur-électricien* ou de *charpentier*, métiers vers lesquels aucune fille ne s'oriente.

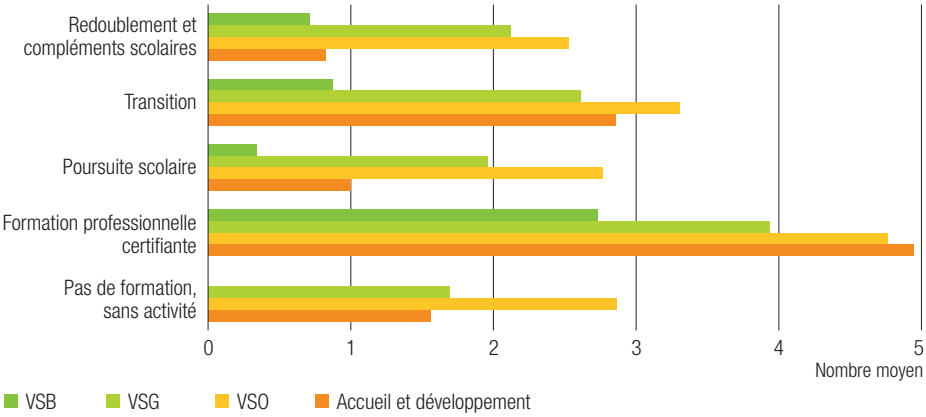
A contrario, les formations d'*assistante en soins et santé communautaire* et d'*assistante en pharmacie* accueillent une très forte majorité de filles, plus de 90 %. Les professions d'*employé de commerce* et de *gestionnaire du commerce de détail* sont quasiment mixtes, avec un léger avantage aux filles (respectivement 61 % et 56 % des effectifs). Par ailleurs, ces deux formations sont celles qui attirent le plus d'élèves, la profession d'*employé de commerce* dominant largement avec 282 élèves [T2].

[F7] JEUNES À L'ISSUE DE LA 11e ANNÉE, SELON L'OBTENTION OU NON DU CERTIFICAT ET LA FORMATION ENVISAGÉE, VAUD, 2015



[1] *Ecole de maturité ou école de culture générale, école de commerce.*

[F8] STAGES EFFECTUÉS À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE SELON LA FORMATION ENVISAGÉE, VAUD, 2015



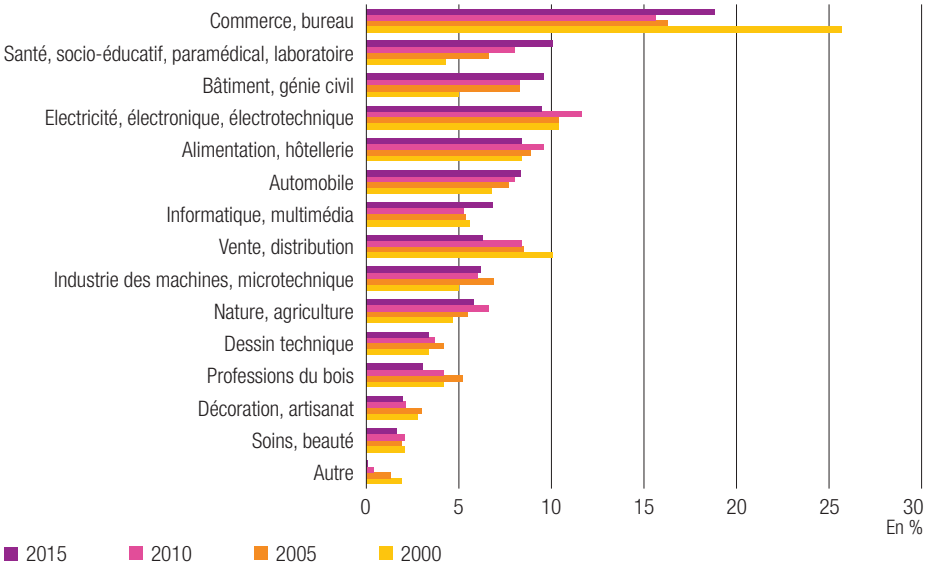
LES MÉTIERS DE LA SANTÉ ET DU BÂTIMENT ATTIRENT DAVANTAGE

Après une phase de recul entre 2000 et 2010, la proportion d'élèves qui se tournent vers les métiers du *Commerce, bureau* augmente. Les professions du groupe *Electricité, électronique et électrotechnique* sont en recul au cours des cinq dernières années (9,5 % contre 11,6 % en 2010). A l'inverse, les professions des domaines *Santé, socio-éducatif, paramédical, laboratoire* et *Bâtiment, génie civil* ont connu les plus fortes progressions (+2,1 et +1,3 points) [F9].

BÂTIMENT POUR LES VSO, COMMERCE POUR LES VSG ET VSB

La filière de l'élève influence ses perspectives de formation. Les élèves qui entreprennent une formation professionnelle certifiante proviennent essentiellement de VSG (54 %), puis de VSO (31 %), de VSB (14 %) et des classes d'accueil et de développement (1 %). Un élève sur quatre des classes d'accueil et de développement (26 %) et un élève sur cinq de VSO (20 %) s'orientent vers les professions du *Bâtiment, génie civil*. Suivent à égalité le domaine de l'*Alimentation, hôtellerie* et celui de l'*Automobile* : ils sont envisagés par 16 % des élèves d'accueil et développement et 13 % de ceux de VSO. Les élèves de VSG et de VSB s'orientent vers des domaines de formation professionnelle similaires : principalement *Commerce, bureau* (24 % et 31 %), *Electricité, électronique* (9 % et 13 %) et *Informatique, multimédia* (9 % et 12 %), auxquels s'ajoutent *Santé, socio-éducatif, paramédical, laboratoire* pour les VSG (14 %).

[F9] JEUNES À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE SELON LE DOMAINE DE FORMATION PROFESSIONNELLE CERTIFIANTE, VAUD, 2015



[T2] JEUNES EFFECTUANT UNE FORMATION PROFESSIONNELLE À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE SELON LA PROFESSION ENVISAGÉE, VAUD, 2015

Profession détaillée [1]		Effectif					En %					2010
		Total	VSB	VSG	VSO	Accueil et développement	**Total**	**Total cumulé**	Filles	Etrangers	**Total en %**	Rang
1	Employé de commerce	**282**	63	198	21	-	**18,7**	**18,7**	60,6	19,9	**15,3**	1
	Formation élargie	*252*	*62*	*186*	*4*	-	*16,7*	…	*61,1*	*18,7*	…	…
	Formation de base	*30*	*1*	*12*	*17*	-	*2,0*	…	*56,7*	*30,0*	…	…
2	Gestionnaire du commerce de détail	**75**	1	36	36	2	**5,0**	**23,7**	56,0	34,7	**7,0**	2
	Domaine : conseil à la clientèle	*68*	*-*	*34*	*32*	*2*	*4,5*	…	*57,4*	*35,3*	…	…
	Domaine : gestion des marchandises	*7*	*1*	*2*	*4*	-	*0,5*	…	*42,9*	*28,6*	…	…
3	Informaticien	**69**	20	47	2	-	**4,6**	**28,2**	-	20,3	**3,3**	6
4	Cuisinier	**61**	3	22	33	3	**4,0**	**32,3**	36,1	19,7	**4,1**	3
5	Automaticien	**58**	21	31	6	-	**3,8**	**36,1**	5,2	13,8	**3,8**	5
6	Menuisier	**45**	3	29	12	1	**3,0**	**39,1**	4,4	6,7	**4,0**	4
7	Assistant en soins et santé communautaire	**44**	4	35	5	-	**2,9**	**42,0**	90,9	20,5	**1,7**	17
8	Polymécanicien	**43**	8	26	8	1	**2,8**	**44,9**	4,7	18,6	**2,4**	11
8	Assistant en pharmacie	**43**	-	34	9	-	**2,8**	**47,7**	95,3	39,5	**2,9**	9
10	Mécanicien en maintenance d'automobiles	**42**	3	17	22	-	**2,8**	**50,5**	7,1	33,3	**3,1**	8
11	Boulanger-pâtissier	**35**	2	16	17	-	**2,3**	**52,8**	40,0	14,3	**1,9**	15
11	Dessinateur	**35**	14	18	3	-	**2,3**	**55,1**	17,1	25,7	**2,1**	14
13	Horticulteur	**34**	1	17	16	-	**2,3**	**57,4**	23,5	2,9	**2,4**	10
13	Installateur-électricien	**34**	1	22	11	-	**2,3**	**59,6**	-	26,5	**3,3**	6
15	Charpentier	**27**	3	10	14	-	**1,8**	**61,4**	-	3,7	**1,7**	17
15	Médiamaticien	**27**	4	22	1	-	**1,8**	**63,2**	25,9	7,4	**1,5**	20
	Autre	**555**	55	234	254	12	**36,8**	**100,0**	25,4	19,5	**…**	…
	Total	**1 509**	**206**	**814**	**470**	**19**	**100,0**	**…**	**33,3**	**20,0**	**100,0**	**…**

[1] *Le genre masculin est utilisé afin d'alléger le tableau.*

ORIENTATION À L'ISSUE DES CLASSES DE RACCORDEMENT

A l'issue de la scolarité obligatoire et sous certaines conditions, les élèves peuvent rejoindre les classes de raccordement afin d'accéder au certificat de la voie supérieure. Au terme de l'année de raccordement, les élèves issus de VSO obtiennent le certificat de VSG et les élèves de VSG celui de VSB.
Parmi les 611 jeunes qui achèvent une année de raccordement, 421 (69 %) fréquentent une classe de raccordement de type I avec pour objectif l'obtention du certificat de fin de scolarité obligatoire VSG. Le solde, soit 190 élèves, fréquentent une classe de raccordement de type II, dans le but d'obtenir le certificat de VSB.

EFFECTIFS EN HAUSSE

Les effectifs des classes de raccordement grossissent au fil des années, passant de 450 élèves en 2005 à 610 lors de la dernière enquête. La filière s'est féminisée : les classes de raccordement étaient composées à 53 % de filles en 2005, proportion qui augmente à 56 % en 2010, puis 62 % cinq ans plus tard. La progression est plus marquée pour les classes de raccordement II : les filles représentaient 48 % des effectifs il y a dix ans, contre 63 % de nos jours. De manière générale, les filles s'orientant davantage dans la voie académique que les garçons, il n'est guère surprenant de les retrouver en plus grand nombre dans une filière qui leur ouvrira les portes du gymnase.
Contrairement au sexe, l'origine ne semble pas avoir d'influence sur l'orientation en raccordement. La proportion d'étrangers (34 %) est équivalente à celle des voies secondaires correspondantes. Les élèves d'origine étrangère constituent, en effet, 39 % des effectifs en raccordement I et 24 % en raccordement II, proportions proches de ce que l'on observe en VSO (42 %) et en VSG (24 %).

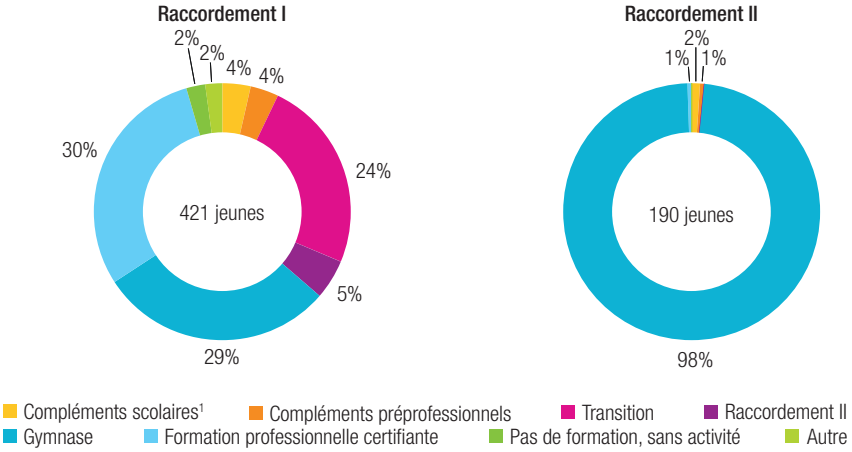
DÉBOUCHÉS DISTINCTS

S'agissant de deux filières distinctes, les orientations envisagées diffèrent entre les élèves de raccordement I et II. Un quart des élèves de raccordement I s'orientent vers une structure de transition (principalement à l'OPTI), 30 % envisagent l'école de culture générale ou l'école de commerce et 30 % un apprentissage. Par rapport à 2005, ces jeunes sont plus nombreux à poursuivre leurs études au gymnase (+4,0 points) au détriment des formations professionnelles (-8,6 points). Comme pour les élèves de la scolarité obligatoire, les filières de transition sont toujours plus demandées (+16 %). Enfin, un élève sur vingt poursuivra avec une année de raccordement II, proportion stable en comparaison des dernières enquêtes.
Les professions privilégiées ne diffèrent pas vraiment de celles des élèves de l'école obligatoire. *Employé de commerce* et *gestionnaire du commerce de détail* attirent le plus grand nombre (respectivement 36 % et 8 % des futurs apprentis), tout comme *assistant en soins et santé communautaire*, des formations à prédominance féminine.
Quant aux élèves de raccordement II, ils s'orientent à 98 % vers l'école de maturité du gymnase [F10].

SOLUTIONS SIMILAIRES ENTRE ÉLÈVES DE RACCORDEMENT ET DE 11e ANNÉE

Les solutions envisagées par les élèves du raccordement correspondent plus ou moins à celles des élèves des voies correspondantes, à l'exception de ceux du raccordement II. Ainsi, ces derniers plébiscitent le gymnase, un ou deux d'entre eux seulement entamant un apprentissage ; comparativement, les élèves de la voie correspondante (VSB) visent moins unanimement le gymnase, puisqu'ils sont 7 % à privilégier une formation professionnelle à l'issue de la 11e année. Cela montre que les élèves qui effectuent un raccordement II ne le font pas par hasard ; poursuivre des études au gymnase est leur objectif.

[F10] JEUNES À L'ISSUE DES CLASSES DE RACCORDEMENT SELON LA FORMATION ENVISAGÉE, VAUD, 2015



[1] *Cours préparatoires en école privée; école ou internat à l'étranger.*

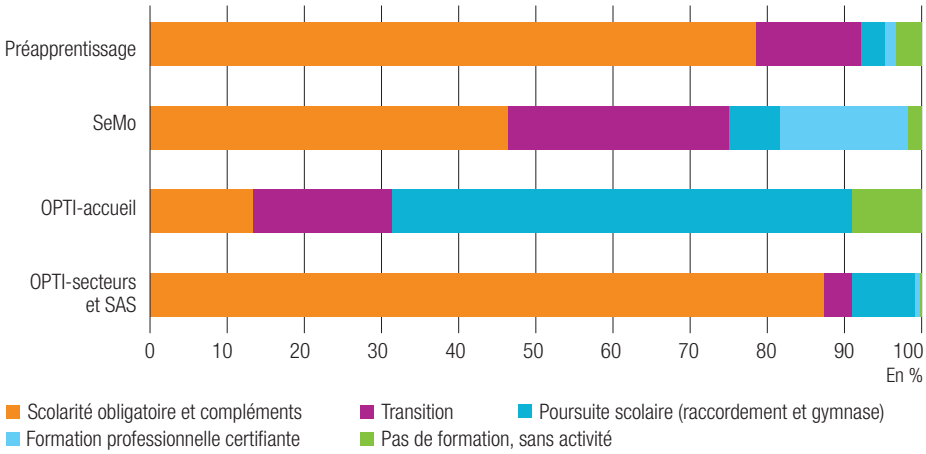
ORIENTATION À L'ISSUE DES FILIÈRES DE TRANSITION

Effectuer une année de transition peut être bénéfique pour bon nombre de jeunes. Rattraper un retard scolaire, découvrir la pratique de certains métiers, établir un projet de formation concret, continuer à se perfectionner en attendant de trouver une place d'apprentissage, autant de raisons qui poussent les jeunes à suivre une mesure de transition. L'enquête recense les projets des jeunes bénéficiant d'une mesure de transition en effectuant un préapprentissage, un semestre de motivation ou une année à l'OPTI, que ce soit dans un des secteurs professionnels et de soutien ou dans le secteur accueil.

TROIS FILIÈRES POSSIBLES

Bien que les objectifs de ces mesures soient similaires, à savoir accompagner les jeunes sans projet de formation dans l'identification d'une solution pour leur avenir professionnel, les moyens mis en œuvre sont différents : le préapprentissage initie le jeune à la pratique professionnelle et offre un rattrapage scolaire ciblé ; les SeMo proposent des ateliers et des cours de rattrapage aux jeunes sortis de l'école obligatoire ; l'OPTI accueille les jeunes en fonction de leur projet au sein de l'un des huit secteurs professionnels ; un neuvième secteur, appui en orientation et soutien scolaire (SAS), offre un suivi aux jeunes qui n'ont pas de projet défini. L'OPTI compte en plus un secteur accueil qui prend en charge des élèves non francophones âgés de 15 à 20 ans récemment arrivés en Suisse.

[F11] JEUNES DES FILIÈRES DE TRANSITION SELON LA PROVENANCE, VAUD, 2015



[T3] JEUNES DES FILIÈRES DE TRANSITION SELON LA PROVENANCE DÉTAILLÉE, VAUD, 2015

Formation précédente	Filière actuelle				
	OPTI-secteurs et SAS	OPTI-accueil	SeMo	Pré-apprentissage	**Total**
Scolarité obligatoire et compléments	727	19	190	267	**1 203**
Transition	30	24	114	46	**214**
OPTI-secteurs et SAS	6	-	78	28	**112**
OPTI-accueil	16	24	4	5	**49**
Autres transitions	8	-	32	13	**53**
Raccordement I et II	53	-	10	1	**64**
Gymnase	-	-	12	9	**21**
Formation post-obligatoire à l'étranger	14	80	4	-	**98**
Formation professionnelle	6	-	69	5	**80**
Enseignement spécialisé	3	-	-	9	**12**
Autre (pas de formation, emploi sans formation)	2	12	12	12	**38**
Total	**835**	**135**	**411**	**349**	**1 730**

PLUS DE LA MOITIÉ DES JEUNES À L'OPTI

Parmi les 1730 jeunes suivant une mesure de transition, plus de la moitié (56 %) sont inscrits à l'OPTI, dont les trois quarts sont engagés dans l'un des huit secteurs professionnels. Le solde se partage à parts égales entre le secteur appui en orientation et soutien scolaire et le secteur accueil destinés aux jeunes non-francophones. Un quart des jeunes (24 %) suivent un semestre de motivation et un jeune sur cinq un préapprentissage dans une école des métiers ou au COFOP.

LA TRANSITION, UN MONDE DE GARÇONS, SAUF À L'OPTI

La population des filières de transition se distingue de celle de la scolarité obligatoire par une proportion plus élevée de garçons (54 %) et d'étrangers (53 %). Sans le secteur accueil de l'OPTI – destiné aux jeunes non francophones récemment arrivés en Suisse – la part d'étrangers est de 49 %.

Ces proportions n'ont que peu varié par rapport à l'enquête précédente. On dénombrait alors 51 % de garçons et 45 % d'étrangers (sans l'OPTI-accueil) dans les filières de transition.

Les filles sont cependant majoritaires à l'OPTI (52 %), tandis que la proportion de garçons est bien plus élevée aux SeMo (58 %). Presque deux préapprentis sur trois (65 %) sont des garçons. Quant aux jeunes d'origine étrangère, ils sont moins nombreux aux SeMo (44 %) et en préapprentissage (45 %) qu'à l'OPTI (60 %, ou 54 % si l'on exclut le secteur accueil).

PROVENANCE DES JEUNES DES FILIÈRES DE TRANSITION

Deux tiers (69 %) des jeunes achevant une mesure de transition sont issus de la scolarité obligatoire, 12 % étaient déjà engagés dans une filière de transition l'année précédente, 4 % effectuaient un apprentissage et la même proportion un raccordement [T3]. Finalement, 2 % des jeunes de la transition étaient préalablement sans activité. Cette part, infime à l'OPTI (sans considérer l'accueil), est de 1,7 % aux SeMo et de 3,2 % chez les préapprentis [F11].

OPTI ET PRÉAPPRENTISSAGE : JUSTE APRÈS L'ÉCOLE OBLIGATOIRE

Près de neuf jeunes sur dix de l'OPTI (sans accueil) proviennent de l'école obligatoire. Un jeune sur dix (8 %) poursuivait ses études en classe de raccordement ou au

gymnase. Les conditions d'accès à l'OPTI sont très strictes et excluent en principe les jeunes ayant déjà bénéficié d'une année facultative supplémentaire au terme de l'école obligatoire. De plus, la limite d'âge est fixée à 18 ans. Leurs camarades de l'OPTI-accueil sont 59 % à arriver tout droit de l'étranger, 18 % à effectuer une nouvelle année à l'OPTI-accueil et 9 % à n'avoir suivi aucune formation l'année précédente.
Les élèves effectuant un préapprentissage proviennent essentiellement de l'école obligatoire (76 %) ou d'une filière de transition (13 %). Dans ce dernier cas, il s'agit principalement de l'OPTI.

LES SEMO APRÈS UNE INTERRUPTION DE FORMATION

Les semestres de motivation (SeMo) interviennent plus tardivement dans le parcours des jeunes que les autres mesures de transition. Moins de la moitié des jeunes présents au SeMo au moment de l'enquête (45 %) ont entamé cette formation directement après l'école obligatoire. Les jeunes se tournent également vers les SeMo suite à une interruption de formation, professionnelle ou générale. En effet, l'année précédente, 16 % effectuaient un apprentissage et 6 % poursuivaient leurs études au gymnase, majoritairement à l'école de culture générale.

FORMATION PROFESSIONNELLE EN LIGNE DE MIRE...

A l'issue de leur année de transition, la moitié (53 %) des jeunes entament une formation professionnelle certifiante, quelle que soit la filière. Un jeune sur cinq commence une nouvelle année au sein d'une filière de transition et un sur dix se retrouve sans solution concrète. Enfin, 6 % se dirigent vers des stages professionnels de longue durée et 3 % vers une poursuite de scolarité [F12].
Le taux d'accession à la formation professionnelle est le plus élevé à l'issue du préapprentissage puisque deux tiers des jeunes poursuivent dans cette voie. Il est un peu inférieur après l'OPTI (57 %). Au SeMo, en prenant uniquement en compte les 411 jeunes présents aux mois de mai et juin, ce taux est de 47 %.
Les jeunes de l'OPTI-accueil constituent une population à part: 60 % d'entre eux s'orientent vers une nouvelle année en filière de transition et seuls 12 % entament un apprentissage.

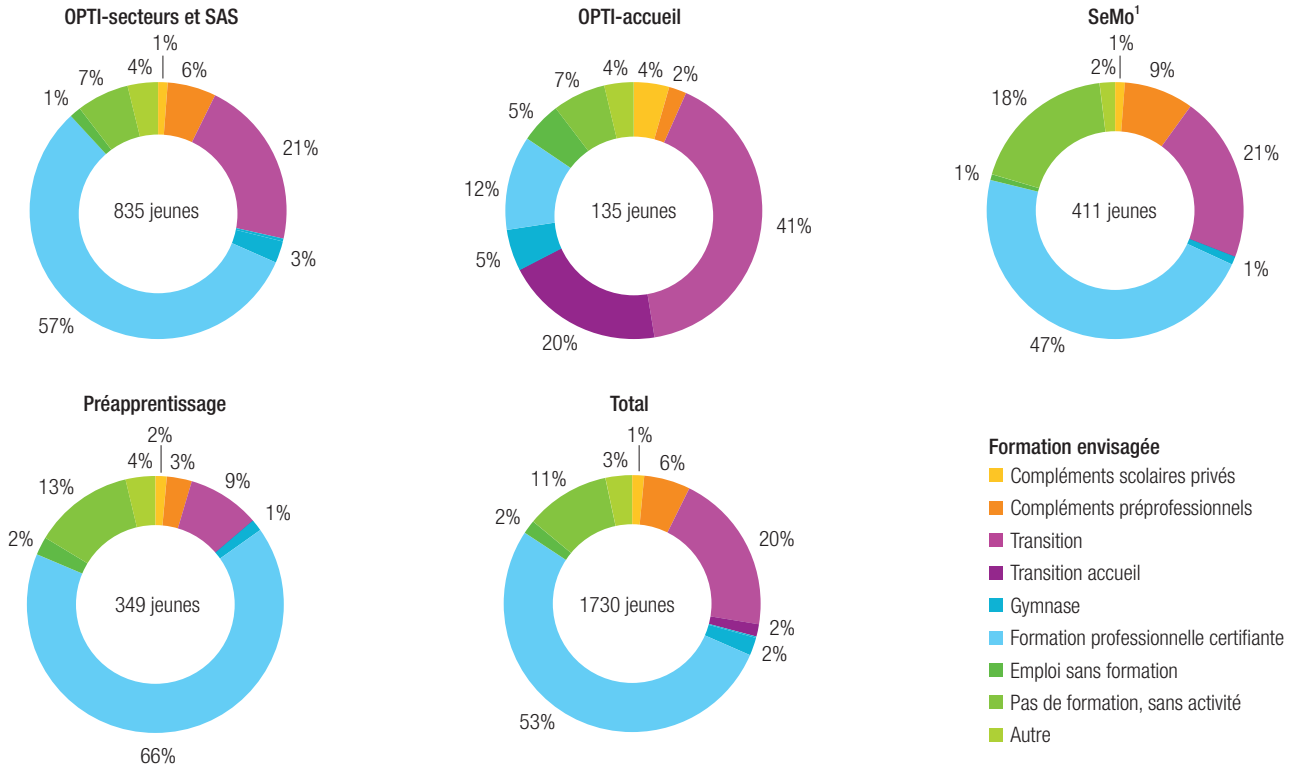
...ET MODE DUAL PRIVILÉGIÉ

Les jeunes qui s'orientent vers une formation professionnelle à l'issue de filières de transition sont plus nombreux à se diriger vers un apprentissage en entreprise (86 %) que vers les formations en école des métiers (14 %). Ces deux formations durent de trois à quatre ans. Les attestations de formation professionnelle (AFP), qui s'obtiennent à l'issue d'une formation en mode dual de deux ans, concernent 6,7 % de jeunes.

