



Message 2013-DSAS-70

30 septembre 2014

du Conseil d'Etat au Grand Conseil accompagnant le projet de loi sur la médecine dentaire scolaire (LMDS)

1. Introduction	2
2. La politique publique de médecine dentaire scolaire	2
2.1. Le contenu	2
2.2. Le bilan	3
3. La nécessité du projet	3
3.1 L'organisation actuelle de la médecine dentaire scolaire	3
3.2 Les motifs de la révision	4
4. Les travaux préparatoires	5
5. Les résultats de la consultation	5
6. Les principales propositions du projet	6
6.1. Les options fondamentales retenues	6
6.1.1. Le maintien d'une politique publique de médecine dentaire scolaire	6
6.1.2. La prise en charge des coûts de la médecine dentaire scolaire	6
6.2. La prophylaxie	6
6.2.1. L'organisation	6
6.2.2. La prise en charge des coûts	7
6.3. La pédodontie	7
6.3.1. L'organisation	7
6.3.2. La prise en charge des coûts	13
6.4. L'orthodontie	14
6.4.1. L'organisation	14
6.4.2. La prise en charge des coûts	15
6.5. La surveillance et le monitorage	15
6.5.1. La surveillance	15
6.5.2. Le monitorage	16
6.5.3. La création d'un poste de médecin dentiste cantonal	16
7. Les conséquences financières et en personnel	16
8. Les incidences sur la répartition des tâches Etat-communes	16
9. Les incidences pour les différents partenaires de la médecine dentaire scolaire	17
10. Les effets sur le développement durable	17
11. La constitutionnalité, la conformité au droit fédéral et l'eurocompatibilité du projet	17
12. La soumission aux référendums législatif et financier	18
13. Le commentaire des dispositions	18

1. Introduction

Le canton de Fribourg mène depuis les années trente une politique publique de médecine dentaire scolaire. Celle-ci se fonde sur quatre axes principaux: la prévention (prophylaxie), les contrôles et les soins (pédodontie), les corrections de la mâchoire et/ou de la position des dents (orthodontie) ainsi que la surveillance. Selon l'avis des spécialistes, une telle politique a montré ses effets sur le long terme et le canton de Fribourg est souvent cité en exemple. Malgré tout, la carie reste une maladie qu'il faut soigner et combattre. Elle touche tous les enfants, mais plus fortement ceux issus de milieux migrants ou défavorisés. La prévention, en particulier sous forme de prophylaxie dentaire, reste un des moyens les plus utiles pour informer et prévenir la carie.

La présente révision législative apporte des solutions aux problèmes rencontrés dans l'exercice de la médecine dentaire scolaire. En effet, plusieurs éléments plaident en faveur d'une redéfinition de celle-ci: les changements de moeurs intervenus depuis l'adoption de la loi de 1990, le résultat – réjouissant – des campagnes de prophylaxie et de sensibilisation, le développement technologique, les nouveaux risques (boissons sucrées et acides, piercings) apparus ces dernières années, mais aussi les contraintes économiques auxquelles le Service en charge de la médecine dentaire scolaire (ci-après: le Service) se trouve confronté. Le processus de révision décrit ci-dessous a ouvert la discussion aux différents partenaires de la médecine dentaire scolaire. Il a permis d'aboutir au texte de loi proposé qui tient compte, dans une très grande mesure, des différents avis émis en consultation. Cette nouvelle loi répond également au souci de désenchevêtrer les tâches entre l'Etat et les communes. Ainsi, elle répartit clairement entre ces deux collectivités publiques la responsabilité et le financement des différentes missions de la médecine dentaire scolaire.

Les efforts entrepris durant plus de sept décennies dans le canton de Fribourg par les pouvoirs publics, afin de mettre en œuvre une médecine dentaire scolaire de qualité, doivent se poursuivre sans relâche. C'est à ces enjeux qu'entend répondre le projet de loi et le Message qui l'accompagne.

2. La politique publique de médecine dentaire scolaire

La politique publique de médecine dentaire scolaire a subi de profondes modifications depuis ses origines. Le contenu et le bilan de cette politique font l'objet de considérations détaillées et développées dans un travail scientifique réalisé à l'Université de Berne¹.

¹ Claude Bertelletto Küng, La médecine dentaire scolaire du canton de Fribourg, 2013 (travail de diplôme réalisé dans le cadre du Certificat en management et action publique (CeMaP) des Universités de Berne, St. Gall et Lausanne. Ce travail et ses annexes sont disponibles sur demande auprès du Service dentaire scolaire).