LES PRÉAPPRENTIS POURSUIVENT SUR LEUR LANCÉE

Les professions vers lesquelles se tournent les jeunes suite à leur mesure de transition sont à peu de chose près les mêmes que celles de leurs homologues terminant l'école obligatoire. Ainsi, les professions d'*employé de commerce*, de *gestionnaire du commerce de détail*, tout comme celles d'*informaticien*, de *cuisinier* ou d'*assistant en pharmacie* attirent un grand nombre de jeunes [T4].
La seule exception concerne les jeunes terminant un préapprentissage, qui continuent souvent dans la profession suivie en école des métiers (par exemple *graphiste* et *informaticien*).

[F12] JEUNES À L'ISSUE DE LA TRANSITION SELON LA FORMATION ENVISAGÉE, VAUD, 2015



[1] *Uniquement les jeunes présents aux mois de mai et juin.*

CONCURRENCE POUR LES PLACES D'APPRENTISSAGE

Le fait que, à l'issue de la transition, les jeunes s'orientent vers les mêmes professions que leurs homologues de l'école obligatoire accroît la concurrence sur les places d'apprentissage les plus convoitées. Avec une ou plusieurs mesures de transition effectuées, ces jeunes ont comblé une partie de leur retard scolaire et acquis de nouvelles compétences pratiques. Face à l'augmentation des exigences de la part des employeurs, cette concurrence peut pousser les élèves de l'école obligatoire, notamment ceux qui ont suivi la voie la moins exigeante ou qui ont obtenu de moins bons résultats, à continuer leur formation dans l'une des filières de transition.

NOUVELLE MESURE DE TRANSITION POUR UN JEUNE SUR CINQ...

A l'issue d'une mesure de transition, un jeune sur cinq enchaîne avec une deuxième mesure. Sur ces 380 jeunes, 46 % s'orientent vers les semestres de motivation, 16 % vers d'autres mesures des guichets de la transition I, par exemple un suivi individuel de type coaching ou des bilans d'orientation approfondis.

...SOUVENT AU SEMO

Les SeMo confirment leur fonctionnement en tant que deuxième mesure de transition. A l'exception des élèves de l'OPTI-accueil, les jeunes qui poursuivent par une deuxième mesure de transition se dirigent principalement vers un semestre de motivation. C'est le cas de 58 % des jeunes de l'OPTI (sans accueil) et de 41 % des préapprentis. Enfin, un jeune sur deux des SeMo enchaîne avec un semestre supplémentaire.

LA MOITIÉ DES JEUNES DE L'OPTI-ACCUEIL POURSUIVENT À L'OPTI

Viennent ensuite, tant à l'OPTI qu'aux SeMo, les autres mesures de transition des guichets de la transition I. Un quart des préapprentis s'orientent vers l'un des secteurs professionnels de l'OPTI. Quant aux jeunes allophones de l'OPTI-accueil, un tiers ne changent pas de voie et continuent à profiter des cours de rattrapage en français, 21 % intègrent l'un des secteurs de l'OPTI et un jeune sur cinq s'oriente vers les SeMo.

Période de référence

L'enquête présente une photographie à un moment donné. La date de référence est fixée à mi-avril, à l'exception des SeMo, où les jeunes suivant une mesure durant les mois de mai et juin sont interrogés. Dès lors, quelle que soit la filière, les effectifs peuvent différer des chiffres publiés par ailleurs.

[T4] JEUNES EFFECTUANT UNE FORMATION PROFESSIONNELLE CERTIFIANTE À L'ISSUE D'UNE MESURE DE TRANSITION SELON LA PROFESSION ENVISAGÉE, VAUD, 2015

Profession détaillée[1]	2015									2010
	Effectif				En %				**Total en %**	Rang
	Total	OPTI	SeMo[2]	Pré-apprentissage	**Total**	**Total cumulé**	Filles	Etrangers		
1 Gestionnaire commerce de détail	**124**	81	40	3	**13,6**	**13,6**	62,9	51,6	**15,8**	1
Conseil à la clientèle	*111*	*70*	*39*	*2*	*12,2*	*...*	*64,0*	*52,3*	*...*	*...*
Gestion des marchandises	*13*	*11*	*1*	*1*	*1,4*	*...*	*53,8*	*46,2*	*...*	*...*
2 Employé de commerce	**118**	90	24	4	**12,9**	**26,5**	55,9	38,1	**14,3**	2
Formation élargie	*76*	*56*	*18*	*2*	*8,3*	*...*	*51,3*	*27,6*	*...*	*...*
Formation de base	*42*	*34*	*6*	*2*	*4,6*	*...*	*64,3*	*57,1*	*...*	*...*
3 Assistant en soins et santé communautaire	**38**	30	4	4	**4,2**	**30,7**	84,2	52,6	**2,0**	10
4 Assistant en pharmacie	**32**	31	1	-	**3,5**	**34,2**	96,9	50,0	**2,7**	5
5 Informaticien	**31**	8	6	17	**3,4**	**37,6**	3,2	41,9	**3,5**	3
6 Coiffeur	**28**	10	2	16	**3,1**	**40,7**	96,4	50,0	**2,7**	4
7 Electricien de montage	**25**	17	3	5	**2,7**	**43,4**	-	60,0	**1,2**	22
8 Cuisinier	**24**	7	14	3	**2,6**	**46,1**	41,7	54,2	**2,4**	6
9 Logisticien	**23**	13	7	3	**2,5**	**48,6**	8,7	52,2	**2,4**	6
9 Graphiste	**23**	2	-	21	**2,5**	**51,1**	52,2	17,4	**1,3**	21
Autre	**199**	92	155	446	**48,9**	**100,0**	32,7	46,6	**...**	...
Total	**912**	**488**	**193**	**231**	**100,0**	**...**	**44,4**	**46,5**	**100,0**	...

[1] *Le genre masculin est utilisé afin d'alléger le tableau.*
[2] *Uniquement les jeunes présents aux mois de mai et juin.*

ORIENTATION À L'ISSUE DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ

L'enseignement spécialisé est destiné aux enfants et adolescents dont l'état de santé exige une formation particulière notamment en raison d'une maladie ou d'un handicap mental, psychique, physique, sensoriel ou instrumental.

ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ: PRINCIPALEMENT EN INSTITUTION PRIVÉE...

En 2015, les projets de 325 jeunes issus de l'enseignement spécialisé sont analysés. Parmi ceux-ci, 57 % suivent une formation de niveau de fin de scolarité obligatoire, le solde se formant dans des structures du niveau de la transition.
La grande majorité des jeunes (93 %, soit 301 jeunes) sont pris en charge dans des institutions privées reconnues d'utilité publique, alors que 7 % d'entre eux suivent l'enseignement de l'une des classes officielles de l'enseignement spécialisé intégrées aux établissements scolaires.

...ET FRÉQUENTÉ ESSENTIELLEMENT PAR DES GARÇONS

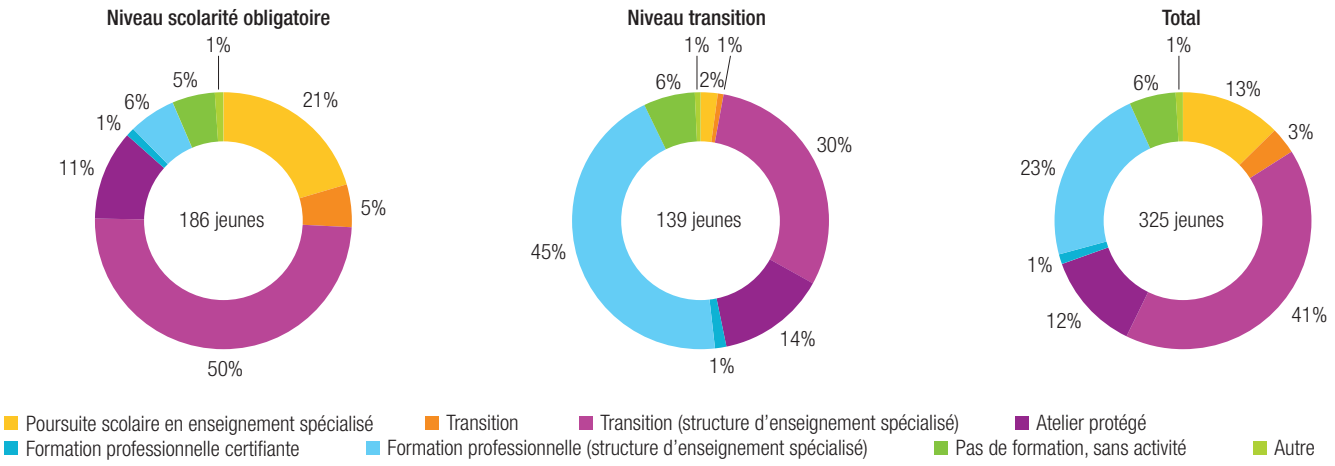
Tant au niveau de fin de scolarité obligatoire que dans les institutions de transition spécialisées, la population prise en charge est composée aux deux tiers de garçons. Deux jeunes sur cinq sont d'origine étrangère, une proportion plus élevée dans les établissements du niveau de la transition (48 %) qu'au sein des structures du niveau de la scolarité obligatoire (34 %). Par ailleurs, neuf jeunes sur dix (86 %) ont effectué la totalité de leur scolarité en langue française.

NEUF JEUNES SUR DIX CONTINUENT DANS UNE STRUCTURE D'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ

La majorité des jeunes (89 %) continuent leur formation dans une structure d'enseignement spécialisé. Cela peut être un atelier protégé (12 %), une école d'enseignement spécialisé (13 %), une formation professionnelle dans un centre de formation financé par l'assurance-invalidité (22 %) ou une transition dans une structure d'enseignement spécialisé (41 %).
Seuls 4,6 % des jeunes poursuivent leur parcours avec une prise en charge ordinaire. Celle-ci s'effectue principalement dans les filières de transition traditionnelles. Une faible proportion de jeunes (1,2 %) entament une formation professionnelle certifiante, que ce soit une attestation de formation professionnelle (AFP) ou un CFC.
Les 77 jeunes qui entament une formation professionnelle à l'issue de l'enseignement spécialisé se forment principalement dans les domaines de la *Construction* (55 %) ou de l'*Hôtellerie-restauration* (30 %).
Enfin, 19 jeunes (5,8 %) se retrouvent sans activité au 30 septembre 2015 [F13].

Soutien pédagogique spécialisé
Certains jeunes inscrits dans une école ordinaire bénéficient de périodes de soutien pédagogique spécialisé. Ils ne sont pas comptabilisés ici; leurs orientations sont analysées avec celles des élèves de l'enseignement obligatoire.

[F13] JEUNES À L'ISSUE DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ SELON LA FORMATION ENVISAGÉE, VAUD, 2015



DÉFINITIONS

SCOLARITÉ OBLIGATOIRE (ANCIEN SYSTÈME EVM)

Les élèves achèvent leur scolarité obligatoire soit dans l'une des trois voies secondaires, soit dans une classe d'accueil ou une classe de développement:

- La **voie secondaire de baccalauréat (VSB)** prépare l'élève aux études gymnasiales conduisant à la maturité fédérale ainsi qu'à l'entrée dans les formations professionnelles, notamment celles préparant à la maturité professionnelle.
- La **voie secondaire générale (VSG)** prépare à l'entrée dans la formation professionnelle par apprentissage et, sous certaines conditions, à l'école de culture générale ainsi qu'à l'école de commerce.
- La **voie secondaire à option (VSO)** prépare principalement à l'entrée dans la formation professionnelle par apprentissage.
- Les **classes de développement** sont destinées aux élèves qui ne peuvent tirer profit de l'enseignement d'une classe ordinaire et pour lesquels un enseignement et un programme individualisés sont nécessaires.
- Les **classes d'accueil** sont destinées aux élèves non francophones.

Les **classes de raccordement** permettent aux élèves de 11e année qui satisfont certaines conditions d'obtenir en un an le certificat délivré par une voie scolaire plus exigeante. Le raccordement de type I permet aux élèves de VSO d'obtenir le certificat de VSG ; le raccordement de type II offre aux élèves issus de la VSG la possibilité d'obtenir le certificat de VSB.

La réussite de la scolarité obligatoire est attestée par l'obtention du **certificat** de fin d'études. A défaut de réussir son certificat, l'élève reçoit une attestation de fin de scolarité.

FILIÈRES DE TRANSITION

L'organisme pour le perfectionnement scolaire, la transition et l'insertion professionnelle (**OPTI**) est un organisme cantonal.

- OPTI-secteurs offre des compléments scolaires ainsi que des options préprofessionnelles réparties en huit secteurs.
- OPTI-SAS (secteur appui en orientation et soutien scolaire) s'adresse aux jeunes libérés de l'école n'ayant pas de projet défini ou ayant besoin d'un appui spécifique en français, mathématiques ou compétences sociales.
- OPTI-accueil prend en charge des élèves non francophones âgés de 15 à 20 ans récemment arrivés en Suisse et dont les connaissances du français ne sont pas suffisantes pour commencer une formation professionnelles ou poursuivre des études.

Les semestres de motivation (**SeMo**) sont des mesures organisées par le Service de l'emploi. A travers des ateliers et des cours de rattrapage, ceux-ci aident les jeunes sortis de l'école obligatoire à identifier une solution pour leur avenir professionnel. En cas de rupture d'apprentissage ou d'études, cette mesure vise une réinsertion rapide dans le monde du travail.
Les jeunes peuvent commencer ou arrêter la mesure à tout moment. Dans le cadre de l'enquête, les conseillers en orientation ont interrogé les jeunes présents entre le 1er mai et le 30 juin 2015.

Le **préapprentissage** initie les jeunes à la pratique professionnelle et offre un rattrapage scolaire ou une mise à niveau ciblée. Le préapprentissage peut être effectué en entreprise (mode dual) ou à plein temps (dans une école des métiers ou au COFOP).
Le **COFOP** est un lieu de formation et d'orientation réservé à des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle, notamment en raison de lacunes scolaires. Il offre des appuis, des stages, des ateliers d'orientation ainsi que des formations professionnelles complètes.

ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ

L'**enseignement spécialisé** est destiné aux enfants et adolescents dont l'état de santé exige une formation particulière notamment en raison d'une maladie ou d'un handicap mental, psychique, physique, sensoriel ou instrumental.
L'enseignement est dispensé dans des écoles et des classes d'enseignement spécialisé publiques ou privées reconnues d'utilité publique.
Grâce à la mise en place de mesures spéciales ambulatoires, des enfants en situation de handicap peuvent être intégrés dans les classes ordinaires.

CATÉGORIES UTILISÉES DANS L'ENQUÊTE

La catégorie **redoublement et compléments scolaires** regroupe les élèves qui redoublent leur 11e année, en école publique ou privée, ou qui rejoignent une école ou un internat dans une autre région linguistique, voire à l'étranger. Elle comprend aussi les élèves des classes de développement qui rejoignent une classe de VSO.
La **poursuite scolaire** s'applique aux élèves poursuivant leur scolarité à l'école de culture générale, l'école de commerce ou l'école de maturité. Les classes de raccordement et la poursuite de la formation à l'étranger font également partie de cette catégorie.
La catégorie **complément pré-professionnel** inclut les activités bénévoles et le placement au pair. On y trouve également les stages de longue durée, parfois obligatoires avant d'entreprendre une formation dans les domaines de la santé ou du social.

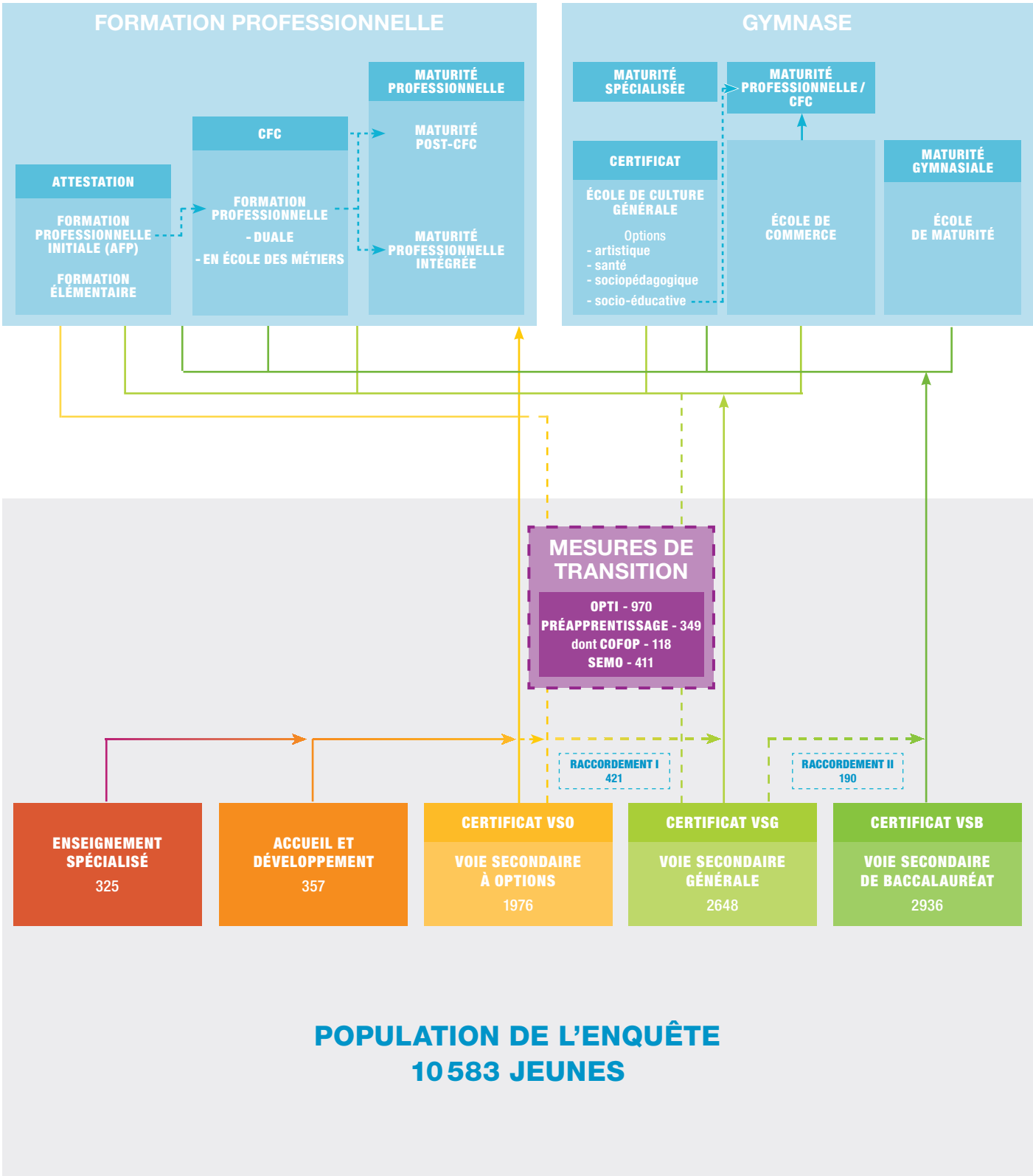
Légende des signes
- valeur rigoureusement nulle, néant
... donnée inconcevable

Arrondis
Pour des raisons d'arrondis, le total n'est pas toujours égal à la somme des valeurs ou des pourcentages, dans les tableaux comme dans les figures.

Langage épicène
Pour faciliter la lecture de cette publication, nous n'avons pas féminisé systématiquement tous les termes désignant des personnes ou des professions. Le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

Source des données
Enquête « Orientation 2015 », Statistique Vaud

APERÇU DES FILIÈRES DE FORMATION



EN BREF

JEUNES DE L'ENQUÊTE

- L'enquête «Orientation 2015» analyse les projets de formation de 10 583 jeunes dans le canton. A la fin de l'année scolaire 2014-2015, trois quarts terminaient leur scolarité obligatoire, 16 % suivaient une filière de transition, 6 % une classe de raccordement et 3 % une mesure d'enseignement spécialisé.
- Les effectifs de filles et de garçons sont à parité au terme de l'école obligatoire. Les raccordements constituent la filière la plus féminisée (62 %) ; les filières de transition et l'enseignement spécialisé accueillent majoritairement des garçons, respectivement 54 % et 65 %.
- Le stage est un outil important dans l'orientation des jeunes. Plus de sept jeunes sur dix (72 %) y ont eu recours au moins une fois. La pratique est généralisée tant à l'OPTI qu'en VSO ; dans ces deux voies, 97 % des jeunes ont effectué au moins un stage.
- Le nombre de stages effectués par les jeunes est en baisse par rapport à 2010 (2,4 contre 2,6 en moyenne).
  Les jeunes engagés dans des voies débouchant le plus souvent sur une formation professionnelle effectuent plus fréquemment des stages. A l'issue d'une mesure de transition, le nombre moyen de stages accomplis est de 4,2.
  Parmi les élèves terminant l'école obligatoire, le constat est le même : les élèves des voies les moins exigeantes effectuent plus de stages que leurs camarades des voies plus exigeantes (3,5 stages en moyenne en VSO contre 2,7 en VSG et 0,5 en VSB).

ORIENTATION À L'ISSUE DE LA SCOLARITÉ OBLIGATOIRE

- A la fin de l'école obligatoire, la part d'élèves s'orientant vers une poursuite des études au gymnase n'a cessé d'augmenter. Plus de quatre élèves sur dix (44 %) s'orientent vers l'une des trois écoles du gymnase (école de maturité, école de culture générale, école de commerce).
- Apparues au début des années nonante, les filières de transition ont pris de l'importance et attirent désormais un élève sur cinq. Ceux-ci se dirigent principalement vers l'OPTI (63 %), mais également vers un semestre de motivation (19 %) ou un préapprentissage (13 %).
- Un jeune sur cinq entreprend un apprentissage directement après l'école obligatoire. En 1978, c'était beaucoup plus courant puisque cela concernait la moitié des élèves. La baisse de la fréquence d'apprentissage au sortir de l'école obligatoire ne montre pas un désintérêt pour la formation professionnelle, mais plutôt un report dans le temps du début de l'apprentissage. En effet, celui-ci intervient désormais souvent après une ou plusieurs mesures de transition. La concurrence accrue pour les places d'apprentissage disponibles, y compris de la part de jeunes ayant effectué une mesure de transition par le passé, pousse les élèves des voies moins exigeantes à continuer à se former ou à bénéficier de rattrapages scolaires dans l'une des filières de transition.
- Les professions privilégiées par les élèves qui entament un apprentissage ne varient guère au fil des ans. Les professions d'*employé de commerce* et de *gestionnaire du commerce de détail* restent en tête, alors que celles d'*informaticien*, de *cuisinier* et d'*automaticien* sont toujours bien placées malgré quelques rocades.

ORIENTATION À L'ISSUE DU RACCORDEMENT

- A l'issue de leur scolarité obligatoire, les jeunes peuvent rejoindre une classe de raccordement dans le but d'obtenir le certificat de la voie supérieure. En achevant un raccordement I, les élèves obtiennent un certificat de VSG et s'orientent pour 30 % d'entre eux vers un apprentissage, 29 % vers le gymnase (école de culture générale et école de commerce) et 24 % vers une filière de transition.
- Leurs camarades des classes de raccordement II se dirigent à 98 % vers le gymnase, essentiellement en école de maturité.

ORIENTATION À L'ISSUE DES FILIÈRES DE TRANSITION

- Plus de la moitié (53 %) des jeunes suivant une mesure de transition s'orientent vers une formation professionnelle. Dans le trio de tête des professions envisagées, on retrouve *employé de commerce* et *gestionnaire du commerce de détail* - comme pour les élèves terminant l'école obligatoire – mais également *assistant en soins et santé communautaire*.
- Un jeune sur cinq (22 %) enchaîne avec une nouvelle mesure de transition, principalement un semestre de motivation (pour 46 % d'entre eux). De manière générale, les SeMo jouent un rôle de deuxième mesure de transition, sauf pour les élèves de l'OPTI-accueil qui le plus souvent restent à l'OPTI, soit à l'accueil, soit dans l'un des secteurs.
- Un jeune sur dix (11 %) se retrouve sans solution concrète au sortir de sa filière de transition, 6 % des jeunes se dirigent vers des stages professionnels de longue durée et 3 % poursuivent leur scolarité.

ORIENTATION À L'ISSUE DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ

- Les jeunes issus de l'enseignement spécialisé continuent pour l'essentiel leur formation dans une structure spécialisée : 41 % suivent une formation de niveau transition, 22 % une formation professionnelle dans un centre de formation AI, 13 % dans une école d'enseignement spécialisé et 12 % dans un atelier protégé.
- Seuls 4,6 % des jeunes poursuivent leur parcours avec une prise en charge ordinaire.

ANNEXE

ABREVIATIONS FREQUENTES « TRANSITION 1 » - LOP

ACC	Classes d'accueil pour primo-arrivants (relevant de l'OPTI)
AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
AI	Assurance-invalidité
AMP	Approche du monde professionnel
AOP	Atelier d'orientation professionnelle (relevant du COFOP)
AS	Assistant social
AVPO	Association vaudoise des psychologues en orientation
BPA	Bourse des places d'apprentissage
CB-O	Centre de bilan et d'orientation
C-CMr	Coordinateur case manager
CCO	Conférence des chefs de l'orientation (scolaire et professionnelle) de la Suisse romande et du Tessin (désormais CLOR, depuis 2012)
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CDOPU	Conférence suisse des directeurs de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière
CFC	Certificat fédéral de capacité
CHARTEM	Centre horizon d'activités et de relais transition Ecole-Métiers
CIEP	Centres d'information sur les études et les professions
CLOR	Conférence latine de l'orientation (anciennement CCO)
CLPO	Conférence latine de l'enseignement post-obligatoire
CM FP	Case management pour la formation professionnelle
COFOP	Centre d'orientation et de formation professionnelle (pré-formation + CFC)
CORREF	Centre d'Orientation, réinsertion, formation
COSP	Psychologue conseiller-ère en orientation scolaire et professionnelle
CSFO	Centre de services formation professionnelle / orientation professionnelle, universitaire et de carrière des cantons, à Berne
CSR	Centre social régional
CTJA	Centre thérapeutique de jour pour adolescents
Classe D	Classe DES de développement du secondaire
DECS	Département de l'Économie et du Sport
DFJC	Département de la Formation, de la Jeunesse et de la culture
DGEO	Direction générale de l'enseignement obligatoire
DGEP	Direction générale de l'enseignement post-obligatoire
DI-T1	Direction inter-services pour la transition 1

DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
ECGC	Ecole de culture générale et de commerce
EESP	Ecole d'études sociales et pédagogiques
EIS	Encadrement individuel spécialisé pour les apprenants en AFP
ER	Effectif réduit
FONPRO	Fondation cantonale pour la formation professionnelle
FORJAD	Programme d'insertion des jeunes adultes par la formation professionnelle
FORMAD	Extension du programme FORJAD aux adultes jusqu'à 45 ans
FP	Formation professionnelle (initiale)
HEP	Haute école pédagogique
HES	Haute école supérieure
IFFP	Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle
LACI	Loi fédérale sur l'assurance-chômage
LFPr	Loi fédérale sur la formation professionnelle (et son Ordonnance)
LOP	Loi sur l'orientation professionnelle
LSubv	Loi sur les subventions
LVLFPr	Loi vaudoise sur la formation professionnelle
MIP	Mesure d'insertion professionnelle (secteurs SDE ou SPAS)
MIS	Mesure d'insertion sociale (secteurs SDE ou SPAS)
MOBILET	Motivation, bilan et travail, association portant le SEMO Lausanne - Renens
OCOSP	Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle
OES	Office de l'enseignement spécialisé
OFFT	Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie. (Actuellement SEFRI : Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation)
OPTI	Organisme pour le perfectionnement scolaire, la transition et l'insertion professionnelle
ORIENT	Base de données intercantonale en usage pour l'orientation
ORP	Offices régionaux de placement
OrTra	Organisations du monde du travail (patronal et syndical)
OSEO	Œuvre suisse d'entraide ouvrière
OTG	Office du tuteur général
RI	Revenu d'insertion octroyé par le SPAS via les CSR
SDE	Service de l'emploi
SeMo	Semestre de Motivation
SESAF	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation
SPAS	Service de prévoyance et d'aide sociales
SPJ	Service de protection de la jeunesse
T1	transition 1

TEM	Transition école-métiers
TM	Tribunal des mineurs
UIDoc	Unité d'information documentaire de l'OCOSP
UMSA	Unité multidisciplinaire de santé des adolescents du CHUV
UNIL	Université de Lausanne
URSP	Unité de recherche pour le pilotage des systèmes pédagogiques
UTT	Unité pour la transition au travail, relevant du COFOP
VAE	Validation d'acquis et de l'expérience
VSB	Voie secondaire de baccalauréat
VSG	Voie secondaire générale
VSO	Voie secondaire à options

PROJET DE LOI
sur l'orientation professionnelle

du 8 mars 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle ;

vu l'ordonnance fédérale du 19 novembre 2003 sur la formation professionnelle ;

vu la loi du 7 juin 2011 sur l'enseignement obligatoire ;

vu la loi du 9 juin 2009 sur la formation professionnelle ;

vu la loi du 17 septembre 1985 sur l'enseignement secondaire supérieur ;

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

décrète

SECTION I GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Objet

[1] La présente loi régit les prestations de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (ci-après l'orientation), à savoir :

a. l'information sur les professions et les filières de formation ;
b. le conseil en orientation ;
c. le *case management* pour la formation professionnelle ;
d. la participation au processus de certification professionnelle des adultes.

[2] Elle définit également le dispositif de coordination des mesures de préparation à la formation professionnelle dans le passage de l'école obligatoire à la formation du degré secondaire II, à savoir les mesures de transition 1, ainsi que la procédure d'accès à celles-ci.

Art. 2 Champ d'application

[1] Les prestations de l'orientation sont octroyées aux personnes domiciliées dans le canton.

[2] Elles sont subsidiaires aux prestations spécifiques octroyées notamment dans le cadre de l'assurance-chômage, l'action sociale et l'assurance-invalidité.

Art. 3 Buts

[1] L'orientation vise plus particulièrement à :

a. accompagner les jeunes et les adultes, tout au long de leur parcours, afin qu'ils choisissent leur voie de formation en toute connaissance de cause ;
b. faciliter l'insertion professionnelle, en particulier de celles et ceux qui sont momentanément en rupture scolaire ou professionnelle ;
c. faciliter les transitions dans les parcours de formation et les parcours professionnels ;
d. augmenter l'employabilité des personnes, plus particulièrement, celle des publics faiblement qualifiés, tout en tenant compte des nouveaux besoins du monde du travail et de la société ;
e. favoriser l'égalité des chances, notamment sur le plan social et entre les genres ;
f. améliorer la lisibilité du système de formation par une information sur l'ensemble des filières et leurs débouchés ;
g. faciliter la compréhension du marché de l'emploi et des attentes des entreprises, notamment par

la mise à disposition d'informations adaptées aux différents publics cibles ;

h. valoriser toutes les filières de formation et faciliter l'accès des jeunes à la formation.

Art. 4 Principes

[1] En fonction des moyens alloués, les prestations peuvent être dispensées de manière individuelle ou collective et visent à répondre, en premier lieu, aux besoins spécifiques des jeunes et des adultes ne bénéficiant pas d'un titre de formation professionnelle initiale.

[2] Les prestations de base de l'orientation sont gratuites. L'article 26 est réservé.

[3] Les prestations sont centrées sur la personne et visent à développer son autonomie et à contribuer à son épanouissement. Elles s'inscrivent dans un principe de neutralité et d'objectivité, notamment en évitant les stéréotypes de genre, et s'abstiennent de participer à des mesures de sélection.

[4] Les prestations se réalisent dans une perspective d'aide au choix en vue d'une insertion directe et durable dans le monde professionnel. Les bénéficiaires conservent l'entière responsabilité de leurs choix.

Art. 5 Département et service

[1] Le département en charge de la formation (ci-après le département) est l'autorité compétente en matière d'orientation.

[2] Il exerce ses compétences et tâches par l'intermédiaire du service en charge de l'orientation (ci-après le service).

Art. 6 Commission consultative

[1] Le Conseil d'Etat institue une commission cantonale consultative dont l'objectif est de participer à la définition de la politique générale en matière d'orientation.

[2] Elle a un rôle de conseil et peut être requise de donner son avis aux autorités cantonales sur les questions liées au champ et à la mise en œuvre de la présente loi, ainsi que sur toute autre question relevant de l'orientation.

[3] Elle est composée de 10 à 15 membres représentant les milieux concernés, tels que les parents, les communes, les associations professionnelles, patronales et syndicales, les hautes écoles et les services cantonaux partenaires.

[4] Elle se réunit chaque fois que des objets de sa compétence l'exigent, mais au moins une fois par an. Le service en charge de l'orientation en assure la présidence et le secrétariat.

Art. 7 Collaboration et coordination

[1] Pour réaliser les objectifs visés par la présente loi, le service collabore et coordonne son action notamment avec :

a. les services cantonaux concernés, en particulier ceux en charge de la formation obligatoire, post-obligatoire et supérieure, de l'action sociale et de l'emploi ;
b. les directions des établissements de la scolarité obligatoire et post-obligatoire ;
c. les services concernés des communes ;
d. les organisations du monde du travail et les associations patronales ;
e. les organismes privés subventionnés concernés ;
f. les organisations intercantonales et la Confédération.

Art. 8 Plateformes de coordination

[1] Afin de renforcer la collaboration entre les acteurs et les partenaires de l'orientation et d'assurer une coordination opérationnelle, le département institue et participe à des plateformes de coordination.

[2] Ces plateformes de coordination ont notamment pour missions de :

a. assurer le lien entre les prestations de l'orientation et le monde professionnel, notamment en veillant à l'adéquation des prestations de l'orientation en regard des exigences professionnelles ;
b. faciliter l'accès des jeunes à une formation de degré secondaire II, et notamment à des places d'apprentissage ;
c. organiser et mettre en œuvre des évènements et manifestations d'information sur les métiers et les filières de formation.

SECTION II PRESTATIONS

Art. 9 Information

[1] L'information consiste à élaborer des ressources documentaires portant sur l'ensemble des professions, des filières de formation et des débouchés, et de les mettre à disposition du public, des professionnels et des partenaires.
[2] Elle peut également prendre la forme de manifestations publiques, conférences, visites d'entreprises ou d'écoles, à l'intention des jeunes et des parents.

Art. 10 Conseil en orientation

[1] Le conseil en orientation contribue à la préparation d'un choix professionnel ou d'une filière de formation, en particulier durant les dernières années de la scolarité obligatoire en collaboration avec les enseignants du degré secondaire I, et s'exerce par le biais d'entretiens individuels ou de prestations collectives.
[2] Le conseil en orientation tend également à favoriser l'insertion ou la réinsertion de la personne compte tenu des possibilités et des réalités du marché du travail.
[3] Il comprend :
a. l'évaluation des aptitudes et des intérêts de la personne, au besoin à l'aide d'outils psychométriques ;
b. l'élaboration d'un projet professionnel ou de formation en regard des motivations et des ressources de la personne et du marché de l'emploi ;
c. le soutien à la personne dans la mise en œuvre des moyens nécessaires à la réalisation de ce projet

Art. 11 Case management pour la formation professionnelle

[1] Le case management pour la formation professionnelle comprend :
a. l'identification et le recensement de tous les élèves potentiellement en difficulté d'insertion ou sans place de formation au terme de leur scolarité obligatoire, ainsi que des jeunes en rupture ou sans solution de formation post-obligatoire ;
b. l'évaluation de la situation des bénéficiaires eu égard à leurs possibilités d'insertion dans une filière de formation professionnelle ;
c. la définition et la mise en œuvre d'une stratégie d'insertion dans la formation professionnelle, avec le réseau social, professionnel et de formation
d. la participation à la mise en œuvre du dispositif de coordination des mesures de transition 1 au sens des articles 13 et suivants.

Art. 12 Certification professionnelle des adultes

[1] Le service concourt au processus de certification professionnelle des adultes, avec le service en charge de la formation professionnelle et les organisations du monde du travail.
[2] Il participe à la mise en œuvre d'un portail d'entrée unique chargé d'informer les personnes intéressées sur les différentes voies possibles de certification.

[3] Il conseille les personnes sur la voie de certification la plus adéquate et les accompagne dans leurs démarches, notamment en vue d'acquérir les compléments de formation nécessaires, jusqu'à la certification visée.
[4] En matière de certification par validation des acquis de l'expérience, il appuie les personnes dans l'établissement de l'inventaire des compétences dont elles peuvent se prévaloir et qu'elles ont acquises en dehors des filières de formation habituelles.

SECTION III DISPOSITIF DE COORDINATION DES MESURES DE TRANSITION 1 ET PROCÉDURE D'ACCÈS

Art. 13 Direction interservices

[1] Afin d'optimiser le fonctionnement des institutions de transition, d'insertion et d'orientation, il est institué une Direction interservices de coordination de la transition 1.
[2] La Direction interservices est composée, au minimum, d'un représentant des services en charge de :

a. l'enseignement obligatoire ;
b. l'enseignement postobligatoire ;
c. l'orientation ;
d. la protection de la jeunesse ;
e. l'emploi ;
f. l'action sociale.

[3] La Direction interservices définit les modalités de son fonctionnement. Le service en charge de l'orientation en assure la présidence.
[4] La Direction interservices a pour tâches :

a. le pilotage concerté des actions liées aux mesures de transition 1 ;
b. la coordination des mesures de transition 1, notamment par le biais d'une procédure d'accès ;
c. l'évaluation et la régulation des mesures de transition 1, afin d'améliorer le parcours des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle.

Art. 14 Procédure d'accès

[1] Le service coordonne les interventions des différents acteurs des mesures de transition 1 en mettant en œuvre une procédure d'accès structurée et centralisée, via des guichets.
[2] Les guichets sont chargés de recevoir les demandes d'admission et de déterminer les mesures les plus adéquates, en rendant un préavis, établi sur la base d'un dossier d'admission et tenant compte des besoins du requérant et du nombre de place disponibles dans les offres existantes.
[3] Lorsque le préavis correspond à la volonté du requérant, le service transmet directement le dossier d'admission au prestataire concerné. Dans le cas contraire, le dossier d'admission et le préavis sont remis au requérant, qui conserve la possibilité de les adresser directement au prestataire concerné.
[4] En cas de refus d'admission à une mesure par le prestataire concerné, le service peut être sollicité pour trouver une autre solution.

Art. 15 Décision d'admission

[1] Les différents prestataires des mesures de transition 1 sont compétents pour statuer sur les demandes d'admission.
[2] Les conditions d'admission et la procédure sont réglées par les lois spéciales.

SECTION IV ORGANISATION

Art. 16 Service

[1] Le service est responsable de la direction cantonale de l'orientation et du suivi de la qualité des prestations.

[2] Il organise les prestations par régions et institue des Centres régionaux d'orientation.

Art. 17 Centres régionaux d'orientation et communes

[1] Les Centres régionaux d'orientation offrent les prestations prévues par la présente loi.

[2] La régionalisation prend en compte les découpages administratifs des services partenaires.

[3] Chaque commune est rattachée à un Centre régional d'orientation.

Art. 18 Qualification des conseillers et conseillères en orientation

[1] Le conseil en orientation est dispensé par des professionnels au bénéfice d'une formation universitaire en psychologie ou d'une formation équivalente reconnue par la Confédération.

SECTION V PROTECTION DES DONNÉES

Art. 19 Traitement des données

[1] Le département et le service peuvent traiter des données personnelles, y compris sensibles, sur les bénéficiaires des prestations de l'orientation.

[2] Les données sont traitées dans la mesure nécessaire à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.

[3] Le service peut en particulier constituer un dossier de suivi du parcours des jeunes qui sollicitent des mesures de transition 1, ou sont en difficultés d'insertion, dans le but d'assurer la coordination entre les divers partenaires impliqués dans le *case management* pour la formation professionnelle.

[4] Le refus de transmettre les données nécessaires peut fonder le refus de toute prestation.

Art. 20 Accès aux données

[1] Le service gère un système d'information contenant les données prévues à l'article 19 de la présente loi.

[2] Le département détermine les catégories de données que le service est habilité à traiter dans le système d'information et fixe les règles et les limites d'accès.

[3] Un accès par procédure d'appel peut être octroyé à d'autres services de l'Etat ou entités parapubliques qui concourent à l'accomplissement des buts poursuivis par la présente loi, si un intérêt prépondérant le commande, notamment en vue de la mise en œuvre et du suivi des mesures de transition 1.

Art. 21 Communication des données

[1] Le service ne peut communiquer des données sensibles à des tiers concernés qu'avec l'accord préalable des bénéficiaires ou de leurs représentants légaux. L'article 20, alinéa 3 est réservé.

Art. 22 Loi sur la protection des données

[1] Pour le surplus, la loi du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles est applicable.

SECTION VI DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Art. 23 Participation de l'Etat

[1] Dans le cadre du budget alloué au département, l'Etat prend à sa charge les salaires, les charges sociales et les frais de formation continue de l'ensemble des collaborateurs, y compris administratifs, qui accomplissent les prestations de l'orientation telles que mentionnées à l'article 1, alinéa 1.

[2] Il supporte également les frais de matériel, autres que ceux visés à l'article 24, alinéa 1.

Art. 24 Participation des communes

[1] La commune, siège d'un Centre régional d'orientation, supporte les frais de locaux et de mobilier, selon la directive établie par le département.

[2] Elle est l'instance administrative qui centralise et répartit les charges annuelles relatives au fonctionnement de l'ensemble des lieux de consultation du Centre, selon une convention de collaboration intercommunale au sens de l'article 107b de la loi du 28 février 1956 sur les communes, approuvée par le département, définissant les modalités de participation des communes et tenant compte d'une répartition par habitants. A défaut d'entente, le département est compétent pour définir ces modalités en se fondant, le cas échéant, sur les conventions des autres régions.
[3] Les décisions de répartition prises par la commune peuvent faire l'objet d'un recours au département.

Art. 25 Subventions

[1] Afin d'assurer la réalisation des prestations prévues par la présente loi, le service peut déléguer des tâches, notamment à des personnes privées, par la conclusion de conventions de subventionnement.
[2] La convention fixe les objectifs et prévoit les moyens d'en contrôler la réalisation. Elle précise les conditions ou charges liées à l'octroi de la subvention, ainsi que les éventuelles sanctions en cas de non-respect de celles-ci.
[3] L'entité délégataire est tenue de fournir toutes les informations utiles au contrôle de la bonne utilisation de la subvention.

Art. 26 Mandats de tiers

[1] Le service peut se voir confier des mandats de prestations, notamment par les institutions en charge des mesures sociales, du marché du travail ou de la formation.
[2] Il peut également assumer des mandats rémunérés d'information et de conseil, confiés par des instances nationales ou cantonales, des associations professionnelles, ou par des écoles privées.

SECTION VII DISPOSITIONS FINALES

Art. 27 Abrogation

[1] La loi du 19 mai 1980 sur l'orientation scolaire et professionnelle (LOSP) est abrogée.

Art. 28 Exécution et entrée en vigueur

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a, de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 8 mars 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

AOÛT 2017 **RC-356**

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projet de loi sur l'orientation professionnelle (LOP)

Pour la rédaction du présent rapport, il a été tenu compte des recommandations du guide de rédaction épicène publié par le Bureau de l'égalité du Canton de Vaud (http://www.vd.ch/guide-typo3).

Une liste des principaux acronymes cités dans les pages qui suivent figure en dernière page du présent rapport.

1. PRÉAMBULE

La commission nommée pour examiner l'objet cité en titre s'est réunie à trois reprises, le 5 mai, le 16 juin et le 26 juin 2017, à la salle de conférences 55 du DFJC, Rue de la Barre 8, à Lausanne.

Elle était composée de M. Jean-Marc Nicolet, confirmé dans son rôle de président et rapporteur, de Mmes Amélie Cherbuin, Christine Chevalley, Laurence Cretegny, Isabelle Freymond, Christiane Jaquet-Berger, Catherine Labouchère, Roxanne Meyer Keller, Claire Richard, et de MM. Marc-André Bory, Nicolas Croci-Torti, Alexandre Démétriadès, Denis Rubattel.

Lors de la séance du 16 juin, M. Olivier Kernen a remplacé Mme Roxanne Meyer Keller et Mme Sonya Butera a remplacé M. Alexandre Démétriadès. Lors de celle du 26 juin, M. Kernen a également remplacé Mme Meyer Keller.

Mme la Conseillère d'État Anne-Catherine Lyon, cheffe du Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC), a participé aux trois séances. Elle était accompagnée, à chaque séance, de M. Serge Loutan, chef du service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF), de M. Carlos Vazquez, adjoint du chef de service, responsable des ressources humaines et affaires juridiques au SESAF, et de Mme Eugénie Sayad, directrice de l'office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP).

Le Secrétariat général du Grand Conseil était représenté par M. Yvan Cornu, secrétaire de la commission, qui s'est chargé d'établir les notes de séances et de tenir à jour les tableaux comparatifs où étaient consignées les propositions d'amendements, cela dans des délais extrêmement serrés. Qu'il soit ici remercié pour la qualité de son travail et sa grande disponibilité.

2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Dans sa présentation de l'exposé des motifs et projet de loi, Mme Lyon a rappelé que la loi actuelle sur l'orientation scolaire et professsionnelle (LOSP du 19 mai 1980) est âgée de plus de trente ans et qu'elle nécessite une refonte complète afin d'y intégrer un certain nombre d'éléments qui ont déjà fait leurs preuves. Il faut savoir que la loi sur l'orientation professionnelle se situe au tournant de plusieurs politiques publiques :

- la politique de formation dont l'un des objectifs consiste à appuyer les élèves qui sortent de l'école obligatoire dans leur(s) choix de formation, et notamment vers une formation professionnelle ;

- une mission de politique sociale puisque le choix d'une formation menée à bien contribue à l'intégration professionnelle et sociale ;
- une dimension de politique économique afin qu'à l'issue de sa formation, la personne puisse pleinement être intégrée dans la vie économique, c'est-à-dire formée et intégrée au marché du travail.

De plus, le canton de Vaud doit aussi mettre en place des politiques particulières pour faire face à des groupes d'élèves fragilisés ou à des personnes – jeunes ou moins jeunes - qui, suite à de graves difficultés, doivent réorienter leur choix professionnel ou se réadapter au monde du travail.

Au nombre des nouveautés, la cheffe du DFJC a mentionné

- l'introduction dans la loi (art. 11) de la notion de « case management[1] pour la formation professionnelle (CMFP)» qui consiste à prendre soin d'élèves bien avant la fin de la scolarité obligatoire. Cela dès l'âge de 13 ans, environ, afin de suivre chaque élève dans son parcours scolaire et de l'aider dans la transition vers sa formation future, à sa sortie de la scolarité obligatoire ;
- la notion de « validation des acquis de l'expérience » (VAE définie à l'art. 12 de la nouvelle loi), un dispositif offert par le canton dans le but d'augmenter de manière significative le nombre des personnes qui peuvent faire valoir les acquis de leur expérience professionnelle en vue de l'obtention d'un CFC. Cette procédure touche l'Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle (OCOSP), dont les séances d'information intitulées « Valorisez votre parcours professionnel par un titre fédéral reconnu », organisées mensuellement de janvier à août 2017, rencontrent un franc succès puisque l'on enregistre plus de 100 participants à chacune d'elles ;
- les mesures de « Transition 1 » (T1) qui dépendent d'une direction interservices depuis 2008, ce qui permet de bien coordonner les ressources des trois départements concernés, le DFJC, le DECS et le DSAS. Après une phase d'introduction, puis de consolidation, il est temps de pérenniser cette structure en l'ancrant dans la nouvelle loi (art. 13).

L'élargissement des missions de l'orientation s'inscrit dans le cadre de la volonté politique exprimée par le Conseil d'Etat dans ses programmes de législature 2007 à 2012 (mesure no 5) et 2012 à 2017 (mesure no 3.2) dans le but, notamment, de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes par la formation.

Mme Lyon a encore rappelé le rôle de coordination et de plaque tournante que joue l'OCOSP afin de permettre à chacun-e de trouver sa voie, dans le but d'arriver à l'insertion professionnelle des jeunes et des adultes.

3. DISCUSSION GÉNÉRALE

Il est relevé, avec satisfaction, que le DFJC a tenu compte d'un grand nombre de remarques exprimées lors de la consultation sur l'avant-projet de loi qui s'est déroulée à la fin 2014 et jusqu'au début 2015 auprès de 44 organismes dont l'administration cantonale, les associations de communes, les partis politiques, les organisations patronales et syndicales, les organisations faîtières et associations concernées par l'orientation et les hautes écoles. Un groupe de suivi comprenant les milieux de l'économie et de la formation s'est penché sur les demandes exprimées lors de la consultation dans le but d'affiner certaines dispositions de la nouvelle loi. Comme le justifie la cheffe du département, si la nouvelle LOP n'a pas été soumise plus tôt au Grand Conseil, c'est que deux autres lois ont précédemment beaucoup mobilisé le SESAF, plus particulièrement celles sur les bourses et sur la pédagogie spécialisée.

1 Processus collaboratif et structuré, piloté par des événements externes, qui demande des réponses au fur et à mesure du traitement dans un domaine métier bien particulier (Forrester – Craig Le Clair and Clay Richardson).

Dans la discussion générale, il a encore été relevé que la nouvelle LOP vient idéalement compléter la loi vaudoise sur la formation professionnelle (LVLFPr), ce qui permet à notre canton de disposer d'un ensemble législatif cohérent. D'autres questions ont été soulevées dans la discussion générale, toutes reprises au fil de l'examen « chapitre par chapitre » ci-dessous.

4. EXAMEN CHAPITRE PAR CHAPITRE DE L'EMPL

Au chapitre 1 (Introduction), concernant l'ancienneté des « Recommandations intercantonales de la Conférence suisse des directeur-trice-s de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière » (CDOPU), de juin 2005, sur lesquelles s'appuie le DFJC pour élaborer la nouvelle LOP, il est répondu à la commission que les grands principes n'ont pas changé et que la nouvelle loi vaudoise s'inscrit dans la ligne de toutes les lois suisses sur l'orientation.

Au chapitre 2 (Contexte fédéral et cantonal), il est précisé qu'il existe trois degrés d'intensité d'intervention différents :

- tout d'abord un accompagnement, au sein de l'école vaudoise, qui donne l'occasion aux jeunes de progresser dans leurs recherches ;
- ensuite, si besoin, un appui plus serré peut être offert par l'office d'orientation professionnelle ;
- enfin, un appui encore plus serré appelé « coaching » comprend des entretiens réguliers, à semaine ou à quinzaine, dans le but d'élaborer avec le-la jeune des projets de stage et des lettres de motivation, par exemple.

De manière générale, le type d'intervention est adapté à la situation du-de la jeune et de l'adulte.

Concernant le désengagement progressif du subventionnement de la Confédération (alors que cette dernière couvrait presque le 100% des coûts de l'introduction du CMFP dans les cantons en 2008-2011), il a été précisé que le « case management » est aujourd'hui entièrement intégré dans le budget de fonctionnement de l'OCOSP.

Quant aux 12 postes créés et pérennisés dès 2014 afin de maintenir et consolider les prestations de l'orientation dans le domaine du CMFP, ils sont tous rattachés à l'OCOSP, plus précisément au service des guichets « case management » et « mesures T1 ». La cheffe du DFJC confirme que le dispositif fonctionne bien en terme de nombre de collaborateurs. A l'avenir, le défi sera lié à la croissance démographique si le canton continue de compter quelque 15'000 habitants supplémentaires par année. Actuellement, les effectifs de professionnels en orientation sont répartis selon le nombre d'élèves concernés, que l'on soit en milieu urbain à besoins spécifiques ou non. Il apparaît très ou trop compliqué de pondérer selon des facteurs sociaux démographiques. Cependant, il est demandé aux professionnels de cibler leur travail sur des populations fragilisées et/ou en difficulté d'insertion. Les chefs régionaux ont la capacité de réguler selon les priorités, au sein de leur région mais également entre les régions, si besoin.

Evoquant encore différentes mesures offertes par différents services, dont le « semestre de motivation (SeMo) » proposé par le service de l'emploi, la cheffe du département, tout en relevant qu'il s'agit d'une très bonne mesure, souligne toutefois que son seul défaut est d'obliger les jeunes – même âgés que de 15 ans - à s'inscrire au chômage pour en bénéficier. Selon Mme Lyon, la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI) devrait être modifiée afin que les jeunes puissent bénéficier du SeMo sans devoir obligatoirement s'inscrire au chômage.

Au sujet des étrangers admis provisoirement, le chef de service explique que ces derniers ont les même droits aux prestations puisqu'ils sont établis sur le territoire. Le SESAF réalise alors les prestations de manière subsidiaire (cf art. 2, al.2 de la LOP), c'est-à-dire que les étrangers admis provisoirement sont pris en charge par un dispositif social, en relation avec leur âge et leurs capacités.