2.1. Le contenu

La médecine dentaire scolaire existe depuis plus de 70 ans dans le canton de Fribourg. Cette longue tradition est née en 1937 d'une déclaration du Conseiller d'Etat Joseph Piller qui, s'adressant aux responsables des communes et des chefs-lieux des districts, leur a soumis «un projet d'organisation des soins dentaires à donner aux enfants de leurs écoles².» Aujourd'hui, la carie demeure une maladie infectieuse transmissible. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est la maladie numéro un des enfants dans le monde. Elle frappe cinq fois plus que le rhume et sept fois plus que l'asthme.

Dans le canton de Fribourg, on peut distinguer trois cycles de politique publique de médecine dentaire scolaire.

Le premier cycle, allant de 1937 à 1971, se caractérise par une activité prépondérante de la Société fribourgeoise des médecins dentistes et des autorités communales et scolaires des plus importantes communes du canton. Si des cliniques dentaires scolaires sont mises sur pied, la situation est loin de s'améliorer³. Elle empire même, surtout là où les cliniques ne peuvent pas agir (soit dans environ 50 communes du canton), faute de moyens à disposition. Souvent, les parents refusent même les soins indispensables à leurs enfants. L'évaluation réalisée à l'époque montre que pour être plus efficace, il faut impérativement «atteindre les régions les plus éloignées et les familles les moins favorisées⁴.»

Le deuxième cycle repose sur la loi du 16 novembre 1971 sur le Service dentaire scolaire⁵. Le Service dentaire scolaire (ci-après: SDS) est créé. La gestion en est confiée à l'Association fribourgeoise en faveur des soins dentaires scolaires, reconnue d'utilité publique. Les communes doivent prendre les dispositions nécessaires permettant l'exploitation d'une clinique ambulante et d'une clinique fixe. L'Etat prend en charge l'achat de cliniques ambulantes et assume l'équipement et l'entretien du matériel de l'ensemble des cliniques. Il verse à l'Association les montants couvrant les frais des mesures prophylactiques et des contrôles dentaires. Il lui alloue en outre une subvention pour les enfants de parents de condition modeste. Concrètement, le SDS met sur pied des cours d'éducation à la santé dentaire, des contrôles annuels, des traitements thérapeutiques et, dès 1988, des traitements orthodontiques. Les communes fixent elles-mêmes leurs contributions aux frais de traitement. Leur participation financière est versée à des conditions et selon des modalités très diverses, certaines communes ne payant même rien. Les frais des soins et traitements dispensés par l'Association sont

² Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Fribourg (ci-après: BGC), 1971, p. 1341.

³ 1,2 % des enfants avaient une dentition saine. Le nombre de dents cariées par enfant était de 8 (BGC 1971, p. 1342).

⁴ BGC 1971, p. 1343.

⁵ FO 1971, p. 230–231 (ci-après: la loi de 1971).

à la charge des parents, mais facturés par les communes, qui en garantissent le paiement. La politique publique mise en place par la loi de 1971 a permis une diminution du nombre de caries et de parodontites dans la population fribourgeoise, ce qui prouve son utilité. C'est pour remédier aux imperfections sur les plans de l'organisation et de la situation financière qu'en 1990, le Grand Conseil fribourgeois adopte une nouvelle loi¹.

La loi de 1990 met en place le troisième cycle de la politique publique de médecine dentaire scolaire. Les partenaires ne changent pas. Le rôle de l'Etat est toutefois fortement renforcé avec la reprise du SDS². Si la répartition des charges entre Etat, communes et parents reste identique à celle prévue dans la loi de 1971, les articles 9 et 10 de la loi de 1990 apportent cependant des précisions. Le système est désormais le suivant:

- > L'Etat prend à sa charge les frais des mesures prophylactiques et des contrôles annuels, ainsi que les frais de personnel, de matériel et d'exploitation du SDS;
- > L'Etat paie les frais d'équipement des cliniques dentaires fixes installées par les communes qui détiennent leur propre service dentaire, alors que les frais de construction, d'entretien, de rénovation et d'exploitation de telles cliniques sont à la charge des communes;
- > Les communes sont débitrices des factures du SDS pour les soins que celui-ci dispense aux enfants, étant admis qu'elles peuvent récupérer le montant de ces factures auprès des parents, en tenant compte de leur situation économique;
- > Lorsque les communes disposent de leur propre service dentaire ou sont liées à un ou une médecin dentiste privé-e, le règlement communal ou la convention fixe le mode de rémunération³.