Concernant les missions de l'orientation (point 2.2.1 de l'EMPL), il est précisé par la cheffe d'office que la moitié du travail des conseillers-conseillères en orientation s'adresse à des groupes, notamment au moyen de passages en classes, de séances d'informations et autres ateliers.

Par contre, concernant le « case management » CMFP (Transition 1 pour les élèves en difficulté) et les adultes en processus VAE, les prestations sont beaucoup plus individualisées.

Il est évoqué une étude de l'Unité de recherche pour le pilotage des systèmes pédagogiques (URSP) sur les types de formations qui sont suivies au moment de la sortie de l'école (2014-2015), qui relève qu'à Lausanne 13.35 % (et dans le canton 13.64 %) des jeunes figurent dans la catégorie « sans suivi et inconnu ». Cela alors que pour la très grande majorité des jeunes qui poursuivent leur formation, il est possible de connaître leur parcours. La cheffe du département explique qu'à l'issue de l'école obligatoire, l'Etat n'a plus légalement le droit de suivre le parcours des jeunes. D'autres jeunes adultes en difficulté, qui étaient sortis des statistiques des personnes en formation, réapparaissent après quelques années à travers les dispositifs FORJAD ou FORMAD. Le chef de service précise que l'objectif consiste à faire réapparaître ces personnes le plus rapidement possible.

A la sortie de l'école obligatoire, le DFJC connaît les jeunes sans solution et les informe personnellement qu'ils peuvent accéder aux mesures offertes durant l'été par l'OCOSP, mesures qui permettent de bénéficier d'une insertion rapide et d'entrer directement en formation professionnelle. Ce qui fonctionne à satisfaction vu que, sur presque 3'000 jeunes qui s'inscrivent pour une solution de transition au début du printemps, environ 1'300 d'entre eux trouvent, entretemps, une formation professionnelle dès la rentrée d'été.

En outre, selon le chef de service, environ 1'700 personnes par année, âgées de 17 à 40 ans et sans formation professionnelle certifiante, s'annoncent directement à l'OCOSP afin d'obtenir des mesures d'accompagnement en vue de reprendre une formation.

Enfin, environ 3'000 jeunes adultes de moins de 25 ans reçoivent le RI, dont 70% n'ont pas de formation professionnelle achevée. Ces personnes peuvent accéder au programme FORJAD qui permet de suivre une formation professionnelle tout en bénéficiant d'une bourse d'études (prenant le relais du RI et comprenant également les frais de formation). Un suivi individualisé est mis en place et une sanction financière est prévue à l'encontre des personnes bénéficiaires du RI qui refuseraient de suivre une formation.

Au sujet du processus de validation des acquis (VAE et tableau synoptique de la page 7 de l'EMPL), il est indiqué à la commission que des acquis peuvent être validés pour les compétences opérationnelles non acquises sous forme de cours. Il est encore précisé que ce processus est fixé au niveau de la Confédération et qu'il s'agit d'une collaboration entre les grandes faîtières des métiers et le SEFRI. Chaque élément d'un CFC est ainsi listé et évalué par des experts du domaine.

Concernant l'âge des apprenti-e-s au moment de leur engagement, il est mis en avant la problématique des jeunes de 16 ans qui ne trouvent pas de place d'apprentissage, un grand nombre d'entreprises formatrices donnant systématiquement la priorité à des candidat-e-s âgé-e-s de 18 ou 19 ans. La cheffe du département estime que les employeurs sont entièrement responsables de cette situation, l'Etat n'ayant pas la compétence d'imposer des apprenti-e-s à des patrons privés. De plus, les associations patronales ne veulent pas que l'Etat développe les écoles de métiers – à l'instar de l'ETML – qui permettraient d'ouvrir des places de formation supplémentaires. Actuellement, des jeunes au sortir de l'école obligatoire sont contraints de suivre le dispositif de transition, le temps qu'ils gagnent en maturité. Le chef de service précise encore que l'âge moyen d'entrée en apprentissage se situe juste au-dessus de 17 ans (alors que l'âge moyen des élèves qui achèvent leur scolarité est de 15,9 ans), ce qui signifie que les patrons préfèrent engager des jeunes qui ont acquis une certaine expérience, même après un échec au gymnase. Le chef de service qualifie cette statistique d'inquiétante car elle signifie qu'un certain nombre de jeunes doivent obligatoirement se replier vers des solutions « d'attente », telles que des stages, des séjours à l'étranger, voire des structures de transition.

Prestations par population (point 2.2.2 de l'EMPL) : plusieurs commissaires s'inquiètent du fait qu'à la lecture du tableau des prestations des pages 9 et 10, ce sont les élèves de 10e VG (voie générale) qui bénéficient de 5 à 7 séances d'AMP (approche du monde professionnel), par conséquent de plusieurs passages du-de la psychologue conseiller-conseillère en orientation. Cela alors que leurs camarades de VP (voie prégymnasiale) n'ont droit qu'à un seul passage en classe de cette personne de l'OCOSP.

Ce qui peut laisser penser que les stages – et la formation professionnelle – sont réservés aux élèves de VG et que, par conséquent, les élèves de VP doivent plutôt s'orienter sur les études gymnasiales même s'ils ne sont pas forcément motivés (15% d'échecs à la fin de la 1ère année). Un commissaire estime qu'il convient de suivre les élèves de 10e et 11e VP dans la préparation à la transition vers les études, certes, mais aussi vers la formation professionnelle.

Pour la cheffe du département, il y a un certain paradoxe dans cette proposition car, en général, les demandes viseraient à sortir la VP de ce dispositif d'orientation pour éviter la concurrence avec les élèves de la VG. Mme Lyon rappelle quand même qu'il n'y a aucun empêchement pour les élèves de VP de s'orienter vers une formation professionnelle.

Aide à l'orientation professionnelle au gymnase : il est relevé qu'il n'y a que 6.6 ETP pour près de 12'000 élèves des gymnases de notre canton (ce qui donne 1 ETP pour 1'800 étudiant-e-s), un taux particulièrement bas vu que la loi prévoit un accompagnement par le-la psychologue conseiller-conseillère en orientation durant les trois mois qui suivent un échec. La cheffe du DFJC rappelle à ce propos que le Grand Conseil refuse systématiquement d'entrer en matière concernant des demandes de postes supplémentaires considérés comme « administratifs » (donc tous les postes de l'administration cantonale à l'exception des enseignant-e-s). Une membre de la commission rappelle à ce propos que la COGES vient de déposer un postulat (17_POS_243) qui demande une meilleure définition, au sein du DFJC, des postes administratifs, pédagogiques ou de conseil.

Enjeux et chiffres-clés (point 2.3.2 de l'EMPL) : l'analyse du tableau de la page 12 permet d'observer, de la fin des années septante à ce jour, une académisation de la formation générale, c'est-à-dire que l'on est passé de 27% à 44% d'élèves qui vont au gymnase. Une évolution constatée quasiment partout en Suisse et principalement dans les milieus urbains. Le chef de service précise que la tableau de la page 12 donne une photographie à la sortie de l'école obligatoire (en 2015, seul le 20% des élèves entraient en formation professionnelle) mais que, par la suite, sur l'ensemble des jeunes en formation, on observe que 1/3 des jeunes sont au gymnase (maturité + école de culture générale) et que 2/3 se trouvent en formation professionnelle. Il est donc erroné d'en déduire que 44% des jeunes vont aller à l'université, on reste plus proche d'un ratio de 33%.

Au chapitre 3 de l'EMPL, concernant la collaboration interservices, le chef du SESAF précise que le cadre institutionnel favorisant le travail interdépartemental – collaboration et coordination – figure dans la loi. La direction interservices de coordination T1 est composée des chefs des différents services ; elle se réunit trois à quatre fois par année pour évaluer le système et élaborer des solutions d'amélioration (art. 13). De plus, les adjoints des chefs de service se rencontrent bien plus régulièrement pour discuter des problématiques du terrain ; sous leur direction, depuis peu, les prestataires eux-mêmes se réunissent régulièrement pour discuter et faire évoluer leurs dispositifs. Le chef de service affirme donc que le décloisonnement se passe régulièrement et que les collaborateurs des services en charge se connaissent et savent à qui s'adresser pour faciliter les passages d'une structure à l'autre pour un-e jeune en difficulté.

Prestations rémunérées confiées à ou par l'OCOSP : le chef de service explique qu'un bilan de compétences est considéré comme une prestation de base quand elle est demandée par un-e « client-e » de cet office, mais d'un mandat rémunéré quand elle est dispensée dans le cadre d'une mesure d'insertion sociale (MIS) demandée par le SPAS. De même, l'OCOSP peut mandater par subventionnement des entités pour réaliser certaines prestations telles que des stages d'observation (par exemple, l'association « Mobilet » qui accueille des jeunes lors de stages pratiques de formation de courte durée) ; ces dispositions figurent aux articles 25 et 26 de la loi.

Au chapitre 5 de l'EMPL, concernant la formation des conseillers-conseillères en orientation : il est précisé par le chef de service que depuis l'entrée en vigueur de la LOSP, les modalités de formation des psychologues, et notamment celles des psychologues avec option en conseil et en orientation ont fondamentalement changé. Aujourd'hui, les conseillers-conseillères ont terminé leur formation Master spécialisée en conseil et en orientation avant d'être engagés. Il reste néammoins possible d'engager des stagiaires en cours de formation, leur cursus d'études prévoyant en effet des stages entre le Bachelor et le Master qui, s'ils se déroulent par exemple à l'OCOSP, sont rémunérés selon les barèmes fixés par le SPEV.

En outre, la cheffe de département précise que c'est le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) qui fixe le cadre de la formation des conseillers-conseillères en orientation, suivant l'art. 50 de la LFPr.

5. LECTURE, EXAMEN ET VOTE DES ARTICLES DE LA LOI

Section 1 Généralités

Art. 1 Objet

Répondant au souci exprimé par une commissaire, le chef de service et la directrice de l'OCOSP précisent que la création d'une unité interservices assure une répartition claire des tâches inhérentes au processus de certification VAE, à savoir que la formation professionnelle a pour mission d'assurer les compléments de formation nécessaires, alors que l'OCOSP se charge d'accompagner les personnes dans l'établissement du bilan initial puis de les « coacher » dans leur parcours de certification.

Vote sur l'art. 1

L'article 1 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Art. 2 Champ d'application

Le chef du SESAF précise qu'il n'est pas possible de délivrer des prestations pour tous à chaque instant ; l'art. 4 de la loi fixe que, en fonction des moyens alloués, les prestations de l'OCOSP doivent répondre en premier lieu aux besoins spécifiques des jeunes et des adultes qui ne bénéficient pas d'un titre de formation professionnelle initiale.

En outre, concernant le principe de subsidiarité, le chef de service rappelle que les prestations de l'orientation sont subsidiaires à celles octroyées notamment par les ORP, l'aide sociale ou par l'AI. L'OCOSP collabore également avec les enfants des institutions éducatives du SPJ ou encore avec ceux qui sortent d'une classe dépendant de l'enseignement spécialisé.

Une députée s'inquiète du système d'imputations internes (entre services et départements) qui génère du travail administratif inutile et qui revient à transférer les charges de l'orientation et de la formation professionnelle sur le budget de l'aide sociale. Le chef de service lui explique que l'OCOSP n'intervient pas si un autre service agit de manière prioritaire du fait de sa propre base légale. De fait, sans une facturation de ses services à l'aide sociale (SPAS), l'OCOSP ne pourrait plus fournir ces prestations n'ayant plus les ressources nécessaires. De manière générale, toutes les personnes domiciliées dans le canton, y compris les enfants et les jeunes, entrent dans le périmètre de la loi et peuvent bénéficier des prestations d'orientation, de même que les élèves des écoles privées qui peuvent consulter dans un centre régional.

Vote sur l'art. 2

L'article 2 du projet de loi est adopté par 11 voix pour et 2 abstentions.

Art. 3 Buts

Une commissaire souhaite amender cet article, à l'**al. 1, let. g**, de manière à ce que des professionnels du terrain puissent présenter les réalités des différents métiers ainsi que leurs attentes par rapport au marché de l'emploi. Les présentations et informations seraient préparées par les organismes professionnels ou les entreprises elles-mêmes, à charge aux conseillers-conseillères en orientation de les transmettre aux publics concernés.

La cheffe du département considère, elle, que l'Etat n'est pas en mesure d'ordonner aux associations professionnelles de faire des présentations et elle estime qu'il est plus important de présenter les métiers pour eux-mêmes que de mettre en avant les associations professionnelles. Pour le chef de service, l'amendement proposé se retrouve déjà à l'art. 8 concernant la collaboration avec le monde professionnel, et sous le commentaire de l'art. 9, al. 2, à propos de la présentation des professions.

La députée retire sa proposition d'amendement ayant bien entendu, en substance, que la nouvelle loi est prioritairement dirigée vers le monde professionnel et vise à orienter les jeunes vers la formation duale.

Une autre députée s'oppose, toujours autour du contenu de la **lettre g**, à une orientation qui viserait à conseiller en adéquation avec les exigences évolutives du monde du travail, sachant que l'évolution tend vers « l'Uberistation » et la précarisation de l'emploi ; elle ne peut soutenir le but qui vise à faciliter la compréhension du marché de l'emploi et des attentes des entreprises. La commissaire propose de supprimer l'entier de cette lettre g :

Amendement visant à supprimer la let. g, à l'al. 1, de l'art. 3

> ~~g. faciliter la compréhension du marché de l'emploi et des attentes des entreprises, notamment par la mise à disposition d'informations adaptées aux différents publics cibles~~

Vote sur l'amendement

L'amendement est refusé par 12 voix contre et 1 voix pour.

Un député, toujours à cette lettre g, propose de remplacer le terme d'*entreprises*, qu'il trouve beaucoup trop spécifique, par celui plus général de *corps de métier* (organisation de personnes exerçant le même métier) ou encore par le terme de *milieux professionnels*. Au niveau de la rédaction de l'ensemble de la loi, il conviendrait alors d'utiliser le terme de *milieux professionnels* au lieu de celui d'entreprises.

Amendement à l'art. 3, al. 1, let. g :

> g. faciliter la compréhension du marché de l'emploi et des attentes des ~~entreprises~~ milieux professionnels, notamment par la mise à disposition d'informations adaptées aux différents publics cibles

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté par 12 voix pour et 1 voix contre.

Toujours à l'**al. 1, let. h**, une députée propose l'amendement ci-dessous afin d'inscrire une action plus forte que de simplement valoriser ces filières de formation.

Amendement à l'art. 3, al. 1, let. h :

> h. valoriser et promouvoir toutes les filières de formation, et faciliter l'accès des jeunes à la formation ;

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté par 12 voix pour et 1 voix contre.

Vote sur l'art. 3 amendé

L'article 3 amendé est adopté par 12 voix pour et 1 abstention

Art. 4 Principes

Une discussion s'engage autour du concept de neutralité et d'objectivité de l'orientation (al. 3) alors que plus loin (al. 4) c'est la notion de sélection d'un projet réaliste et réalisable qui sous-tend l'action. La cheffe de l'OCOSP explique que le métier de conseiller-conseillère en orientation consiste à permettre à la personne de prendre conscience de ses capacités et à l'aider ensuite à construire un projet en adéquation avec ses désirs et ses capacités. On ne va pas interdire à la personne de postuler pour une place, raison pour laquelle les bénéficiaires conservent l'entière responsabilité de leurs choix (art. 4, al. 4). Un député adhère entièrement à la pratique de l'office qui consiste à ouvrir les yeux des jeunes aux réalités du marché du travail et aux exigences de certaines professions.

Gratuité des prestations de base de l'orientation (art. 4, al. 2) : cet alinéa fait largement débat, deux députées estimant que si les prestations de base sont gratuites, alors elles doivent l'être sans exception

pour toutes les personnes domiciliées dans le canton, certaines écoles privées, en externat et sans ressources, ne pouvant pas bénéficier des prestations de base de l'orientation.

La conseillère d'Etat explique que si une entreprise privée désire utiliser les ressources de l'OCOSP pour des conseils en orientation, il est normal que cette prestation prenne la forme d'un mandat rémunéré, conformément à l'art. 26, al. 2. De même, cette disposition permet aussi à l'OCOSP d'accepter des mandats rémunérés d'information ou de conseil confiés notamment par des écoles privées qui n'ont pas droit aux prestations publiques. Ce qui ne change rien au fait qu'une prestation d'orientation individuelle donnée à un jeune scolarisé en école privée reste gratuite. Il conviendrait peut-être de mieux informer les jeunes scolarisé-e-s en école privée et leurs parents de l'accès gratuit à l'orientation professionnelle.

Pour préciser encore mieux cet article, l'amendement suivant est proposé par la cheffe du DFJC et ses services (au sens de l'art. 44 LGC) :

Amendement du Conseil d'État à l'art. 4, al. 2

> [2] Les prestations de base de l'orientation sont <u>accessibles à tous et</u> gratuites. L'article 26 est réservé.

Vote sur l'amendement

L'amendement du Conseil d'Etat est adopté à l'unanimité.

Art. 4, al. 3 : une députée exprime son scepticisme par rapport au terme d'épanouissement qu'elle propose de supprimer. Au contraire, la conseillère d'Etat considère l'épanouissement comme une notion fondamentale. Sans quoi, l'orientation devient purement mécanique et fait coïncider un nombre d'individus avec un nombre de places disponibles, sans se préoccuper de leurs envies.

La députée propose alors de préciser l'art. 4, al. 3 comme suit :

Amendement à l'art. 4, al. 3

> [3] Les prestations sont centrées sur la personne et visent à développer son autonomie et à contribuer à son épanouissement <u>professionnel</u>. Elles s'inscrivent dans un principe de neutralité et d'objectivité, notamment en évitant les stéréotypes de genre, et s'abstiennent de participer à des mesures de sélection.

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté par 12 voix pour et 1 voix contre.

Vote sur l'art. 4 amendé :

L'art. 4 amendé est adopté par 12 voix pour et 1 abstention.

Art. 5 Département et service

Une députée souligne l'importance de la transversalité entre départements, en particulier avec le DECS et le DSAS. Il est indiqué que la coordination interservices et la coordination de l'action figurent aux art. 7 et 13.

Vote sur l'art. 5

L'article 5 du projet de loi est adopté par 12 voix pour et 1 abstention.

Article 5 bis nouveau Terminologie

Le département a constaté qu'il manquait, dans son projet de loi, l'article standard sur la terminologie, c'est pourquoi la conseillère d'État propose un amendement (selon l'art. 44 LGC) afin d'ajouter comme suit :

[1] Toute désignation de personne, de statut, de fonction ou de profession utilisée dans la présente loi s'applique indifféremment aux femmes et aux hommes.

Vote sur l'art. 5 bis nouveau

L'article 5 bis nouveau Terminologie est adopté à l'unanimité.

Art. 6 Commission consultative

Un député s'interroge quant au fonctionnement et à l'efficacité du travail d'une telle commission cantonale ; il se demande également si telle commission se réunit vraiment une fois par année comme prévu dans la loi.

La conseillère d'Etat et le chef de service admettent et confirment que, dans le cadre de l'orientation professionnelle, les partenaires travaillent déjà régulièrement ensemble au sein de plateformes de coordination – qui constituent le cœur du travail - et de la direction interservices.

Le commissaire, constatant que la commission consultative est en fait fort peu consultée et que les partenaires principaux échangent déjà régulièrement au sein d'autres instances, propose de supprimer la commission consultative et, par conséquence, d'abroger l'art. 6.

Amendement visant à supprimer la commission consultative (art. 6)

Vote sur la suppression de l'art. 6

L'article 6 est abrogé par 12 voix pour et 1 abstention.

A l'issue de ce vote, une députée demande le maintien de la consultation des parents, sous une forme à déterminer.

Art. 7 Collaboration et coordination

Une députée relève que le partenariat avec les communes concerne principalement la mise à disposition des locaux et des infrastructures, notamment pour les bureaux des centre régionaux et pour ceux des consultations hors écoles. Sur demande de la commission, le SESAF a transmis la liste suivante, exemplative des services communaux avec lesquels il collabore :

- services jeunesse (éducateurs de rue notamment)
- services sociaux (assistants sociaux)
- service des bâtiments (mise à disposition des locaux)
- services de police lorsqu'ils font de la prévention
- associations communales ou intercommunales de promotion économique

Vote sur l'art. 7

L'article 7 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Art. 8 Plateformes de coordination

Une commissaire soumet un amendement à l'al. 2, let. c, en cohérence avec celui qu'elle a déposé à l'art. 3, let. h, concernant la promotion des filières. Cet ajout apporte aussi une base légale pour le Salon des métiers qui consiste bel et bien à promouvoir les formations duales.
La directrice de l'OCOSP, concernant l'al. 2, let. b, précise que l'apprentissage est une formation de degré secondaire II.

Amendement à l'art. 8, al. 2, let. c :

c. organiser et mettre en œuvre des évènements et manifestations d'information et de promotion sur les métiers et les filières de formation

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté par 12 voix pour et 1 voix contre.

D'autre part, un député rappelle sa proposition discutée à l'art. 3 et dépose un amendement qui vise à ajouter la lettre d suivante :

Amendement à l'art. 8, al. 2, nouvelle let. d :

d. organiser l'information afin de valoriser toutes les filières de formation de manière équivalente.

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'art. 8 amendé

L'article 8 amendé est adopté par 12 voix pour et 1 abstention.

Section II Prestations

Art. 9 Information

Une députée, qui estime qu'il convient de préciser à l'al. 2 que les visites portent notamment sur des écoles professionnelles et des hautes écoles, propose l'amendement suivant :

Amendement à l'al. 2, de l'art. 9

[2] Elle peut également prendre la forme de manifestations publiques, conférences, visites d'entreprises ou d'écoles, notamment professionnelles, à l'intention des jeunes et des parents.

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'art. 9 amendé

L'article 9 amendé est adopté par 12 voix pour et 1 abstention.

Art. 10 Conseil en orientation

Un député souhaite préciser que le conseil à l'orientation professionnelle débute en particulier dès la 9e année (Harmos) de la scolarité obligatoire, en collaboration avec les parents et les enseignants des degrés secondaires I et II. Il cite en exemple la journée de sensibilisation « Osez tous les métiers (JOM) » qui s'adresse aux élèves de la 7e à la 9e année (Harmos) et qui porte en particulier sur le décloisonnement des métiers entre les sexes. La directrice de l'OCOSP explique que le programme AMP (approche du monde professionnel) commence effectivement en 9e année et qu'il est dispensé cette année-là par les enseignants. Le conseil en orientation est délivré, en collaboration avec les enseignants, à partir de la 10e année.

Une députée propose de préciser l'art. 10 en ajoutant que les prestations individuelles sont accessibles à tous les jeunes du canton, y compris celles et ceux qui sont scolarisé-e-s en structure privée ou spécialisée. A la demande de la commission, le département propose, à ce sujet, l'amendement ci-dessous.

Le responsable des ressources humaines et affaires juridiques au SESAF justifie cette nouvelle proposition de rédaction comme suit :

- l'incise à l'al. 1 qu'il est proposé de supprimer, portant sur la scolarité obligatoire, pouvait porter à confusion sur la portée même du conseil en orientation ; il a semblé important de faire en sorte que les trois premiers alinéas ne soient absolument pas spécifiques et qu'ils contiennent des indications pour toute personne qui consulte l'OCOSP ;

- le nouvel al. 4 précise le conseil que l'on peut trouver dans le champ de la scolarité obligatoire, en mettant en exergue la situation qui touche plus particulièrement les élèves qui risquent de ne pas terminer l'intégralité de la scolarité obligatoire et auxquels un conseil individualisé peut être dispensé dès la 9e année ; sans oublier la situation qui concerne tout le dispositif prévu par la LEO et sa législation d'application, qui précise les rôles et fonctions des conseillers et conseillères en orientation.

Amendement à l'art. 10 proposé par le Conseil d'Etat à la demande de la commission

[1] Le conseil en orientation contribue à la préparation d'un choix professionnel ou d'une filière de formation, ~~en particulier durant les dernières années de la scolarité obligatoire en collaboration avec les enseignants du degré secondaire I~~, et s'exerce par le biais d'entretiens individuels ou de prestations collectives.

[4] Dans le cadre des établissements publics de la scolarité obligatoire, le conseil en orientation recouvre en particulier :

a. dès la 9ème année, un conseil individualisé sur demande pour les élèves qui sont à deux ans de la fin de l'école obligatoire ;

b. dès la 10ème année, des activités collectives d'information et d'élaboration de projet et un conseil individualisé dans le cadre du programme d'accompagnement au choix professionnel.

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'art. 10 amendé

L'article 10 amendé est adopté à l'unanimité.

Art. 11 Case management pour la formation professionnelle

Cet article n'amène aucune discussion au sein de la commission.

Vote sur l'art. 11

L'article 11 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Art. 12 Certification professionnelle des adultes

Répondant au questionnement d'une députée, la directrice de l'OCOSP et le chef de service du SESAF précisent que la certification professionnelle des adultes comprend toutes les voies pour obtenir un AFP ou un CFC, c'est-à-dire par examen, par VAE ou par apprentissage raccourci.

L'al. 4 de cet art. 12 mentionne explicitement qu'en matière de certification par validation des acquis d'expérience (VAE), le service appuie les personnes dans l'établissement de l'inventaire des compétences dont elles peuvent se prévaloir et qu'elles ont acquises en dehors des filières de formation habituelles.

Vote sur l'art. 12

L'article 12 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Section III Dispositif de coordination des mesures de transition 1 et procédure d'accès

Art. 13 Direction interservices

Une députée propose l'ajout d'une nouvelle lettre d à l'al. 4 :

d. propose l'accès à des données spécifiques ayant un intérêt prépondérant en vue de la mise en œuvre et du suivi des mesures de transition 1.

La députée considère qu'il serait cohérent que la Direction interservices préavise, auprès du département, sur l'octroi des accès aux données, sa proposition de modification faisant référence aux dispositions liées à l'accès aux données définies à l'art. 20, en particulier pour les mesures T1. A son avis, l'art. 20 donne un accès aux données beaucoup trop généralisé à quasiment tous les services.

Pour la cheffe du département, il sera répondu à cette demande à travers l'amendement déposé à l'art. 20, al. 2, qui prévoit de solliciter le préavis de la Direction interservices pour l'accès aux données dans le champ des mesures de transition 1.

La députée retire sa proposition mais, afin d'éviter que la liste des tâches de la Direction interservices (lettres a à d) soit considérée comme exhaustive, excluant alors celle de préaviser à propos de l'accès aux données, elle propose, à titre de clarification, l'amendement suivant :

Amendement à l'art. 13, al. 4

[4] La Direction interservices a notamment pour tâches :

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'art. 13 amendé

L'article 13 amendé est adopté à l'unanimité.

Art. 14 Procédure d'accès

Une députée relève que dans le commentaire de l'art. 14 de l'EMPL, au sujet du principe de subsidiarité de l'accès aux mesures de transition 1, il est indiqué qu'il n'y a pas formellement de droit à une mesure de transition. Par conséquent, elle souligne que l'accès aux mesures T1 ne doit pas être considéré comme un automatisme. Elle constate également que les mesures T1 constituent parfois une solution de facilité pour des jeunes et leurs parents, dans l'attente de trouver une place d'apprentissage. Pour ces raisons, la députée demande que le principe de subsidiarité de l'accès aux mesures de transition 1, qui figure dans l'EMPL, soit mieux ancré dans la loi et affirmé d'entrée de cause comme un principe de base.

Tant le chef du SESAF que la directrice de l'OCOSP confirment que l'entrée directe en formation professionnelle est systématiquement privilégiée mais qu'il faut bien constater qu'il est souvent difficile de trouver une place d'apprentissage à 15 ans, immédiatement au sortir de l'école obligatoire. D'où l'importance de mettre en place des solutions transitoires sous la forme de stages, de stages à l'étranger, de l'Ecole de transition (1800 places disponibles) ou du SeMo (800 places disponibles), suivant les compétences que l'on veut développer chez les jeunes. Il est encore précisé que l'Ecole de transition n'est pas qu'une école d'attente, mais une école où les jeunes acquièrent des connaissances scolaires supplémentaires qui améliorent leur employabilité sur le marché de l'apprentissage. De plus, pour pouvoir accéder aux mesures de transition 1, le-la jeune doit faire la preuve de recherches de places d'apprentissage et de stages.

La députée (ci-dessus) propose néanmoins l'amendement suivant :

Amendement à l'art. 14 visant à ajouter un nouvel al. 1

[1] Le recours à des mesures de transition 1 est subsidiaire à un accès direct à la formation.

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté à l'unanimité.

La numérotation des alinéas suivants devra être adaptée en conséquence de 2 à 5.

Vote sur l'art. 14 amendé

L'article 14 amendé est adopté à l'unanimité.

Art. 15 Décision d'admission

Le chef de service précise à une commissaire que lorsqu'un-e prestataire refuse l'admission dans une mesure T1, cette jeune personne retourne auprès du « case manager » afin de trouver une nouvelle solution et elle est alors accompagnée jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée.

Une autre députée, trouvant bizarre le terme de « lois spéciales », propose l'amendement suivant :

Amendement à l'art. 15, al. 2

[2] Les conditions d'admission et la procédure sont réglées par ~~les lois spéciales~~ différentes lois y relatives.

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'art. 15 amendé

L'article 15 amendé est adopté à l'unanimité.

Section IV Organisation

Art. 16 Service

L'article 16 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Art. 17 Centres régionaux d'orientation et communes

Une discussion s'engage autour des découpages régionaux qui diffèrent souvent en fonction des services. Le chef du SESAF indique que suite au départ d'un chef régional de l'OCOSP, le département a décidé de réduire de 5 à 4 le nombre de régions (Est – Ouest – Centre – Nord) et de les aligner sur les futures régions LPS qui recouvrent les 8 régions de la DGEO. Cela dans en souci de cohérence complète entre la DGEO et le SESAF.

L'article 17 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Art. 18 Qualification des conseillers et conseillères en orientation

Cet article est longuement discuté, une députée proposant tout d'abord l'amendement ci-dessous, considérant que la qualification ainsi formulée serait plus simple tout en respectant la législation fédérale (notamment l'ordonnance sur la formation professionnelle OFPr), qu'elle permettrait la mobilité des professionnels et que plusieurs cantons ont déjà adopté une formation similaire.

Une autre commissaire y préfère le texte proposé par le Conseil d'Etat, qui précise la formation universitaire en psychologie.

Répondant aux interrogations d'autres commissaires, la directrice de l'OCOSP explique que les compétences nécessaires, notamment à l'analyse des demandes du-de la bénéficiaire, à l'évaluation, au diagnostic ou au coaching correspondent à des qualifications d'un psychologue, cela quand bien même le terme de psychologue ne figure pas formellement dans le document émis par la Confédération pour décrire le profil professionnel et les compétences opérationnelles du conseiller-de la conseillère en orientation professionnelle.

La conseillère d'Etat insiste pour que le métier de conseiller-conseillère en orientation soit reconnu comme un vrai métier acquis à l'université ou dans une institution reconnue par le SEFRI. Le chef du SESAF précise encore que, dans notre canton, la formation reconnue est le Master de l'UNIL en psychologie, avec une spécialisation en conseil et orientation professionnelle. Toutefois, si un conseiller-une conseillère en orientation a une autre formation, également reconnue par la Confédération, il-elle peut effectivement être engagé-e à l'OCOSP. Sa directrice ajoute encore que, pour que la formation soit reconnue par le SEFRI, les candidat-e-s doivent impérativement être titulaires d'un Master en psychologie avec orientation psychologie du conseil et de l'orientation, ou d'un titre universitaire jugé équivalent, assorti d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans un domaine jugé pertinent[2].

La députée confirme que son amendement ci-dessous vise à permettre une plus grande mobilité entre les cantons pour les conseillers-conseillères en orientation titulaires d'un titre reconnu par la Confédération. Pour la cheffe de l'OCOSP, l'art. 18 du projet de loi ne limite pas la mobilité, preuve en soit les stages déjà organisés avec les conseillers-conseillères en orientation d'autres cantons de Suisse romande et alémanique.

Amendement à l'art. 18, al. 1

> [1] Le conseil en orientation est dispensé par des professionnels au bénéfice d'une formation spécialisée reconnue par la Confédération. ~~Le conseil en orientation est dispensé par des professionnels au bénéfice d'une formation universitaire en psychologie ou d'une formation équivalente reconnue par la Confédération.~~

Vote sur l'amendement art. 18, al. 1

L'amendement est adopté par 11 voix pour et 2 voix contre.

Sur cette lancée, la commissaire, soucieuse d'ancrer dans la loi la nécessité de la formation continue pour les conseillers-conseillères en orientation, notamment pour apporter des solutions face à l'évolution toujours plus rapide du monde économique et du monde du travail, propose l'ajout d'un nouvel alinéa à l'article 18 :

Amendement à l'art. 18, visant à ajouter un al. 2

> [2] Les professionnels en orientation suivent, à intervalles réguliers, une formation continue. Une directive en précise les modalités.

La directrice de l'OCOSP précise encore que les professionnel-le-s de l'orientation sont déjà régulièrement formés et leurs connaissances testées, que des formations et des informations sur des métiers spécifiques sont organisées environ toutes les six semaines, que des visites d'écoles professionnelles sont également régulièrement effectuées et que, in fine, la formation continue fait partie de la déontologie du conseiller-de la conseillère en orientation.

Une autre députée, soucieuse de mettre en exergue l'importance de la réalité du terrain, propose le sous-amendement suivant :

Sous-amendement à l'art. 18, al. 2;

> [2] Les professionnels en orientation suivent, à intervalles réguliers, une formation continue notamment en relation avec le monde professionnel. Une directive en précise les modalités.

Le chef du SESAF affirme que les collaborateurs-collaboratrices de l'OCOSP ont une vision réaliste des difficultés du monde professionnel et participent avec les bénéficiaires à la conception d'un projet réaliste et réalisable, c'est-à-dire un projet qui tienne compte en même temps des exigences du métier et des aspirations de la personne. Cependant, le travail du conseiller-de la conseillère en orientation étant un travail de relations, ces dernières peuvent parfois échouer quand la personne n'est pas en mesure de faire son choix ou que son attente ne peut être satisfaite.

[2] http://www.mrhc.ch/management-ressources-humaines-et-carrieres/mas-mrhc-specialisation-gestion-des-carrieres

Vote sur le sous-amendement, puis sur l'amendement

Le sous-amendement à l'al. 2 est refusé par 10 voix contre et 3 voix pour. L'amendement à l'al. 2 est adopté par 12 voix pour et 1 abstention.

Vote sur l'art. 18 amendé (aux al. 1 et 2)

L'article 18 amendé est adopté par 12 voix pour et 1 abstention.

Section V Protection des données

Art. 19 Traitement des données

L'article 19 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Art. 20 Accès aux données

Une commissaire suggère de remplacer, à l'al. 2, le verbe *détermine* par *décide* car elle trouve ce dernier verbe plus volontariste ; elle propose encore d'ajouter que la décision de se base *sur préavis de la Direction interservices*, cela afin d'ancrer dans cet article la notion de transversalité qui implique des services au sein des trois départements DFJC, DECS et DSAS. Une autre députée exprime des réserves quant à cette proposition de formulation car l'accès aux données est un sujet hypersensible, pour lequel il faut clairement définir qui prend la responsabilité ; le département doit avoir la compétence de décider.

Le directeur RH et affaires juridiques du SESAF précise que, pour la rédaction de cet article, le département s'est inspiré de ce qui se fait habituellement en matière de protection des données et que ce texte a été soumis au bureau de la préposée à la protection des données et au SJL, avec lesquels il a été décidé de traiter

- à l'al. 2, l'intégralité des données se trouvant à l'OCOSP (il faut en effet rappeler que près de 80% des personnes ne sont pas concernées par la T1). Comme exigé habituellement dans la législation, le département assume la responsabilité de ces données, les conserve, les surveille, etc…
- à l'al. 3, la procédure d'appel, en dérogation du principe habituel, permet de commander directement des données sans devoir passer par la procédure de demande d'autorisation. Il a été considéré indispensable, pour pouvoir travailler dans le champ des mesures T1, que tous les partenaires puissent accéder à un certain nombre de données qui leur sont indispensables.

C'est pourquoi, il est proposé par le département, que la demande exprimée ci-dessus par une commissaire, qui prévoit le préavis de la Direction interservices, figure plutôt à la fin de l'al. 3, sous la forme de l'amendement ci-dessous :

Amendement à l'art. 20, al. 3

> [3] Un accès par procédure d'appel peut être octroyé par le département à d'autres services de l'Etat ou entités parapubliques qui concourent à l'accomplissement des buts poursuivis par la présente loi, si un intérêt prépondérant le commande. ~~notamment en vue de la mise en œuvre et du suivi des mesures de transition 1~~. Dans le champ des mesures de transition 1, le département sollicite le préavis de la Direction interservices avant d'octroyer cet accès.

Votre sur l'amendement

L'amendement proposé par le Conseil d'Etat est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'art. 20 amendé

L'article 20 amendé est adopté à l'unanimité.

Art. 21 Communication des données

Le directeur RH et affaires juridiques du SESAF indique que cet article se distingue de l'art. 20 dès lors qu'on se situe à l'extérieur du SESAF et hors des autres services de l'Etat et que l'on traite avec des tiers, comme par exemple des maîtres de stages. Il convient dès lors d'appliquer le dispositif le plus exigeant possible, qui consiste à obtenir pour chaque transmission un consentement clair et explicite des personnes à qui appartiennent les données. Les tiers ont uniquement accès à des données avec autorisation expresse.

Une députée propose une modification de plume, sous forme de l'amendement ci-dessous, car elle estime qu'outre le service, le département, voire d'autres services, peuvent aussi communiquer des données sensibles :

Amendement à l'art. 21, al. 1

> [1] ~~Le service ne peut communiquer des données sensibles~~. Les données sensibles ne peuvent être communiquées à des tiers concernés qu'avec l'accord préalable des bénéficiaires ou de leurs représentants légaux. L'article 20, alinéa 3 est réservé.

La modification proposée convient tout à fait aux représentants du département.

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté par 12 voix pour et 1 abstention.

Une autre commissaire propose l'amendement ci-dessous qui vise à supprimer le renvoi à l'art précédent, cela afin d'éviter de donner l'impression qu'un tiers puisse accéder à la procédure d'appel, une vision qui est soutenue par le directeur RH et affaires juridiques du SESAF :

Amendement complémentaire à l'art. 21, al. 1

> [1] Les données sensibles ne peuvent être communiquées à des tiers concernés qu'avec l'accord préalable des bénéficiaires ou de leurs représentants légaux. ~~L'article 20, alinéa 3 est réservé.~~

Vote sur l'amendement

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'art. 21 amendé

L'article 21 amendé est adopté à l'unanimité.

Art. 22 Loi sur la protection des données

L'article 22 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Section VI Dispositions financières

Art. 23 Participation de l'Etat

L'article 23 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Art. 24 Participation des communes

Une députée estime que ce nouvel article met des frais supplémentaires à la charge des communes et elle propose de revenir à l'art. 17 de la loi de 1980 actuellement en vigueur (dernière modification au 1.05.2005), comme suit :

Amendement qui vise à revenir au texte de la loi actuellement en vigueur à la place du projet du Conseil d'Etat :

> [1] La commune où siège l'office régional supporte les frais de locaux et de mobilier, sauf convention contraire.
> [2] Le solde des dépenses de l'office régional est réparti entre les communes de la région concernée, selon une convention de collaboration intercommunale au sens de l'article 107b de la loi du 28 février 1956 sur les communes.
> [3] Les décisions de répartition prises par la commune peuvent faire l'objet d'un recours au département.

Le directeur RH et affaires juridiques du SESAF explique que

- l'idée de la disposition de l'al. 1 de la nouvelle loi consiste à définir une commune interlocutrice privilégiée du département, c'est-à-dire la commune-siège du Centre régional d'orientation ;
- à l'al. 2, il est simplement rappelé l'art. 107b de la loi sur les communes qui prévoit que les communes doivent se mettre d'accord par convention sur la manière dont elles vont se répartir les frais en tenant compte du nombre d'habitants. A défaut d'entente, les communes s'en remettent en général au département pour poser une convention, sinon la loi sur les communes prévoit la mise en œuvre d'un tribunal arbitral ;
- une fois la convention signée, l'al. 3 prévoit la possibilité de recours auprès du département, cela pour éviter de porter l'affaire directement devant le tribunal cantonal.

C'est pourquoi il est important de réviser l'art. 17 de l'actuelle LOSP, en particulier son al. 2 qui prévoit la répartition du solde des dépenses de l'office régional, un solde quasiment impossible à définir. Aujourd'hui, l'objectif consiste à répartir l'ensemble des frais entre les communes concernées sur la base d'une clé de répartition tenant compte du nombre d'habitants. Les charges sont divisées dans l'ensemble des communes concernées par la région.

La députée maintient son amendement (ci-dessus) à l'art. 24, réitérant son opposition au fait que la directive concernant les frais de locaux et de mobilier soit établie et imposée unilatéralement par le département, comme c'est le cas dans certaines situations relevant de la LEO.

Vote sur l'amendement

L'amendement est refusé par 11 voix contre, 1 voix pour et 1 abstention.

Vote sur l'art. 24 non amendé

L'article 24 du projet de loi est adopté par 12 voix pour et 1 voix contre.

Art. 25 Subventions

La conseillère d'Etat indique une imprécision dans la rédaction de l'al. 1, dans le sens où les tâches ne sont pas déléguées à des personnes privées mais à des personnes morales de droit privé. Elle dépose donc l'amendement suivant, comme l'y autorise l'art. 44 LGC :

Amendement déposé par le Conseil d'Etat

> [1] Afin d'assurer la réalisation des prestations prévues par la présente loi, le service peut déléguer des tâches, notamment à des personnes ~~privées~~ morales de droit privé, par la conclusion de conventions de subventionnement.

Vote sur l'amendement

L'amendement du Conseil d'État est adopté à l'unanimité.

Vote sur l'article 25 amendé

L'article 25 amendé est adopté à l'unanimité.

Art. 26 Mandats de tiers

Répondant au questionnement d'une députée, le chef du SESAF explique que cet article permet au service d'accepter de l'argent pour engager du personnel dans le but de réaliser des mandats externes. Ces prestations représentent un caractère extraordinaire, même si certaines tâches peuvent devenir relativement durables, comme par exemple les mandats d'instances nationales ou intercantonales, notamment de la Conférence intercantonale de l'instruction publique (CIIP), cela pour établir des profils de métiers qui sont ensuite partagés entre les cantons.

Une autre députée réitère son désaccord par rapport à la facturation interne de prestations d'orientation professionnelle de l'OCOSP à la charge du SPAS, c'est-à-dire un transfert interne de charges de la formation vers le social. Elle relève que le principe de subsidiarité est également inscrit dans la loi sur l'action sociale vaudoise (LASV) qui mentionne, de son côté, que l'aide sociale est subsidiaire aux autres prestations fédérales, cantonales ou communales. De plus, la députée relève que la LASV énonce que la formation est subsidiaire à toute prestation sociale. Elle en conclut qu'il existe une incohérence entre les principes de subsidiarité énoncés à double dans les deux lois, la LOP présentement examinée et la LASV. La députée s'est renseignée à propos du montant de l'imputation interne entre les départements de la formation et du social pour des mesures d'orientation professionnelle, un montant qui s'élève à environ CHF 200'000, ce qui signifie que si l'on effectuait l'écriture inverse, la différence au budget serait d'env. CHF 400'000. La commissaire estime encore que cette problématique mériterait d'être reprise dans un autre cadre, peut-être lors de l'examen du budget.

Vote sur l'art. 26

L'article 26 du projet de loi est adopté à l'unanimité.

Section VII Dispositions finales

Art. 27 Abrogation

Art. 28 Exécution et entrée en vigueur

Les articles 27 et 28 relatifs aux dispositions finales sont adoptés tacitement.

6. VOTE FINAL DE LA COMMISSION

Le projet de loi, tel qu'amendé par la commission, est adopté par 11 voix pour et 2 abstentions.

Vote de la recommandation d'entrée en matière sur le projet de loi

La commission recommande à l'unanimité au Grand Conseil l'entrée en matière sur le présent projet de loi sur l'orientation professionnelle (LOP).

Blonay, le 14 août 2017

Le rapporteur :
(Signé) Jean-Marc Nicolet

Liste des acronymes utilisés dans le rapport de la commission chargée d'étudier l'EMPL (RC-356) sur l'orientation professionnelle (LOP)

AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
AI	Assurance invalidité
AMP	Approche du monde professionnel (enseignement dispensé dans les classes VG)
CDOPU	Conférence suisse des directrices et directeurs de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière
CFC	Certificat fédéral de capacité
CIIP	Conférence intercantonale de l'instruction publique
CMFP	Case management pour la formation professionnelle
COGES	Commission de gestion
DECS	Département de l'économie et des sports
DFJC	Département de la formation, de la jeunesse et de la culture
DGEO	Direction générale de l'enseignement obligatoire
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
EMPL	Exposé des motifs et projet de loi
ETP	Equivalent temps plein
FORJAD	Formation pour jeunes adultes en difficulté
FORMAD	Formation professionnelle pour les adultes au bénéfice de l'aide sociale
JOM	Journée « Oser les métiers »
LACI	Loi sur l'assurance chômage
LASV	Loi sur l'action sociale vaudoise
LEO	Loi sur l'enseignement obligatoire
LGC	Loi sur le Grand Conseil
LOP	Loi sur l'orientation professionnelle
LOSP	Loi sur l'orientation scolaire et professionnelle
LPS	Loi sur la pédagogie spécialisée
LVLFPr	Loi vaudoise sur la formation professionnelle
MIS	Mesures d'insertion sociale
OCOSP	Office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle
OFPr	Ordonnance fédérale sur la formation professionnelle
ORP	Office régional de placement
RH	Ressources humaines
RI	Revenu d'insertion
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
SeMo	Semestre de motivation
SESAF	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation
SPAS	Service de prévoyance et d'aide sociale
SPEV	Service du personnel de l'Etat de Vaud
SPJ	Service de la protection de la jeunesse
SJL	Service juridique et législatif
T1	Mesures de transition 1
UNIL	Université de Lausanne
URSP	Unité de recherche pour le pilotage des systèmes pédagogiques
VG	Voie générale
VP	Voie prégymnasiale
VAE	Validation des acquis de l'expérience

Projet de loi sur l'orientation professionnelle – Tableau miroir

Projet du Conseil d'État

SECTION I GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Objet

[1] La présente loi régit les prestations de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (ci-après l'orientation), à savoir :

a. l'information sur les professions et les filières de formation ;
b. le conseil en orientation ;
c. le *case management* pour la formation professionnelle ;
d. la participation au processus de certification professionnelle des adultes.

[2] Elle définit également le dispositif de coordination des mesures de préparation à la formation professionnelle dans le passage de l'école obligatoire à la formation du degré secondaire II, à savoir les mesures de transition 1, ainsi que la procédure d'accès à celles-ci.

Art. 2 Champ d'application

[1] Les prestations de l'orientation sont octroyées aux personnes domiciliées dans le canton.

[2] Elles sont subsidiaires aux prestations spécifiques octroyées notamment dans le cadre de l'assurance-chômage, l'action sociale et l'assurance-invalidité.

Art. 3 Buts

[1] L'orientation vise plus particulièrement à :

a. accompagner les jeunes et les adultes, tout au long de leur parcours, afin qu'ils choisissent leur voie de formation en toute connaissance de cause ;
b. faciliter l'insertion professionnelle, en particulier de celles et ceux qui sont momentanément en rupture scolaire ou professionnelle ;

Texte à l'issue des travaux de la commission

SECTION I GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Objet

[1] La présente loi régit les prestations de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (ci-après l'orientation), à savoir :

a. l'information sur les professions et les filières de formation ;
b. le conseil en orientation ;
c. le *case management* pour la formation professionnelle ;
d. la participation au processus de certification professionnelle des adultes.

[2] Elle définit également le dispositif de coordination des mesures de préparation à la formation professionnelle dans le passage de l'école obligatoire à la formation du degré secondaire II, à savoir les mesures de transition 1, ainsi que la procédure d'accès à celles-ci.

Art. 2 Champ d'application

[1] Les prestations de l'orientation sont octroyées aux personnes domiciliées dans le canton.

[2] Elles sont subsidiaires aux prestations spécifiques octroyées notamment dans le cadre de l'assurance-chômage, l'action sociale et l'assurance-invalidité.

Art. 3 Buts

[1] L'orientation vise plus particulièrement à :

a. accompagner les jeunes et les adultes, tout au long de leur parcours, afin qu'ils choisissent leur voie de formation en toute connaissance de cause ;
b. faciliter l'insertion professionnelle, en particulier de celles et ceux qui sont momentanément en rupture scolaire ou professionnelle ;

c. faciliter les transitions dans les parcours de formation et les parcours professionnels ;

d. augmenter l'employabilité des personnes, plus particulièrement, celle des publics faiblement qualifiés, tout en tenant compte des nouveaux besoins du monde du travail et de la société ;

e. favoriser l'égalité des chances, notamment sur le plan social et entre les genres ;

f. améliorer la lisibilité du système de formation par une information sur l'ensemble des filières et leurs débouchés ;

g. faciliter la compréhension du marché de l'emploi et des attentes des entreprises, notamment par la mise à disposition d'informations adaptées aux différents publics cibles ;

h. valoriser toutes les filières de formation et faciliter l'accès des jeunes à la formation.

Art. 4 Principes

1 En fonction des moyens alloués, les prestations peuvent être dispensées de manière individuelle ou collective et visent à répondre, en premier lieu, aux besoins spécifiques des jeunes et des adultes ne bénéficiant pas d'un titre de formation professionnelle initiale.

2 Les prestations de base de l'orientation sont gratuites. L'article 26 est réservé.

3 Les prestations sont centrées sur la personne et visent à développer son autonomie et à contribuer à son épanouissement. Elles s'inscrivent dans un principe de neutralité et d'objectivité, notamment en évitant les stéréotypes de genre, et s'abstiennent de participer à des mesures de sélection.

4 Les prestations se réalisent dans une perspective d'aide au choix en vue d'une insertion directe et durable dans le monde professionnel. Les bénéficiaires conservent l'entière responsabilité de leurs choix.

c. faciliter les transitions dans les parcours de formation et les parcours professionnels ;

d. augmenter l'employabilité des personnes, plus particulièrement, celle des publics faiblement qualifiés, tout en tenant compte des nouveaux besoins du monde du travail et de la société ;

e. favoriser l'égalité des chances, notamment sur le plan social et entre les genres ;

f. améliorer la lisibilité du système de formation par une information sur l'ensemble des filières et leurs débouchés ;

g. faciliter la compréhension du marché de l'emploi et des attentes des ~~entreprises~~ milieux professionnels, notamment par la mise à disposition d'informations adaptées aux différents publics cibles ;

h. valoriser et promouvoir toutes les filières de formation, et faciliter l'accès des jeunes à la formation.

Art. 4 Principes

1 En fonction des moyens alloués, les prestations peuvent être dispensées de manière individuelle ou collective et visent à répondre, en premier lieu, aux besoins spécifiques des jeunes et des adultes ne bénéficiant pas d'un titre de formation professionnelle initiale.

2 Les prestations de base de l'orientation sont accessibles à tous et gratuites. L'article 26 est réservé.

3 Les prestations sont centrées sur la personne et visent à développer son autonomie et à contribuer à son épanouissement professionnel. Elles s'inscrivent dans un principe de neutralité et d'objectivité, notamment en évitant les stéréotypes de genre, et s'abstiennent de participer à des mesures de sélection.

4 Les prestations se réalisent dans une perspective d'aide au choix en vue d'une insertion directe et durable dans le monde professionnel. Les bénéficiaires conservent l'entière responsabilité de leurs choix.

Art. 5 Département et service

[1] Le département en charge de la formation (ci-après le département) est l'autorité compétente en matière d'orientation.

[2] Il exerce ses compétences et tâches par l'intermédiaire du service en charge de l'orientation (ci-après le service).

Art. 6 Commission consultative

[1] Le Conseil d'Etat institue une commission cantonale consultative dont l'objectif est de participer à la définition de la politique générale en matière d'orientation.

[2] Elle a un rôle de conseil et peut être requise de donner son avis aux autorités cantonales sur les questions liées au champ et à la mise en œuvre de la présente loi, ainsi que sur toute autre question relevant de l'orientation.

[3] Elle est composée de 10 à 15 membres représentant les milieux concernés, tels que les parents, les communes, les associations professionnelles, patronales et syndicales, les hautes écoles et les services cantonaux partenaires.

[4] Elle se réunit chaque fois que des objets de sa compétence l'exigent, mais au moins une fois par an. Le service en charge de l'orientation en assure la présidence et le secrétariat.

Art. 7 Collaboration et coordination

[1] Pour réaliser les objectifs visés par la présente loi, le service collabore et coordonne son action notamment avec :

a. les services cantonaux concernés, en particulier ceux en charge de la formation obligatoire, post-obligatoire et supérieure, de l'action sociale et de l'emploi ;
b. les directions des établissements de la scolarité obligatoire et post-obligatoire ;
c. les services concernés des communes ;

Art. 5 Département et service

[1] Le département en charge de la formation (ci-après le département) est l'autorité compétente en matière d'orientation.

[2] Il exerce ses compétences et tâches par l'intermédiaire du service en charge de l'orientation (ci-après le service).

Art. 5bis Terminologie

[1] Toute désignation de personne, de statut, de fonction ou de profession utilisée dans la présente loi s'applique indifféremment aux femmes et aux hommes.

~~**Art. 6 – Commission consultative**~~

~~[1] Le Conseil d'Etat institue une commission cantonale consultative dont l'objectif est de participer à la définition de la politique générale en matière d'orientation.~~

~~[2] Elle a un rôle de conseil et peut être requise de donner son avis aux autorités cantonales sur les questions liées au champ et à la mise en œuvre de la présente loi, ainsi que sur toute autre question relevant de l'orientation.~~

~~[3] Elle est composée de 10 à 15 membres représentant les milieux concernés, tels que les parents, les communes, les associations professionnelles, patronales et syndicales, les hautes écoles et les services cantonaux partenaires.~~

~~[4] Elle se réunit chaque fois que des objets de sa compétence l'exigent, mais au moins une fois par an. Le service en charge de l'orientation en assure la présidence et le secrétariat.~~

Art. 7 Collaboration et coordination

[1] Pour réaliser les objectifs visés par la présente loi, le service collabore et coordonne son action notamment avec :

a. les services cantonaux concernés, en particulier ceux en charge de la formation obligatoire, post-obligatoire et supérieure, de l'action sociale et de l'emploi ;
b. les directions des établissements de la scolarité obligatoire et post-obligatoire ;
c. les services concernés des communes ;

d. les organisations du monde du travail et les associations patronales ;
e. les organismes privés subventionnés concernés ;
f. les organisations intercantonales et la Confédération.

Art. 8 Plateformes de coordination

1 Afin de renforcer la collaboration entre les acteurs et les partenaires de l'orientation et d'assurer une coordination opérationnelle, le département institue et participe à des plateformes de coordination.

2 Ces plateformes de coordination ont notamment pour missions de :

a. assurer le lien entre les prestations de l'orientation et le monde professionnel, notamment en veillant à l'adéquation des prestations de l'orientation en regard des exigences professionnelles ;
b. faciliter l'accès des jeunes à une formation de degré secondaire II, et notamment à des places d'apprentissage ;
c. organiser et mettre en œuvre des évènements et manifestations d'information sur les métiers et les filières de formation.

SECTION II PRESTATIONS

Art. 9 Information

1 L'information consiste à élaborer des ressources documentaires portant sur l'ensemble des professions, des filières de formation et des débouchés, et de les mettre à disposition du public, des professionnels et des partenaires.

2 Elle peut également prendre la forme de manifestations publiques, conférences, visites d'entreprises ou d'écoles, à l'intention des jeunes et des parents.

Art. 10 Conseil en orientation

1 Le conseil en orientation contribue à la préparation d'un choix professionnel ou d'une

d. les organisations du monde du travail et les associations patronales ;
e. les organismes privés subventionnés concernés ;
f. les organisations intercantonales et la Confédération.

Art. 8 Plateformes de coordination

1 Afin de renforcer la collaboration entre les acteurs et les partenaires de l'orientation et d'assurer une coordination opérationnelle, le département institue et participe à des plateformes de coordination.

2 Ces plateformes de coordination ont notamment pour missions de :

a. assurer le lien entre les prestations de l'orientation et le monde professionnel, notamment en veillant à l'adéquation des prestations de l'orientation en regard des exigences professionnelles ;
b. faciliter l'accès des jeunes à une formation de degré secondaire II, et notamment à des places d'apprentissage ;
c. organiser et mettre en œuvre des évènements et manifestations d'information et de promotion sur les métiers et les filières de formation ;
d. organiser l'information afin de valoriser toutes les filières de formation de manière équivalente.

SECTION II PRESTATIONS

Art. 9 Information

1 L'information consiste à élaborer des ressources documentaires portant sur l'ensemble des professions, des filières de formation et des débouchés, et de les mettre à disposition du public, des professionnels et des partenaires.

2 Elle peut également prendre la forme de manifestations publiques, conférences, visites d'entreprises ou d'écoles, notamment professionnelles, à l'intention des jeunes et des parents.

Art. 10 Conseil en orientation

1 Le conseil en orientation contribue à la préparation d'un choix professionnel ou d'une

filière de formation, en particulier durant les dernières années de la scolarité obligatoire en collaboration avec les enseignants du degré secondaire I, et s'exerce par le biais d'entretiens individuels ou de prestations collectives.

[2] Le conseil en orientation tend également à favoriser l'insertion ou la réinsertion de la personne compte tenu des possibilités et des réalités du marché du travail.

[3] Il comprend :

a. l'évaluation des aptitudes et des intérêts de la personne, au besoin à l'aide d'outils psychométriques ;
b. l'élaboration d'un projet professionnel ou de formation en regard des motivations et des ressources de la personne et du marché de l'emploi ;
c. le soutien à la personne dans la mise en œuvre des moyens nécessaires à la réalisation de ce projet

Art. 11 Case management pour la formation professionnelle

[1] Le case management pour la formation professionnelle comprend :

a. l'identification et le recensement de tous les élèves potentiellement en difficulté d'insertion ou sans place de formation au terme de leur scolarité obligatoire, ainsi que des jeunes en rupture ou sans solution de formation post-obligatoire ;
b. l'évaluation de la situation des bénéficiaires eu égard à leurs possibilités d'insertion dans une filière de formation professionnelle ;
c. la définition et la mise en œuvre d'une stratégie d'insertion dans la formation

filière de formation~~, en particulier durant les dernières années de la scolarité obligatoire en collaboration avec les enseignants du degré secondaire I,~~ et s'exerce par le biais d'entretiens individuels ou de prestations collectives.

[2] Le conseil en orientation tend également à favoriser l'insertion ou la réinsertion de la personne compte tenu des possibilités et des réalités du marché du travail.

[3] Il comprend :

a. l'évaluation des aptitudes et des intérêts de la personne, au besoin à l'aide d'outils psychométriques ;
b. l'élaboration d'un projet professionnel ou de formation en regard des motivations et des ressources de la personne et du marché de l'emploi ;
c. le soutien à la personne dans la mise en œuvre des moyens nécessaires à la réalisation de ce projet.

[4] Dans le cadre des établissements publics de la scolarité obligatoire, le conseil en orientation recouvre en particulier :

a. dès la 9ème année, un conseil individualisé sur demande pour les élèves qui sont à deux ans de la fin de l'école obligatoire ;
b. dès la 10ème année, des activités collectives d'information et d'élaboration de projet et un conseil individualisé dans le cadre du programme d'accompagnement au choix professionnel.

Art. 11 Case management pour la formation professionnelle

[1] Le case management pour la formation professionnelle comprend :

a. l'identification et le recensement de tous les élèves potentiellement en difficulté d'insertion ou sans place de formation au terme de leur scolarité obligatoire, ainsi que des jeunes en rupture ou sans solution de formation post-obligatoire ;
b. l'évaluation de la situation des bénéficiaires eu égard à leurs possibilités d'insertion dans une filière de formation professionnelle ;
c. la définition et la mise en œuvre d'une stratégie d'insertion dans la formation

professionnelle, avec le réseau social, professionnel et de formation

d. la participation à la mise en œuvre du dispositif de coordination des mesures de transition 1 au sens des articles 13 et suivants.

Art. 12 Certification professionnelle des adultes

1 Le service concourt au processus de certification professionnelle des adultes, avec le service en charge de la formation professionnelle et les organisations du monde du travail.

2 Il participe à la mise en œuvre d'un portail d'entrée unique chargé d'informer les personnes intéressées sur les différentes voies possibles de certification.

3 Il conseille les personnes sur la voie de certification la plus adéquate et les accompagne dans leurs démarches, notamment en vue d'acquérir les compléments de formation nécessaires, jusqu'à la certification visée.

4 En matière de certification par validation des acquis de l'expérience, il appuie les personnes dans l'établissement de l'inventaire des compétences dont elles peuvent se prévaloir et qu'elles ont acquises en dehors des filières de formation habituelles.

SECTION III DISPOSITIF DE COORDINATION DES MESURES DE TRANSITION 1 ET PROCÉDURE D'ACCÈS

Art. 13 Direction interservices

1 Afin d'optimiser le fonctionnement des institutions de transition, d'insertion et d'orientation, il est institué une Direction interservices de coordination de la transition 1.

2 La Direction interservices est composée, au minimum, d'un représentant des services en charge de :

a. l'enseignement obligatoire ;

b. l'enseignement postobligatoire ;

c. l'orientation ;

d. la protection de la jeunesse ;

professionnelle, avec le réseau social, professionnel et de formation

d. la participation à la mise en œuvre du dispositif de coordination des mesures de transition 1 au sens des articles 13 et suivants.

Art. 12 Certification professionnelle des adultes

1 Le service concourt au processus de certification professionnelle des adultes, avec le service en charge de la formation professionnelle et les organisations du monde du travail.

2 Il participe à la mise en œuvre d'un portail d'entrée unique chargé d'informer les personnes intéressées sur les différentes voies possibles de certification.

3 Il conseille les personnes sur la voie de certification la plus adéquate et les accompagne dans leurs démarches, notamment en vue d'acquérir les compléments de formation nécessaires, jusqu'à la certification visée.

4 En matière de certification par validation des acquis de l'expérience, il appuie les personnes dans l'établissement de l'inventaire des compétences dont elles peuvent se prévaloir et qu'elles ont acquises en dehors des filières de formation habituelles.

SECTION III DISPOSITIF DE COORDINATION DES MESURES DE TRANSITION 1 ET PROCÉDURE D'ACCÈS

Art. 13 Direction interservices

1 Afin d'optimiser le fonctionnement des institutions de transition, d'insertion et d'orientation, il est institué une Direction interservices de coordination de la transition 1.

2 La Direction interservices est composée, au minimum, d'un représentant des services en charge de :

a. l'enseignement obligatoire ;

b. l'enseignement postobligatoire ;

c. l'orientation ;

d. la protection de la jeunesse ;

e. l'emploi ;

f. l'action sociale.

3 La Direction interservices définit les modalités de son fonctionnement. Le service en charge de l'orientation en assure la présidence.

4 La Direction interservices a pour tâches :

a. le pilotage concerté des actions liées aux mesures de transition 1 ;

b. la coordination des mesures de transition 1, notamment par le biais d'une procédure d'accès ;

c. l'évaluation et la régulation des mesures de transition 1, afin d'améliorer le parcours des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle.

Art. 14 Procédure d'accès

1 Le service coordonne les interventions des différents acteurs des mesures de transition 1 en mettant en œuvre une procédure d'accès structurée et centralisée, via des guichets.

2 Les guichets sont chargés de recevoir les demandes d'admission et de déterminer les mesures les plus adéquates, en rendant un préavis, établi sur la base d'un dossier d'admission et tenant compte des besoins du requérant et du nombre de place disponibles dans les offres existantes.

3 Lorsque le préavis correspond à la volonté du requérant, le service transmet directement le dossier d'admission au prestataire concerné. Dans le cas contraire, le dossier d'admission et le préavis sont remis au requérant, qui conserve la possibilité de les adresser directement au prestataire concerné.

4 En cas de refus d'admission à une mesure par le prestataire concerné, le service peut être sollicité pour trouver une autre solution.

Art. 15 Décision d'admission

e. l'emploi ;

f. l'action sociale.

3 La Direction interservices définit les modalités de son fonctionnement. Le service en charge de l'orientation en assure la présidence.

4 La Direction interservices a notamment pour tâches :

a. le pilotage concerté des actions liées aux mesures de transition 1 ;

b. la coordination des mesures de transition 1, notamment par le biais d'une procédure d'accès ;

c. l'évaluation et la régulation des mesures de transition 1, afin d'améliorer le parcours des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle.

Art. 14 Procédure d'accès

1 Le recours à des mesures de transition 1 est subsidiaire à un accès direct à la formation.

2 Le service coordonne les interventions des différents acteurs des mesures de transition 1 en mettant en œuvre une procédure d'accès structurée et centralisée, via des guichets.

3 Les guichets sont chargés de recevoir les demandes d'admission et de déterminer les mesures les plus adéquates, en rendant un préavis, établi sur la base d'un dossier d'admission et tenant compte des besoins du requérant et du nombre de place disponibles dans les offres existantes.

4 Lorsque le préavis correspond à la volonté du requérant, le service transmet directement le dossier d'admission au prestataire concerné. Dans le cas contraire, le dossier d'admission et le préavis sont remis au requérant, qui conserve la possibilité de les adresser directement au prestataire concerné.

5 En cas de refus d'admission à une mesure par le prestataire concerné, le service peut être sollicité pour trouver une autre solution.

Art. 15 Décision d'admission

[1] Les différents prestataires des mesures de transition 1 sont compétents pour statuer sur les demandes d'admission.

[2] Les conditions d'admission et la procédure sont réglées par les lois spéciales.

SECTION IV ORGANISATION

Art. 16 Service

[1] Le service est responsable de la direction cantonale de l'orientation et du suivi de la qualité des prestations.

[2] Il organise les prestations par régions et institue des Centres régionaux d'orientation.

Art. 17 Centres régionaux d'orientation et communes

[1] Les Centres régionaux d'orientation offrent les prestations prévues par la présente loi.

[2] La régionalisation prend en compte les découpages administratifs des services partenaires.

[3] Chaque commune est rattachée à un Centre régional d'orientation.

Art. 18 Qualification des conseillers et conseillères en orientation

[1] Le conseil en orientation est dispensé par des professionnels au bénéfice d'une formation universitaire en psychologie ou d'une formation équivalente reconnue par la Confédération.

SECTION V PROTECTION DES DONNÉES

Art. 19 Traitement des données

[1] Le département et le service peuvent traiter des données personnelles, y compris sensibles, sur les bénéficiaires des prestations de l'orientation.

[2] Les données sont traitées dans la mesure nécessaire à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.

[1] Les différents prestataires des mesures de transition 1 sont compétents pour statuer sur les demandes d'admission.

[2] Les conditions d'admission et la procédure sont réglées par ~~les lois spéciales~~ différentes lois y relatives.

SECTION IV ORGANISATION

Art. 16 Service

[1] Le service est responsable de la direction cantonale de l'orientation et du suivi de la qualité des prestations.

[2] Il organise les prestations par régions et institue des Centres régionaux d'orientation.

Art. 17 Centres régionaux d'orientation et communes

[1] Les Centres régionaux d'orientation offrent les prestations prévues par la présente loi.

[2] La régionalisation prend en compte les découpages administratifs des services partenaires.

[3] Chaque commune est rattachée à un Centre régional d'orientation.

Art. 18 Qualification des conseillers et conseillères en orientation

[1] Le conseil en orientation est dispensé par des professionnels au bénéfice d'une formation spécialisée reconnue par la Confédération. ~~Le conseil en orientation est dispensé par des professionnels au bénéfice d'une formation universitaire en psychologie ou d'une formation équivalente reconnue par la Confédération~~.

[2] Les professionnels en orientation suivent, à intervalles réguliers, une formation continue. Une directive en précise les modalités.

SECTION V PROTECTION DES DONNÉES

Art. 19 Traitement des données

[1] Le département et le service peuvent traiter des données personnelles, y compris sensibles, sur les bénéficiaires des prestations de l'orientation.

[2] Les données sont traitées dans la mesure nécessaire à l'accomplissement des tâches prévues par la présente loi.

[3] Le service peut en particulier constituer un dossier de suivi du parcours des jeunes qui sollicitent des mesures de transition 1, ou sont en difficultés d'insertion, dans le but d'assurer la coordination entre les divers partenaires impliqués dans le *case management* pour la formation professionnelle.

[4] Le refus de transmettre les données nécessaires peut fonder le refus de toute prestation.

Art. 20 Accès aux données

[1] Le service gère un système d'information contenant les données prévues à l'article 19 de la présente loi.

[2] Le département détermine les catégories de données que le service est habilité à traiter dans le système d'information et fixe les règles et les limites d'accès.

[3] Un accès par procédure d'appel peut être octroyé à d'autres services de l'Etat ou entités parapubliques qui concourent à l'accomplissement des buts poursuivis par la présente loi, si un intérêt prépondérant le commande, notamment en vue de la mise en œuvre et du suivi des mesures de transition 1.

Art. 21 Communication des données

[1] Le service ne peut communiquer des données sensibles à des tiers concernés qu'avec l'accord préalable des bénéficiaires ou de leurs représentants légaux. L'article 20, alinéa 3 est réservé.

Art. 22 Loi sur la protection des données

[1] Pour le surplus, la loi du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles est applicable.

[3] Le service peut en particulier constituer un dossier de suivi du parcours des jeunes qui sollicitent des mesures de transition 1, ou sont en difficultés d'insertion, dans le but d'assurer la coordination entre les divers partenaires impliqués dans le *case management* pour la formation professionnelle.

[4] Le refus de transmettre les données nécessaires peut fonder le refus de toute prestation.

Art. 20 Accès aux données

[1] Le service gère un système d'information contenant les données prévues à l'article 19 de la présente loi.

[2] Le département détermine les catégories de données que le service est habilité à traiter dans le système d'information et fixe les règles et les limites d'accès.

[3] Un accès par procédure d'appel peut être octroyé par le département à d'autres services de l'Etat ou entités parapubliques qui concourent à l'accomplissement des buts poursuivis par la présente loi, si un intérêt prépondérant le commande. ~~notamment en vue de la mise en œuvre et du suivi des mesures de transition 1.~~ Dans le champ des mesures de transition 1, le département sollicite le préavis de la Direction interservices avant d'octroyer cet accès.

Art. 21 Communication des données

[1] ~~Le service ne peut communiquer des données sensibles~~ Les données sensibles ne peuvent être communiquées à des tiers concernés qu'avec l'accord préalable des bénéficiaires ou de leurs représentants légaux. ~~L'article 20, alinéa 3 est réservé.~~

Art. 22 Loi sur la protection des données

[1] Pour le surplus, la loi du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles est applicable.

SECTION VI DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Art. 23 Participation de l'Etat

[1] Dans le cadre du budget alloué au département, l'Etat prend à sa charge les salaires, les charges sociales et les frais de formation continue de l'ensemble des collaborateurs, y compris administratifs, qui accomplissent les prestations de l'orientation telles que mentionnées à l'article 1, alinéa 1.

[2] Il supporte également les frais de matériel, autres que ceux visés à l'article 24, alinéa 1.

Art. 24 Participation des communes

[1] La commune, siège d'un Centre régional d'orientation, supporte les frais de locaux et de mobilier, selon la directive établie par le département.

[2] Elle est l'instance administrative qui centralise et répartit les charges annuelles relatives au fonctionnement de l'ensemble des lieux de consultation du Centre, selon une convention de collaboration intercommunale au sens de l'article 107b de la loi du 28 février 1956 sur les communes, approuvée par le département, définissant les modalités de participation des communes et tenant compte d'une répartition par habitants. A défaut d'entente, le département est compétent pour définir ces modalités en se fondant, le cas échéant, sur les conventions des autres régions.

[3] Les décisions de répartition prises par la commune peuvent faire l'objet d'un recours au département.

Art. 25 Subventions

[1] Afin d'assurer la réalisation des prestations prévues par la présente loi, le service peut déléguer des tâches, notamment à des personnes privées, par la conclusion de conventions de subventionnement.

[2] La convention fixe les objectifs et prévoit les moyens d'en contrôler la réalisation. Elle précise les conditions ou charges liées à l'octroi de la subvention, ainsi que les éventuelles sanctions en cas de non-respect de celles-ci.

SECTION VI DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Art. 23 Participation de l'Etat

[1] Dans le cadre du budget alloué au département, l'Etat prend à sa charge les salaires, les charges sociales et les frais de formation continue de l'ensemble des collaborateurs, y compris administratifs, qui accomplissent les prestations de l'orientation telles que mentionnées à l'article 1, alinéa 1.

[2] Il supporte également les frais de matériel, autres que ceux visés à l'article 24, alinéa 1.

Art. 24 Participation des communes

[1] La commune, siège d'un Centre régional d'orientation, supporte les frais de locaux et de mobilier, selon la directive établie par le département.

[2] Elle est l'instance administrative qui centralise et répartit les charges annuelles relatives au fonctionnement de l'ensemble des lieux de consultation du Centre, selon une convention de collaboration intercommunale au sens de l'article 107b de la loi du 28 février 1956 sur les communes, approuvée par le département, définissant les modalités de participation des communes et tenant compte d'une répartition par habitants. A défaut d'entente, le département est compétent pour définir ces modalités en se fondant, le cas échéant, sur les conventions des autres régions.

[3] Les décisions de répartition prises par la commune peuvent faire l'objet d'un recours au département.

Art. 25 Subventions

[1] Afin d'assurer la réalisation des prestations prévues par la présente loi, le service peut déléguer des tâches, notamment à des personnes ~~privées~~ morales de droit privé, par la conclusion de conventions de subventionnement.

[2] La convention fixe les objectifs et prévoit les moyens d'en contrôler la réalisation. Elle précise les conditions ou charges liées à l'octroi de la subvention, ainsi que les éventuelles sanctions en cas de non-respect de celles-ci.

[3] L’entité délégataire est tenue de fournir toutes les informations utiles au contrôle de la bonne utilisation de la subvention.

Art. 26 Mandats de tiers

[1] Le service peut se voir confier des mandats de prestations, notamment par les institutions en charge des mesures sociales, du marché du travail ou de la formation.

[2] Il peut également assumer des mandats rémunérés d’information et de conseil, confiés par des instances nationales ou cantonales, des associations professionnelles, ou par des écoles privées.

SECTION VII DISPOSITIONS FINALES

Art. 27 Abrogation

[1] La loi du 19 mai 1980 sur l’orientation scolaire et professionnelle (LOSP) est abrogée.

Art. 28 Exécution et entrée en vigueur

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l’article 84, alinéa 1, lettre a, de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d’arrêté, la date d’entrée en vigueur.

[3] L’entité délégataire est tenue de fournir toutes les informations utiles au contrôle de la bonne utilisation de la subvention.

Art. 26 Mandats de tiers

[1] Le service peut se voir confier des mandats de prestations, notamment par les institutions en charge des mesures sociales, du marché du travail ou de la formation.

[2] Il peut également assumer des mandats rémunérés d’information et de conseil, confiés par des instances nationales ou cantonales, des associations professionnelles, ou par des écoles privées.

SECTION VII DISPOSITIONS FINALES

Art. 27 Abrogation

[1] La loi du 19 mai 1980 sur l’orientation scolaire et professionnelle (LOSP) est abrogée.

Art. 28 Exécution et entrée en vigueur

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l’article 84, alinéa 1, lettre a, de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d’arrêté, la date d’entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 8 mars 2017.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean

(Séance du mardi 28 février 2017) **MOT**
17_MOT_105

Motion Jérôme Christen et consorts – Pour obtenir une répartition plus équitable du financement des établissements scolaires entre l'Etat de Vaud et les Communes en matière de rénovations lourdes ou de nouvelles constructions

Texte déposé

De plus en plus de communes, un peu partout dans notre canton, seront confrontées dans les années à venir à d'importantes difficultés financières face à la charge qui s'annonce en matière de constructions scolaires. C'est aussi le résultat d'une politique voulue par l'Etat de Vaud d'encouragement des communes à construire des logements pour assumer notre attractivité économique. Or, la réalité rattrape les communes. L'apport fiscal des nouveaux citoyens ne couvre le plus souvent pas les charges induites en matière d'infrastructures. La construction de nouvelles écoles sur tout le territoire, rendue obligatoire par la Loi scolaire de 2011, écrase le budget de nombreuses communes qui atteignent des seuils d'endettement critiques.

Les communes et leurs habitants assument 100% des coûts exorbitants de ces chantiers qui se chiffrent en dizaine de millions. Ils font plonger leurs finances dans les chiffres rouges. Les communes n'ont d'autre choix que, soit passer par une augmentation des impôts communaux, ce qui est quasi mission impossible, soit se surendetter, situation qui n'est pas viable à terme.

Or aujourd'hui, le canton dicte les règles de construction ou de rénovation — nombre de salles, salles spéciales, locaux d'accueil, cantines, etc. — sans se préoccuper de la facture, ce qui constitue une entorse au principe immuable selon lequel celui qui commande devrait payer.

Par ailleurs, la répartition de la facture liée à l'exploitation des complexes scolaires tourne en calculs d'apothicaires. Pour cela, l'Etat de Vaud négocie depuis un certain nombre d'années — avec difficulté — des conventions qui fixent ce que les communes doivent à l'Etat de Vaud pour les tâches assumées par les directions des écoles. Les questions d'équipement et de matériel mènent à des discussions fastidieuses.

Le meilleur moyen de résoudre les problèmes précités serait de décider que la moitié du financement de la construction et de l'entretien des murs des écoles revient au canton et l'autre moitié aux communes. Tous les équipements scolaires fixes et mobiles seraient de la responsabilité de l'Etat de Vaud et à sa charge, ce qui est d'autant plus logique que ses usagers — enseignants, direction — sont des employés de l'Etat de Vaud et qu'ils sont les mieux placés pour décider de leurs besoins et les assumer au travers d'enveloppes budgétaires. Cela résoudrait bien des situations conflictuelles, lesquelles font perdre beaucoup d'énergie depuis de nombreuses années.

La présente motion demande que le Conseil d'Etat formalise les principes suivants :

- le canton subventionne toute nouvelle infrastructure immobilière scolaire ou parascolaire publique ;
- la subvention concerne la construction de nouvelles infrastructures ou la rénovation lourde de bâtiments existants ;
- elle s'élève à 50% des investissements de construction ou de rénovation lourde votés par les législatifs communaux ;
- la valeur des terrains n'est pas prise en considération pour le calcul de la subvention par construction, on entend les murs sans les équipements ;
- l'intégralité des équipements est à charge de l'Etat de Vaud ;
- les communes restent propriétaires de ces infrastructures et en assurent les frais d'entretien ;
- est concernée par la présente motion toute nouvelle infrastructure n'ayant pas encore obtenu le permis de construire au moment de l'acceptation de la motion.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Jérôme Christen
et 25 cosignataires

Développement

M. Jérôme Christen (AdC) : — Le dépôt de cette motion s'inscrit dans la continuité de *l'Initiative Charlemagne* qui a échoué, non pas en raison d'un rejet de la proposition, mais en raison de forces insuffisantes, sur le terrain, pour récolter les 12'000 signatures requises. Il n'en demeure pas moins qu'environ 6000 signatures avaient été récoltées. Plutôt que choisir la voie de la transformation en pétition, compte tenu du fait que nous sommes représentés dans ce parlement, nous avons préféré laisser un peu de temps passer pour analyser la situation. En fin de compte, nous avons décidé de déposer l'intervention parlementaire que je vous présente.

La proposition est motivée par deux constats : premièrement, de plus en plus de communes, un peu partout dans le canton, seront confrontées, dans les années à venir, à d'importantes difficultés financières face à la charge qui s'annonce en matière de constructions scolaires. C'est aussi le résultat de la politique, voulue par l'Etat de Vaud, d'encouragement des communes à construire des logements pour assumer notre attractivité économique. Or, la réalité rattrape les communes et, le plus souvent, l'apport fiscal des nouveaux citoyens ne couvre pas les charges induites en matière d'infrastructures. La construction de nouvelles écoles, sur tout le territoire, rendue obligatoire par l'entrée en vigueur de la Loi sur l'enseignement obligatoire (LEO), écrase le budget de nombreuses communes qui atteignent des seuils d'endettement critiques.

Deuxièmement, la répartition de la facture liée à l'exploitation des complexes scolaires tourne en calculs d'apothicaires. Pour cela, l'Etat de Vaud négocie depuis quelques années, avec difficultés, des conventions fixant ce que les communes doivent à l'Etat ou ce que l'Etat doit aux communes, pour les tâches assumées par les directions des écoles ou par les communes. Les questions d'équipement et de matériel mènent à des discussions fastidieuses et les conventions n'aboutissent pas.

La présente motion demande que le Conseil d'Etat étudie et formalise les principes suivants, que je résume ici.

- Le canton subventionne 50 % de toute nouvelle infrastructure immobilière scolaire ou parascolaire publique.
- L'intégralité des équipements intérieurs de ces bâtiments est à la charge de l'Etat de Vaud.
- Les communes restent propriétaires des infrastructures et assurent les frais d'entretien.

Je vous remercie de votre attention.

La motion, cosignée par au moins 20 députés, est renvoyée à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

SEPTEMBRE 20177 **RC-MOT_**
(17_MOT_105)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Motion Jérôme Christen et consorts - Pour obtenir une répartition plus équitable du financement des établissements scolaires entre l'Etat de Vaud et les Communes en matière de rénovations lourdes ou de nouvelles constructions

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 2 juin 2017, de 14h30 à 16h30, à la salle de conférences 55 du DFJC, Rue de la Barre 8, à Lausanne.

Elle était composée de Madame Fabienne Freymond Cantone et de Messieurs Jérôme Christen, Julien Cuérel, Philippe Grobéty, Daniel Meienberger, Jean-Marc Nicolet, Michel Renaud, Stéphane Rezso, confirmé dans son rôle de président-rapporteur, Bastien Schobinger, Claude Schwab, Daniel Trolliet.

Messieurs Pierre-Yves Rapaz et Eric Sonnay étaient excusés.

Ont également participé à la séance Madame Anne-Catherine Lyon (Cheffe du DFJC), ainsi que Messieurs Alain Bouquet (directeur général de la DGEO), Giancarlo Valceschini (directeur général adjoint DGEO).

Madame Sophie Métraux (SGC) a tenu les notes de séance.

2. POSITION DU MOTIONNAIRE

Le motionnaire demande que le Conseil d'Etat formalise les principes suivants :
- le canton subventionne 50% de toute nouvelle infrastructure immobilière scolaire ou parascolaire publique ;
- la subvention concerne la construction de nouvelles infrastructures ou la rénovation lourde de bâtiments existants ;
- l'intégralité des équipements intérieurs est à charge de l'Etat de Vaud ;
- les communes restent propriétaires de ces infrastructures et en assurent les frais d'entretien.

Selon un rapport de la Cour des comptes, d'ici à 2035, la construction de nouveaux collèges est estimée à environ CH 1 milliard. Un protocole d'accords entre le Canton et les communes, entré en vigueur en 2014, vise à alléger les charges financières des communes. Cependant, ce texte est insuffisant, car il se contente de diminuer les surfaces des classes et la hauteur des plafonds.

La collaboration Canton-communes est voulue par la loi sur l'enseignement obligatoire (LEO), mais elle est entravée par un certain nombre de blocages politiques entretenant un flou dans les exigences, par exemple quant à la taille des salles spéciales, des bibliothèques, etc. Ces situations génèrent souvent du gaspillage (surdimensionnement des constructions).

La commission des constructions scolaires n'est plus opérationnelle, car les communes ne s'estimaient pas assez représentées au sein de cet organe. La nomenclature des classes n'est pas harmonisée et la définition de la salle de classe n'est pas spécifiée. Les normes en matière de construction scolaire sont régies par l'ancienne loi. Elles sont obsolètes.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Lors d'EtaCom en 1999, le désenchevêtrement des tâches a attribué les constructions scolaires aux communes, les coûts des enseignants au Canton. (Les traitements des enseignants sont passés de 560 millions en 1996 à 900 millions en 2017).

La loi sur les subventions cantonales (Lsubv) ne permet pas de subventionner directement les communes, par ailleurs il y a une véritable corrélation entre le nombre de salles de classe et l'évolution de la population.

A ce jour la commission des constructions scolaires a été mise en veilleuse, car les communes ne voulaient plus y siéger en raison de sa composition. Elle a été remplacée par des négociations politiques entre le Canton et les communes (via des représentants de l'UCV et de l'AdCV). De nombreuses séances ont déjà eu lieu, mais il n'a pas été possible de finaliser le dispositif.

Le rapport de la Cour des Comptes a démontré qu'avec les mêmes règles, les mêmes normes, les communes construisent toutefois dans des différentiels de prix allant de 1 à 4.

Finalement, il est à noter que le DECS est aussi concerné par la problématique, car les salles de gymnastique relèvent de sa responsabilité.

4. DISCUSSION GENERALE

La commission est partagée. Il est fait part de réticences à l'égard de la motion, tant sur la forme jugée trop stricte que sur le fond considéré entre autres comme irréaliste, injuste à l'égard de certaines communes et risquant de remettre en cause l'autonomie communale. En revanche, certains commissaires considèrent que le texte est digne d'intérêt, car il permet notamment d'ouvrir une discussion sur la liste des équipements scolaires afin de mieux définir ce que paient les communes, respectivement l'Etat. Les points suivants ont été abordés :

Normes minimales

L'ensemble des anciennes normes a été revalidé en 2002. Certaines ont été revues à la baisse, comme la réduction des m^2 pour les salles de classe (72 m^2 à 64 $m^{2)}$, ou la hauteur de plafond (3m à 2m70). Ces normes dépendent de l'intégration ou pas d'armoires dans les salles et diffèrent en fonction de l'âge des enfants qui y seront scolarisés.

Autonomie communale

Plusieurs commissaires craignent qu'un subventionnement des constructions scolaires par l'Etat fasse perdre de l'autonomie aux communes. Dès lors, suivant le principe « qui paie commande », bien que devant respecter les normes minimales, les communes bénéficient d'une marge de manœuvre relativement importante. Les communes ont trouvé des solutions diverses pour leurs constructions scolaires (associations, regroupements, fusions, etc.) et ont ainsi pu bâtir en cohérence avec la réalité du terrain. Or, la subvention proposée annulerait cette autonomie, peut-être plus encore pour les petites communes, car l'Etat pourrait préférer investir dans les grands centres.

Toutefois pour le motionnaire, la situation actuelle ne respecte pas le principe « qui paie commande ». Le rapport de la Cour des comptes indique que la nomenclature des classes n'est pas harmonisée et que la définition de la salle de classe n'est pas spécifiée. Des communes pourraient éventuellement diminuer leurs factures en tenant compte des normes qui ont été revues à la baisse, mais dans la réalité, ce n'est pas aussi clair. Des communes mentionnent que l'Etat impose certaines choses qui alourdissent la facture.

Injustice et inégalités générées par la motion

Pour plusieurs commissaires**,** la motion est source d'injustice et d'inégalités de traitement entre communes. En effet, d'une part elle concerne les communes qui n'ont pas encore investi et pénalise alors les communes qui ont déjà construit à leurs frais. D'autre part, sachant que les 50% de subventionnement se réfèrent à l'ensemble des investissements, sans spécification des normes

minimales, il n'apparaît donc pas juste qu'une commune paie pour les équipements d'une autre commune qui aurait choisi de bâtir au-delà des normes minimales.

Salles de sport et installations pour le parascolaire

Pour un commissaire, ce sont les salles de gymnastiques qui coûtent cher, non pas les salles de classe. En effet, pour 10 salles de classe, une salle de sport est impérative. Le rapport de la Cour des comptes montre d'ailleurs que les projets des communes qui comprennent une salle de sport ont les coûts les plus élevés. Dès lors, soit se pose la question d'une subvention liée aux salles de sport, soit il convient de réfléchir à la diminution du nombre d'heures de sport.

Pour le Conseil d'Etat, le sport est la seule discipline de toute la grille-horaire qui est conditionnée par la Confédération, soit 3 périodes hebdomadaires. Malgré plusieurs interventions afin que les cantons puissent avoir une latitude sur le nombre de périodes de sport enseignées, la Confédération a refusé d'entrer en matière. Pour le Canton de Vaud, l'éducation physique à l'école est du ressort du DECS.

Mais les salles de sport bénéficient à toute la communauté, non uniquement à l'école. Les installations sportives des communes sont très prisées par les diverses sociétés locales, à tel point qu'en certains endroits du canton il manque des infrastructures. L'inscription de 3 périodes d'éducation physique dans une loi fédérale évite que le sport soit sacrifié sur l'autel des économies.

Liste des équipements

Le flou récurrent autour de la prise en charge des équipements scolaires (tableaux blancs, connexions, etc.) est souligné. Il est difficile de savoir « qui paie quoi ». A titre d'exemple, si l'Etat souhaite que les classes soient connectées à Internet par câble pour éviter l'électro-smog, le WiFi est privilégié par les communes, car son installation est moins onéreuse. Cette motion permet d'ouvrir cette discussion et de clarifier ces listes. L'idée d'un forfait par élève est avancée.

Le canton précise que des listes existent, définissant objet par objet, qui paie quoi. Cependant, elles ont été établies il y a longtemps et ont été peu modernisées. Ces listes sont au cœur des discussions avec les communes afin de trouver un système plus simple et plus efficace. La possibilité d'agir sur une base forfaitaire est une idée. Actuellement, l'administration et la direction pédagogique travaillent sur ces listes.

Evolution démographique et infrastructures

Plusieurs communes se réclament du développement et souhaitent que de nouveaux habitants s'établissent sur leur territoire. Or, ces nouvelles personnes arrivent avec des enfants ou de futurs enfants. Il convient alors que les communes prévoient les infrastructures, entre autres scolaires, en conséquence, et que pour ce faire elles se servent des outils financiers à leur disposition, notamment le taux d'impôt. La péréquation est également un instrument utile aux communes.

Pour Vevey, une étude a montré qu'un nouvel habitant accueilli sur le territoire de la commune coûte de l'argent à la collectivité (garderies, écoles, etc.), car l'impôt (et la taxe d'équipement) qu'il paie ne suffit pas à couvrir les charges induites. L'Etat de Vaud incite à construire du logement, à accueillir de nouveaux habitants. Or, à moins de construire de la PPE ou des appartements de 1 à 2 pièces qui ne seront pas occupés par des familles, il est impossible d'équilibrer la situation financière des communes. Dès lors, la cohérence voudrait que soient figées toutes constructions sur le territoire communal. Continuer à accueillir de nouveaux habitants dans les conditions actuelles posera des problèmes importants, plaçant certaines communes dans une situation financière désastreuse.

Séparation du primaire et du secondaire

La séparation du primaire et du secondaire voulue par l'Etat induit des coûts. De surcroît, cette séparation n'est pas idoine du point de vue de la gestion par les enseignants qui constatent que la mixité des âges dans un établissement a un effet bénéfique sur le comportement des élèves.

Cette séparation résulte d'HarmoS. Toutefois, l'Etat considère que des établissements avec toutes les années (1-11) sont le meilleur modèle. Or, les communes ne sont pas toujours d'accord. L'Etat a autorisé le mélange des derniers âges (2 dernières années du primaire avec les 3 du secondaire), le temps que la situation se résorbe par la démographie. A noter également que le primaire (1-8) est plus

long que le secondaire (9-11), ce qui s'avère positif pour les communes en termes de constructions, car le primaire est moins onéreux.

Nombre de bâtiments versus nombre d'établissements

Une difficulté de taille du point de vue des directions et des communes s'avère être le nombre de bâtiments. En effet, généralement un établissement comporte plusieurs bâtiments, souvent dispersés. Or, plus le nombre de bâtiments et de lieux s'avère élevé, plus il est difficile de « fabriquer l'école », tant en terme d'occupation (ce d'autant plus que certaines communes ont signé des conventions s'obligeant à remplir tous les lieux à disposition) qu'en termes de transports scolaires. Outre le casse-tête pour organiser ces derniers, la question du bien-être des enfants se pose.

Transformation en postulat

Au vu des arguments précédemment avancés, plusieurs commissaires suggèrent de transformer la motion, trop irréaliste, dure, voire injuste, en postulat. Ce dernier permettrait notamment d'ouvrir une discussion sur la liste des équipements. De plus, cela serait une opportunité pour clairement rappeler que l'introduction de la LEO n'a pas généré de besoins supplémentaires en termes de constructions scolaires, mais que ces dernières découlent de l'évolution démographique.

En revanche, pour certains, le texte parle d'infrastructures scolaires, de nouvelles constructions et de rénovations lourdes. Il ne fait pas état des équipements scolaires.

Considérant que la journée continue à un impact important qui n'existait pas lors d'EtaCom, que la liste des équipements doit être mise à jour et clarifiée, notamment quant à ce qui relève des communes ou de l'Etat, l'auteur transforme sa motion en postulat.

La motion est transformée en postulat.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de renvoyer au Conseil d'Etat la motion transformée en postulat par 6 voix pour, 4 voix contre et 1 abstention.

Crissier, 11 août 2017

Le rapporteur :
(Signé) Stéphane Rezso

(Séance du 13 septembre 2016) **POS**
16_POS_191

Postulat Laurence Cretegny et consorts – Politique socio-éducative, bilan actuel et vision d'avenir

Texte déposé

Lors des discussions sur la Loi sur la pédagogie spécialisée. une distinction a été faite pour les élèves ayant de besoin de mesures ordinaires ou renforcées de pédagogie spécialisée et ceux devant être au bénéfice de mesures socio-éducatives. Il arrive que certains élèves aient besoin des deux, mais ce n'est pas toujours le cas.

Or, les élèves dits difficiles sont souvent la cause de perturbations dans les classes au détriment de ceux qui ne posent pas de problème. Si certaines mesures sont prévues, comme par exemple les modules d'activités temporaires alternatives à la scolarité (MATAS) ou des aides à l'enseignant, cela ne résout pas de nombreux cas où d'autres solutions seraient envisageables afin de permettre un bon déroulement des heures de classe.

La politique socio-éducative qui relève du Service de protection de la jeunesse (SPJ) en définit les principes. Ce postulat demande une étude sur les mesures socio-éducatives qui existent et des soutiens possibles aux enseignants pour faire face à ces situations difficiles, notamment avec des précisions sur les points suivants :

- Nature et nombre des mesures socio-éducatives actuelles.
- Formation donnée aux enseignants dans ce domaine, par exemple à la Haute école pédagogique (HEP) ou en formation continue.
- Recours possibles des enseignants lors de situations complexes pour la gestion de classes difficiles.
- Etat de la collaboration avec les parents pour qu'ils assument leur mission éducative.
- Les civilistes sont-ils envisagés pour de l'aide à l'enseignant pour l'aider à faire face aux cas de discipline ?
- Quid des mesures d'appui aux enseignants ?

Enfin, la vision du Conseil d'Etat sur l'évolution à l'avenir de mesures socio-éducatives en regard de la société qui change.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

(Signé) Laurence Cretegny
et 30 cosignataires

Développement

Mme Laurence Cretegny (PLR) : — Comme exprimé dans le postulat, la cause principale des perturbations dans les classes vient souvent des élèves difficiles. Certaines mesures d'accompagnement sont déjà prévues, mais cela ne résout pas les cas de plus en plus nombreux. Comment les enseignants sont-ils ou seront-ils soutenus dans les différentes démarches d'accompagnement d'enfants en difficulté ? Leur formation va-t-elle évoluer ? Dans quelle direction ?

C'est une inquiétude, autant pour les enseignants que pour les parents. Afin de pouvoir s'adapter à la société qui change, nous prions le Conseil d'Etat de bien vouloir nous transmettre les différentes données demandées dans ce postulat et de répondre aux questions suivantes :

- De quelle nature sont les mesures socio-éducatives actuelles et quel est leur nombre ?

- Quelle formation est-elle donnée aux enseignants, dans ce domaine, à la HEP ou en formation continue, par exemple ?
- Lors de situations complexes pour la gestion des classes difficiles, quels recours les enseignants ont-ils ?
- Quel est l'état de la collaboration avec les parents, pour qu'ils assument leur mission éducative ?
- Est-il envisagé de faire appel aux civilistes pour apporter de l'aide à l'enseignant, pour l'aider à faire face aux cas de discipline ?
- Quid des mesures d'appui aux enseignants ?

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

DÉCEMBRE 2016 **RC-POS**
(16_POS_191)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Laurence Cretegny et consorts – Politique socio-éducative, bilan actuel et vision d'avenir

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 25 novembre 2016 de 14h à 15h dans la salle de conférence n°55 du DFJC, rue de la Barre 8 à Lausanne. Présidée par Mme Catherine Roulet, également rapportrice confirmée dans ses fonctions, elle était composée de Mesdames Laurence Cretegny, Aliette Rey-Marion et de Messieurs Manuel Donzé, Julien Eggenberger, Christian Kunze et Marc Oran.

Madame Anne-Catherine Lyon, cheffe du Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) était accompagnée de M. Christophe Bornand, chef du Service de protection de la jeunesse.

Mme Sylvie Chassot, secrétaire de commissions parlementaires, s'est chargée des notes de séance.

2. POSITION DE LA POSTULANTE

La postulante, par ailleurs présidente romande de l'école à la ferme et recevant quelques 600 enfants de 5 à 14 ans par année dans sa propre ferme, témoigne des difficultés qu'ont parfois les enseignant-e-s à gérer leur classe. Ainsi, elle s'interroge sur les solutions qui pourraient être proposées aux enseignant-e-s qui doivent faire face à des situations complexes et de plus en plus fréquentes, découlant du comportement problématique d'élèves perturbateurs. Sachant que des mesures socio-éducatives sont déjà mise en œuvre par le département (MATAS, aide à l'enseignant-e etc.), quelles autres mesures seraient donc envisageables ?

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Ce postulat, qui rejoint les préoccupations du département, soulève un certain nombre de questions dont fait état la cheffe du DFJC. Elle évoque en premier lieu celle de l'ancrage institutionnel des éducateurs-trices : quel serait le signal si des éducateurs-trices étaient formellement rattaché-e-s à l'institution scolaire ? Doivent-ils être rattaché-e-s à l'ensemble des collaborateurs-trices du service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) ou plutôt au SPJ ? Le SPJ étant le service auxquels sont rattachés les éducateurs-trices employé-e-s dans les institutions subventionnées par ce même service, il a été décidé qu'il en resterait ainsi. C'est aussi ce service à l'origine des modules d'activités temporaires et alternatives à la scolarité (MATAS), premier pas formalisé dans le sens d'une mise à disposition d'un cadre éducatif.

La cheffe de département précise que les mesures MATAS durent généralement un trimestre ; l'enfant ainsi pris en charge reste toutefois en lien avec son enseignant-e afin de ne pas être coupé de sa classe et vice versa. La cheffe du DFJC évoque ensuite la rapide croissance du nombre de MATAS au fil des ans (à ce jour 21 MATAS : 9 pour les enfants de 6 à 12 ans, et 12 pour les pré-ado et ados de 13 à 16 ans) et la réflexion que cette évolution génère, à savoir est-ce que l'existence de ces mesures créent un besoin (et si oui, dans quelle mesure ?) ou répondent-elles au contraire à un besoin flagrant ?

La cheffe du DFJC aborde ensuite la difficulté d'appréhender ce qui peut ou non être exigé des enseignant-es en termes d'action éducative : selon la loi scolaire, la tâche première de l'école est d'assurer, en collaboration avec les parents, l'instruction des enfants et de seconder les parents dans leur tâche éducative. L'enjeu est de trouver un équilibre afin, d'une part, de ne pas déposséder les enseignant-es en les soumettant à une demande tellement extrême qu'elle les empêche de pratiquer leur métier ou, au contraire, qu'ils ou elles se dépossèdent eux-mêmes en transférant systématiquement à leurs collègues éducateurs-trices les élèves dont ils ou elles ne voudraient plus.

Enfin, elle rappelle la relativement grande autonomie des établissements dans leur manière d'organiser la réalité scolaire : alors que certains trouvent avec le corps enseignant des approches pour faire face aux situations compliquées découlant d'élèves perturbateurs, sans le recours à d'autres professionnels, d'autres aimeraient travailler avec des éducateurs-trices, voire des assistant-e-s sociaux.

Le département répondrait ainsi volontiers aux questions soulevées par le postulat ; les réponses qu'il pourrait apporter seraient toutefois et inévitablement nuancées au vue de l'hétérogénéité des situations rencontrées et des manières d'y faire face. Enfin, elle précise que la loi sur la pédagogie spécialisée n'est pas concernée par le champ visé par cet objet.

4. DISCUSSION GENERALE

Un député enseignant et président du SSP-Vaud se sent concerné à plusieurs égards par ce postulat et annonce d'emblée y être favorable. C'est un fait : une petite partie des élèves peut, selon lui, mettre en échec le fonctionnement de l'institution scolaire. Il note que la reconnaissance de ce problème ne suffit toutefois pas à le résoudre. Il indique que, suite à la mode du développement personnel, un retour de balancier a été nécessaire. L'idée selon laquelle il était légitime d'avoir des fonctionnements aussi basés sur des aspects normatifs à l'école a notamment été graduellement réhabilitée. Un certain nombre d'outils ont ensuite été développés, au nombre desquels figurent les MATAS.

Ce député estime que ces mesures sont utiles lorsqu'il s'agit d'agir en situation de crise (phase pompier), mais qu'elles ne jouent aucun rôle en termes de prévention. L'action sur le socio-éducatif est selon lui nécessaire, mais il faudrait ouvrir encore le périmètre balayé par le postulat afin d'y intégrer une réflexion sur le comment faire monter en compétences les écoles (et non seulement les enseignant-e-s) et les parents pour faire face aux défis éducatifs rencontrés.

Il ajoute que les mesures socio-éducatives ne doivent pas être uniquement pensées pour les élèves agitateurs, elles doivent aussi l'être pour ceux qui ne viennent pas en cours, situations tout aussi problématiques.

Il est en outre frappé par l'importance que prend la problématique au niveau primaire, les adolescent-e-s étaient auparavant visés par ce genre de réflexions. Il estime enfin qu'il serait illusoire de penser qu'une réponse unique pourrait être développée au niveau cantonal.

Pour aller dans le sens de ce qu'évoque le député, la cheffe du DFJC propose d'extrapoler à partir de la 4ème demande du postulat « état de la collaboration avec les parents pour qu'ils assument leur mission éducative » pour développer des éléments qui concernent le renforcement du rôle de parents sans qu'ils soient forcément liés à la vie scolaire.

Un autre député enseignant au gymnase, constate la grande hétérogénéité du public scolaire et l'évolution du rôle d'enseignant-e. Il regrette au passage que des classes soient parfois étiquetées comme étant des « classes difficiles », ce « diagnostic » ayant selon lui des effets pervers pour les élèves du groupe ainsi considéré. Il souhaite qu'une réflexion en profondeur autour de la complexification du métier d'enseignant-e soit conduite à travers ce postulat. Regret encore au sujet de cette évolution de la relation parents-école qui nuit au fonctionnement de l'institution scolaire. Il est noté en outre que les problématiques dans le cadre de l'école obligatoire sont différentes que dans celui du post obligatoire.

Enfin, le troisième enseignant participant à la commission, considère quant à lui que la tâche d'éducation sociale fait partie inhérente de la définition du métier d'enseignant-e. Il estime en effet qu'il est de la responsabilité de l'enseignant de prendre le temps et l'énergie, au besoin, de discuter avec les élèves dit perturbateurs. Sans nier la part de responsabilité des parents, il ne croit pas en la

notion « d'élève difficile » et relève l'importance du lien entre élèves et enseignant-e-s ainsi que la nécessaire capacité d'adaptation de ce dernier afin d'éviter les situations qui dérapent.

La Conseillère d'Etat relève que chaque élément se juxtapose aux autres sans qu'il n'y ait contradiction : c'est justement la diversité des approches qui permet et qui permettra d'apporter des éléments de réponse à la thématique complexe abordée par le postulat.

Elle livre ainsi à la commission quelques informations et réflexions supplémentaires :

Pour le post-obligatoire, le fait que les élèves soient majeurs à 18 ans : cette dimension doit être prise en compte dans le dispositif éducatif mis en place, avec toutes les difficultés que cette donnée apporte, la tranche d'âge 18-25 ans étant particulièrement fragile.

Pour l'école obligatoire, la trop grande dispersion des lieux d'enseignement rend certaines situations plus complexes à gérer pour l'enseignant et pour l'institution lorsqu'un problème survient dans une classe isolée. Sans parler nécessairement d'énormes établissements, un minimum de 5 ou 6 classes permet déjà d'instaurer une certaine dynamique.

Au sujet des futures lignes directrices de la politique cantonale de l'enfance et de la jeunesse : des ressources financières de la Confédération ont été mises à disposition des cantons pour des projets visant à jeter les bases d'une politique qui concerne les enfants et les jeunes, ceci hors cadre scolaire. Ces fonds découlent de la nouvelle loi fédérale sur l'encouragement des activités extrascolaires des enfants et des jeunes, entrée en vigueur en janvier 2013.

Deux députées évoquent encore la problématique des enfants diagnostiqués HP (haut potentiel) ou hyperactifs. Elles comprennent que le corps enseignant se sentent dépassés par ce phénomène et le postulat semble de ce point de vue être tout à fait intéressant, cette question n'étant pas résolue. Il leurs est répondu que ce terme (HP), tout comme celui d'autisme, englobe une grande diversité d'affections, et que, malgré un vocable plutôt flatteur, ce diagnostic est souvent corrélé à de grandes difficultés

VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Le Mont, le 21.12.2016

La rapportrice :
(Signé) Catherine Roulet

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

JANVIER 2017 **16_INT_541**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Jérôme Christen et consorts - Transition entre l'école et la vie professionnelle : quo vadis ?

Rappel

La question de la transition entre l'école et la vie professionnelle est très complexe. Elle renvoie à leurs limites les responsables de tous les cantons, et encore davantage ceux des pays voisins. Il semblait cependant que dans notre canton — avec la mise en œuvre successivement de l'Organisme pour le perfectionnement scolaire, de la transition et l'insertion professionnelle (OPTI), d'une direction interservices pour les 15-18 ans en transition 1 (T1), de l'extension de cette coordination au dispositif Formation pour jeunes adultes en difficulté (FORJAD) pour les 18-25 ans, du renforcement des mesures pour les apprentis en rupture Transition école métiers (TEM) ou de la gestion des cas (case management) pour la formation professionnelle — une panoplie de mesures pertinentes avaient été déployées. Un avant-projet de nouvelle Loi sur l'orientation, prenant en compte ces évolutions, avait du reste été mis en consultation il y a de nombreux mois.

Mais depuis lors, les nuages semblent s'amonceler et les rumeurs courent, tant sur l'ampleur des problèmes que sur la manière de les traiter. Il est cependant difficile aux députés du Grand Conseil de se faire une image de la situation, puisqu'ils n'ont guère plus d'études que celles de l'Unité de recherche pour le pilotage des systèmes pédagogiques à lire. Le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) ne publie guère de rapports d'activité assimilables à des évaluations de cette politique publique, les commissions consultatives avec les partenaires externes au système de formation ont peu à peu disparu, la presse ne conduit plus guère d'investigations sur l'école, et on lit fréquemment que le débat est muselé, surtout lorsque des professionnels de l'école souhaitent s'exprimer… Pourtant, les indices s'accumulent :

- *En cette première année de certification de la Loi sur l'enseignement obligatoire (LEO), le nombre de classes de raccordement aurait plus que doublé, passant de 20 à 45.*
- *Les classes de rattrapage prévues par la LEO pour les élèves qui n'atteignent pas les objectifs du Plan d'étude — et il paraît qu'ils sont nombreux ! — ne trouvent pas leur public.*
- *L'OPTI serait en phase de profonde réforme interne pour devenir " l'école de la transition " dès la rentrée d'août, et ce apparemment sans adapter ses bases légales — la Loi sur l'enseignement secondaire supérieur (LESS) — ou réglementaires, afin d'éviter tout débat.*
- *On a vu que, face à l'afflux de migrants non accompagnés de 15-18 ans dans les foyers de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), les services se renvoyaient la balle : la Direction générale de l'enseignement obligatoire (DGEO) refusant désormais de scolariser les plus de 16 ans, la Direction générale de l'enseignement post-obligatoire (DGEP) tardant à ouvrir des classes.*

– *La Loi sur la pédagogie spécialisée, en gestation depuis bientôt 10 ans, voit son application sans cesse retardée, ce qui ne va pas sans poser des problèmes pour la scolarisation coordonnée entre la DGEO, le Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation(SESAF),la DGEP et les institutions spécialisées, des élèves en difficultés, surtout en fin de scolarité.*
– *Les collaborateurs de l'Office de l'orientation, qui accompagnent ces grands adolescents, peinent à leur trouver des solutions, chaque prestataire de mesure élevant ses conditions d'admission.*

Dans ce contexte assez délétère, nous nous permettons de poser au Conseil d'Etat les questions suivantes :

1. *Si ces chiffres sont confirmés, comment explique-t-il la progression du nombre de classes de raccordement ?*
2. *Comment justifie-t-il que la réforme apparemment importante de l'OPTI, prévue pour la rentrée d'août 2016, se fasse sans que ne soient adaptées les bases légales et réglementaires ?*
3. *Peut-il nous assurer que le problème des migrants non accompagnés est également à l'agenda de ces réformes ?*
4. *Quel est le calendrier de révision de la Loi sur l'orientation ?*
5. *Quelle appréciation fait-il de la conduite de cette politique publique qui, au vu des problèmes évoqués dans la présente interpellation, semble souffrir d'un sérieux déficit de coordination interservices ?*

Souhaite développer.

(Signé) Jérôme Christen et 3 cosignataires

Réponse du Conseil d'Etat

1. Remarques générales

En préambule, le Conseil d'Etat tient à relever qu'il est, comme M. le Député Jérôme Christen, préoccupé par la question de l'accès des jeunes vaudois à une formation professionnelle certifiante. Il observe effectivement une évolution marquée, depuis quelques années, par une entrée en formation professionnelle, notamment par apprentissage dual, retardée en raison, en particulier, du manque de place d'apprentissage, quand bien même l'effort de l'économie est remarquable.

Le Conseil d'Etat rappelle que cette préoccupation s'est transformée en actions concrètes visant à coordonner les interventions des divers partenaires (scolaires, sociaux et économiques). C'est la mission qui a été donnée à la Direction interservices de la Transition 1 (DI T1) depuis 2010.

Les actions entreprises visent à anticiper les échecs ou les difficultés. Il s'agit, en fin de scolarité obligatoire et dans le cadre des ruptures en cours de scolarité postobligatoire, d'intervenir auprès des jeunes ou moins jeunes adultes pour éviter l'entrée à l'aide sociale ou leur permettre d'en sortir.

La politique entreprise porte ses fruits. S'il partage effectivement ses préoccupations, le Conseil d'Etat ne partage pas la vision plutôt alarmiste de M. le Député Jérôme Christen. C'est en affrontant les problèmes et en développant des solutions diversifiées qu'il entend diminuer les effets de la désinsertion sociale liée à l'absence de formation professionnelle.

2. Réponses aux questions

1. *Si ces chiffres sont confirmés, comment explique-t-il la progression du nombre de classes de raccordement ?*

En janvier 2016, 1722 élèves de 11ème ont fait acte de candidature pour une classe de raccordement 1 (Rac1). En juillet 2016, seuls 602 d'entre eux ont confirmé leur inscription et finalement, ce sont 587 élèves qui se sont présentés à la rentrée scolaire 2016-17.

Deux raisons principales expliquent cette différence entre les prévisions de début d'année civile et les effectifs définitifs de la rentrée.

La première est liée aux résultats scolaires des élèves, qui se sont montrés finalement insuffisants, en fin d'année scolaire, pour leur permettre d'entrer en classe de raccordement. La seconde concerne le choix stratégique de certains élèves, qui se sont laissé le plus de portes ouvertes possibles pour leur avenir, en s'inscrivant en école de commerce, de culture générale et en recherchant encore parfois simultanément une place d'apprentissage.

Ce ne sont finalement que 36 classes qui ont été ouvertes en août 2016, compte tenu de la répartition régionale des effectifs.

Parallèlement, les effectifs de classes de raccordement 2 (Rac2) ont diminué. Ceci s'explique par la perméabilité que permet la LEO. En effet, les élèves de voie générale (VG) peuvent, au cours du troisième cycle, rejoindre plus facilement que sous l'ancienne loi une classe de voie prégymnasiale (VP).

Ce sont donc finalement 145 élèves (197 élèves en 2015 et 212 élèves en 2014) qui ont rejoint les classes de Rac2 en 2016-2017, soit en réalité une diminution de plus de 25 % par rapport aux effectifs de l'année scolaire précédente.

2. Comment justifie-t-il que la réforme apparemment importante de l'OPTI, prévue pour la rentrée d'août 2016, se fasse sans que ne soient adaptées les bases légales et réglementaires ?

D'une part, le Conseil d'Etat souhaite rappeler que le nouvel ancrage légal et institutionnel de l'Ecole de la transition se fonde sur la Loi vaudoise sur la formation professionnelle (LVLFPr, RSV 413.01) qui intègre, en son chapitre VIII, les mesures de préparation à la formation professionnelle initiale.

D'autre part, le Conseil d'Etat informe que la réforme de l'Organisme de perfectionnement scolaire, de transition et d'insertion professionnelle (OPTI), renommée l'Ecole de la transition, a fait l'objet d'une révision partielle du Règlement d'application de la Loi vaudoise sur la formation professionnelle (RLVLFPr, RSV 413.01.1), laquelle a notamment fait l'objet d'un communiqué de presse en date du 7 juillet 2016. Entrée en vigueur au 1er août 2016, cette révision a procédé d'une large consultation auprès des partenaires internes et externes du système de formation, dont la Fédération syndicale SUD, le Syndicat vaudois des maîtres de l'enseignement professionnel, le Syndicat des services publics, ainsi que la Société pédagogique vaudoise. En ce sens et conformément à la volonté du législateur, la révision partielle du RLVLFPr comprenant l'abrogation du ROPTI du 24 novembre 2004 (RSV 412.11.2) a permis de préciser le rattachement de l'Ecole de la transition en plus d'harmoniser ses missions, sa structure et son mode de fonctionnement à la pratique actuelle.

Enfin, le Conseil d'Etat constate avec satisfaction que l'offre de formation de l'Ecole de la transition vise, par une pédagogie différenciée, un enseignement modulaire et un suivi individualisé, à renforcer l'adéquation entre les prestations fournies et l'évolution du profil et des besoins de ses bénéficiaires à l'instar des jeunes issus de la migration.

3. Peut-il nous assurer que le problème des migrants non accompagnés est également à l'agenda de ces réformes ?

Avant toute chose et sur la base de sa réponse précédente, le Conseil d'Etat souhaite rappeler que la réforme institutionnelle de l'Ecole de la transition, à laquelle l'Interpellant fait référence, a principalement porté sur la clarification de son rattachement légal ; elle ne s'est, de fait, attachée à aucun bénéficiaire spécifique de cet établissement.

Cela dit et conformément au nouvel article 135, alinéa 2 RLVLFPr, le Conseil d'Etat informe que l'Ecole de la transition dispose d'offres de formation spécifiques pour l'accueil des jeunes migrants, de quinze à vingt ans, qu'ils soient accompagnés ou non-accompagnés. Dans ce cadre, il souligne la mise en œuvre, en 2016, par le DFJC, d'un large dispositif de mesures visant à assurer, en collaboration

étroite avec l'Etablissement vaudois d'Accueil des migrants (EVAM), la prise en charge rapide et coordonnée des jeunes migrants au niveau de la formation postobligatoire vaudoise.

En ce sens, le Conseil d'Etat relève la création d'une unité accueil et migration au sein de la Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP), avec pour objectif de faciliter l'orientation et l'accompagnement des jeunes migrants tout au long de leur cursus de formation. De plus, il rappelle la création, dès la rentrée scolaire d'août 2016, de 200 nouvelles places de formation au sein de l'Ecole de la transition, laquelle accueille, à fin 2016, 431 jeunes migrants. En fonction de leurs besoins, ces derniers bénéficient soit d'une formation centrée sur la transition linguistique, sociale et culturelle, soit d'une nouvelle offre pédagogique tournée vers l'entrée en apprentissage par le biais d'options préprofessionnelles. Enfin et face à la volatilité et à l'imprévisibilité du contexte migratoire, le Conseil d'Etat note le doublement du rythme des admissions de jeunes migrants au sein de l'Ecole de la transition, ce qui révèle une adaptation rapide et continue de ses capacités d'accueil.

le Conseil d'Etat reconnaît ainsi l'importance des mesures mises en place en faveur d'une prise en charge optimale et individualisée de l'ensemble des jeunes migrants, dont les migrants non-accompagnés, au sein de l'Ecole de la transition.

4. Quel est le calendrier de révision de la Loi sur l'orientation ?

Il est prévu que le projet de loi soit soumis à l'adoption du Conseil d'Etat en début d'année 2017 et transmis au Grand Conseil, dans le but de le faire adopter par l'autorité législative dans un délai permettant son entrée en vigueur pour la rentrée 2017-2018.

5. Quelle appréciation fait-il de la conduite de cette politique publique qui, au vu des problèmes évoqués dans la présente interpellation, semble souffrir d'un sérieux déficit de coordination interservices ?

Le Conseil d'Etat souligne d'abord, de manière générale, que la politique cantonale en matière de formation professionnelle s'est considérablement modifiée ces dernières années. Ainsi, en ancrant de nouveaux principes permettant de valoriser, d'accompagner et de surveiller la voie de l'apprentissage, la loi cantonale sur la formation professionnelle et son règlement d'application lui ont donné un nouvel élan. Dans ce cadre, le Conseil d'Etat se plait à relever le renforcement des liens entre tous les partenaires de la formation professionnelle et les efforts déployés, tout particulièrement par les entreprises et autres acteurs économiques, afin de valoriser cette formation.

Le Conseil d'Etat tient plus précisément à relever que, depuis sa mise en place, au début des années 2010, la coordination interservices pour la Transition 1 repose sur les différents organes suivants, qui coordonnent leurs missions spécifiques :

- la Direction interservices pour la Transition 1 (DI-T1), composée des chefs de six services (DGEO, DGEP, DSAS/SPAS, SDE, SESAF, SPJ) assure le suivi et la régulation stratégique du dispositif. Ce collège se réunit en moyenne quatre fois par année et a notamment initié la création d'appuis spécifiques, de coachings individualisés pour les jeunes en attente de semestre de motivation (SeMo) et des prises en charges spécifiques de jeunes migrants allophones ;

- l'Unité T1 réunit les adjoints des chefs de services de la DI-T1, ainsi que des partenaires associés : Bureau cantonal pour l'intégration (BCI) et Office AI. Ce groupe assure la transmission d'information et de directives entre la DI-T1 et les acteurs de terrain en charge de la mise en œuvre des prestations de transition.

De plus, les prestataires de mesures de transition coordonnent leurs activités, notamment pour les procédures d'admission, dans le cadre d'un groupe opérationnel T1. Enfin, deux séances annuelles réunissent les acteurs du dispositif : Unité T1, prestataires de mesures T1, partenaires spécialisés (OAI, SPJ, etc.). Ces réunions permettent de faire le point sur les demandes d'admission en mesures, les capacités des mesures à y répondre et les difficultés et lacunes en termes d'insertion.

S’agissant de son évaluation et des résultats de celle-ci, la mise en œuvre et la consolidation du dispositif vaudois de Transition 1 a fait l’objet de différentes analyses et communications au cours des dernières années :

- 2012 : étude sur le dispositif de Case management dans le Canton de Vaud, publiée par l’Unité de recherche sur les systèmes pédagogiques (URSP)[1] ;

- décembre 2015 : rapport sur la phase de consolidation du dispositif de case management formation professionnelle à l’intention du Secrétariat d’Etat à la formation, à la recherche et à l’innovation (SEFRI)[2] ;

- juin 2016 : hors-série du courrier statistique " Numerus " de Statistique Vaud consacré à l’orientation des jeunes au terme de la scolarité obligatoire et des filières de transition.[3]

Le rapport 2015 à l’intention du SEFRI présente le fonctionnement général du dispositif de transition tel qu’il s’est développé dans le canton de Vaud : son financement, une évaluation quantitative et qualitative de son déploiement, ainsi que ses perspectives et orientations stratégiques.

Le hors-série de Numerus porte sur l’orientation de tous les jeunes vaudois et vaudoises à l’issue de la scolarité obligatoire et des mesures de transition. Il relève notamment une légère baisse du volume de jeunes dans les mesures de transition (2010 : 21%, 2015 : 20%) et une diminution marquée des jeunes sans solution à l’issue de la scolarité obligatoire (2005 : 2.1%, 2010 : 1.4%, 2015 : 1.2%).

En complément de ces études, des relevés annuels des solutions trouvées à l’issue d’une mesure de Transition 1 sont mis à disposition de la DI-T1.

[1] " Faciliter la transition entre l’école et le monde du travail avec le Case management : fonctionnement du dispositif vaudois et évaluation. 1) Quel dispositif pour quelle population ? ", Karin Bachmann Hunziker, URSP, Lausanne, 2012

[2] " Case management Formation professionnelle (CMFP). Phase de consolidation 2012 à 2015. Canton de Vaud. Rapport final ", François Pidoux, DI-T1, Lausanne, 2015

[3]" L’orientation des jeunes au terme de la scolarité obligatoire et des filières de transition ", hors-série Numerus, Lausanne, 2016

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 25 janvier 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

MAI 2017 **16_INT_633**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Fabienne Despot "De l'officialité des titres, grades et diplômes".

Rappel de l'interpellation

Chaque patient aimerait pouvoir s'assurer que le médecin qui lui prescrira une thérapie possède la formation adéquate pour ce faire et que son titre de docteur est bel et bien réel. Chaque vendeur et acheteur de bien immobilier tient à ce que la signature du notaire soit valable, ce qui implique que le titre dudit notaire soit valide. De manière générale, chaque personne qui affiche une fonction liée à un titre, qu'il s'agisse d'un CFC, d'un diplôme d'ingénieur ou postgrade, d'un grade spécifique à une branche, doit pouvoir présenter son titre lorsque ce titre est demandé.

Ceci devrait être bien sûr aussi le cas pour les titres fournis par l'Université de Lausanne et les hautes écoles, et pour les fonctions assumées via ces hautes écoles. Tout un chacun devrait pouvoir s'assurer que tel enseignant, tel économiste, tel sociologue ou biologiste prétendant posséder tel titre, ou faisant référence à un parcours universitaire, ait effectivement lesdits titres.

L'exercice a été tenté auprès d'une personne s'embellissant du label UNIL, à qui demande a été faite de présenter ses titres. L'homme s'y est refusé. La direction de l'Université de Lausanne a considéré que la simple information du grade universitaire, diplôme ou tout autre certificat d'une personne ayant fréquenté son établissement ne pouvait être transmise sans l'accord de l'intéressé. Elle a donc également refusé de transmettre l'information.

Si un notaire n'est ainsi pas d'accord de présenter ses titres, ce que l'on comprendrait aisément s'il ne les possédait effectivement pas, il ne serait, selon la logique de l'Université de Lausanne, pas permis de les lui demander. Si l'on supputait quelque charlatan pseudo-médecin, il ne serait ainsi pas non plus possible d'exiger qu'il présentasse ses diplômes. Pourtant, selon l'art. 6 de la loi sur la transparence, toute personne a le droit de consulter des documents officiels et d'obtenir des renseignements sur leur contenu de la part des autorités.

Au vu de ce qui précède, je pose au Conseil d'Etat les questions suivantes :

- *Un grade universitaire n'est-il pas un document officiel ?*
- *Quels sont les branches et/ou domaines professionnels où les titres doivent pouvoir être présentés, et pourquoi ne sont-ils pas exigibles dans d'autres domaines ?*
- *Ces règles sont-elles valables pour tout un chacun ou la carte du Parti socialiste est-elle considérée comme un titre suffisant pour afficher une quelconque référence universitaire ?*

(Signé) Fabienne Despot

Réponse du Conseil d'Etat

1 PROBLÉMATIQUE ET CADRE LÉGAL

L'interpellation soulève la question des moyens dont dispose le citoyen pour s'assurer que le professionnel qu'il consulte a effectivement obtenu le titre dont il se prévaut et s'il existe, dans certaines branches professionnelles, une obligation de présenter le titre certifiant la réussite de la formation menant à la profession exercée.

L'interpellation se réfère à la loi fédérale sur la transparence (recueil systématique fédéral 152.3), qui ne s'applique cependant qu'à l'administration fédérale, aux services du Parlement ainsi qu'aux organismes et personnes de droit public ou de droit privé extérieurs à l'administration fédérale dans la mesure où ils édictent des actes ou rendent des décisions en première instance au sens de l'article 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (recueil systématique fédéral 172.021).

L'interpellation mentionnant spécifiquement l'Université de Lausanne, la présente réponse se référera à la loi cantonale à

laquelle est soumise cette institution en matière de transparence, à savoir la loi du 24 septembre 2002 sur l'information (recueil systématique vaudois 170.21).

2 RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'INTERPELLATION

2.1 Un grade universitaire n'est-il pas un document officiel ?

La loi du 24 septembre 2002 sur l'information (LInfo) a pour but de garantir la transparence des activités des autorités afin de favoriser la libre formation de l'opinion publique (art. 1 al. 1 LInfo). Par principe, les renseignements, informations et documents officiels détenus par les organismes soumis à la LInfo sont accessibles au public (art. 8 al. 1 LInfo). Cet article donne ainsi le droit à toute personne, organisme et autorité d'être informé lorsqu'ils en font la demande, à moins qu'un texte légal ou un intérêt public ou privé prépondérant ne s'oppose à cette communication (cf. exposé des motifs et projet de loi sur l'information n° 346 de janvier-février 2002, p. 7). La demande peut porter sur des renseignements ou sur la consultation de documents. Dans ce dernier cas, il doit s'agir de documents officiels dont la définition est donnée à l'article 9 LInfo. Un document officiel se définit comme tout document achevé, quel que soit son support, qui est élaboré ou détenu par les autorités, qui concerne l'accomplissement d'une tâche publique et qui n'est pas destiné à un usage personnel (art. 9 LInfo).

La LInfo, si elle concrétise le principe de la transparence, y pose aussi des limites, à savoir celles découlant d'autres lois applicables (article 15) et celles découlant d'intérêts contraires prépondérants (article 16). Toute information ou tout document officiel ne peut donc être diffusé sans autre à n'importe quel moment. Une réflexion s'impose de cas en cas pour identifier et pondérer les intérêts en cause, au regard notamment des dispositions de la loi sur la protection des données personnelles (LPD, recueil systématique vaudois 172.65), en particulier de son article 15 relatif à la communication de ces données.

Dans ce cadre, le Conseil d'Etat observe qu'un grade universitaire peut effectivement être considéré comme un document officiel contenant des données personnelles. S'agissant de sa communication au regard de la LInfo, il convient de distinguer deux cas de figure :

- la transmission de l'information sur la titularité du grade peut en principe être communiquée à un tiers sur demande ;

- la transmission d'une copie du diplôme et de son contenu (qui contient des informations personnelles sur le titulaire) nécessite que l'autorité saisie consulte la personne concernée avant de procéder, cas échéant, à une pondération des intérêts en présence, en particulier pour examiner s'il existe un intérêt privé prépondérant qui pourrait s'opposer à cette communication.

Quoi qu'il en soit, il n'appartient pas au Conseil d'Etat de déterminer, de manière générale, comment l'information relative à l'obtention d'un grade ou d'un diplôme peut être communiquée dans un cas particulier. Il s'agit de questions relevant de la compétence de l'entité administrative saisie et chargée d'appliquer la LInfo au regard de l'ensemble des circonstances d'un cas d'espèce (formulation précise de la demande, position et motifs fournis par la personne concernée, etc.), en l'occurrence l'Université de Lausanne pour un grade universitaire. En cas de recours, la compétence relève du Préposé cantonal à la protection des données et à l'information ou du Tribunal cantonal (articles 21 LInfo et 31 de la loi sur la protection des données personnelles, recueil systématique vaudois 172.65). Ces entités n'ont à ce jour pas encore rendu de décision de principe sur ces questions précises.

Il est à signaler, d'une part, que l'Université de Lausanne a procédé à un examen de sa pratique afin de s'assurer qu'elle soit conforme aux principes énoncés plus haut et que, d'autre part,le cas impliquant l'Université de Lausanne, mentionné en exemple dans l'interpellation, fait actuellement l'objet d'un recours auprès des instances judiciaires.

2.2 Quels sont les branches et/ou domaines professionnels où les titres doivent pouvoir être présentés, et pourquoi ne sont-ils pas exigibles dans d'autres domaines ?

Il n'existe pas de législation applicable dans le canton de Vaud prévoyant l'obligation de présenter ses titres sur demande, et ce quelle que soit la branche professionnelle concernée.

Cependant, l'exercice d'un certain nombre de professions est subordonné, dans le but de protéger le public, à l'obtention d'une autorisation. Celle-ci est elle-même subordonnée à la titularité d'un diplôme ou certificat de capacité. On peut notamment citer les professions de la santé, dont l'exercice est régi dans le canton de Vaud, par la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (recueil systématique vaudois 800.01). Il s'agit des professions de médecin, médecin-dentiste, médecin-vétérinaire, pharmacien, chiropraticien, psychothérapeute non médecin, logopédiste-orthophoniste, ostéopathe, sage-femme, thérapeute de psychomotricité, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, infirmière, infirmière assistante, masseur médical, podologue, physiothérapeute, ambulancier, diététicien, technicien en radiologie médicale, technicien en salle d'opération, laborantine médicale, opticien, droguiste. Est également soumis à autorisation l'exercice des professions et activités d'installateur électricien, de contrôleur d'installations électriques, d'installateur sanitaires, de guide de montagne, de professeur de sports de neige, de moniteur d'escalade, d'organisateur de rafting, de descente en eaux vives et de saut à

l’élastique. Par ailleurs, les notaires doivent être titulaires d’une patente délivrée par l’Etat pour exercer, tandis que d’autres professions font l’objet de registres tenus par l’Etat ou reconnus par celui-ci, notamment les avocats, les ingénieurs et les architectes.

2.3 Ces règles sont-elles valables pour tout un chacun ou la carte du Parti socialiste est-elle considérée comme un titre suffisant pour afficher une quelconque référence universitaire ?

Le Conseil d’Etat rappelle que les Constitutions fédérale et cantonale garantissent à tout être humain l’égalité devant la loi quelle que soit son appartenance politique.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 17 mai 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*