En 1994, dans le cadre du cinquième programme de redressement des finances de l'Etat, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de modifier la loi de 1990 en prévoyant de mettre à la charge des communes les frais d'équipement de leurs propres cliniques ainsi que les frais de contrôles, en sus des frais de soins, les communes ayant la faculté de les facturer aux parents.

A l'heure actuelle, le SDS gère et surveille la plupart des activités liées à la médecine dentaire scolaire. En 2013, sur les 164 communes du canton, seules 33 connaissent un système de convention avec des médecins dentistes privés assurant les contrôles et les soins des enfants. 13 communes se chargent

d'organiser elles-mêmes la prophylaxie⁴. Aucune commune ne dispose de son propre service dentaire⁵.

2.2. Le bilan

Sur la base des différentes études réalisées, il est possible d'affirmer que les missions données à la politique publique de médecine dentaire scolaire, en particulier la prophylaxie et la pédodontie, ont été remplies. Les moyens mis en œuvre, tels que, par exemple, l'éducation à une bonne hygiène bucco-dentaire, les contrôles annuels obligatoires et les nettoyages, peuvent être considérés comme efficaces pour permettre une diminution de la carie.

Faute de disposer de bases de données plus développées, il est difficile d'évaluer en chiffres l'amélioration de l'état bucco-dentaire des enfants. Néanmoins, les spécialistes affirment que les moyens mis en œuvre ont permis d'atteindre le but recherché, à tout le moins sur le plan médical⁶.

3. La nécessité du projet

3.1. L'organisation actuelle de la médecine dentaire scolaire

L'organisation de la médecine dentaire scolaire peut être représentée grâce au tableau ci-dessous⁷:

¹ Loi du 27 septembre 1990 sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires (RSF 413.5.1; ci-après: la loi de 1990).

² Actuellement rattaché à la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS).

³ BGC 1990, p. 1925–1926.

⁴ Annexe 1.

⁵ Le Service dentaire de la Ville de Fribourg a été repris par le SDS au début des années 2000.

⁶ Cf. 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.

⁷ Chiffres 2013.

	Prophylaxie		Pédonctie		Orthodontie	Tâches de surveillance administratives
Organisation	Etat		Communes		Etat	Etat
Réalisation	Communes (pour 13 communes)	Etat (pour 151 communes)	Méd. dent. privés (pour 33 communes)	SDS (pour 131 communes)	Etat	Etat
Lieu	En salle de classe	En salle de classe	En cabinet privé	En clinique fixe et/ou en clinique mobile	En clinique fixe	Administration SDS
Fréquence	1 à 3 x par année	1 x par année	Contrôles: 1 x par année Soins: selon les besoins		Selon les besoins	Selon les informations des médecins dentistes
Groupe-cible	EE, EP, CO	EE, EP, ES	EE, EP, ES, CO		(EE), EP, ES, CO	EE, EP, ES, CO
Coûts nets arrondis (comptes de l'Etat 2013)*	0 fr.	-299 000 fr.	0 fr.	-656 000 fr.	+181 000 fr.	-109 000 fr.

* Déficit = - / Bénéfice = + ... EE = école enfantine / EP = école primaire / ES = école spécialisée / CO = cycle d'orientation

Pour l'exercice de la pédonctie, le SDS dispose en 2014 de huit cliniques fixes sises sur l'ensemble du canton¹ et de quatre cliniques mobiles («caravanes dentaires»). Deux d'entre elles sont utilisées uniquement pour les contrôles et deux sont également utilisées pour les soins dans les districts de la Broye, de la Sarine et de la Veveyse. Dans différents autres cercles scolaires et suivant l'éloignement de la clinique fixe la plus proche, le SDS effectue les contrôles en clinique mobile et les soins en clinique fixe². Le SDS arrête en 2015 les soins en cliniques mobiles (les contrôles en unités mobiles étant maintenus). Cette mesure permet notamment d'avoir un contact direct avec les parents lorsque des soins doivent être effectués, ce qui permet de renforcer la prophylaxie et la prévention.

Selon l'article 3 de la loi de 1990, les communes doivent organiser les contrôles annuels et les soins dentaires. Pour remplir ces obligations, elles en confient l'exécution au SDS ou à des médecins dentistes privés.

Sur la totalité des élèves provenant des 131 communes ayant adhéré au SDS et pouvant donc bénéficier des contrôles et des soins du SDS, 60% se rendent chez un ou une médecin dentiste privé-e. Faute de données existantes en la matière, il n'est malheureusement pas possible de savoir si ce pourcentage reste le même lorsque la commune a passé une convention avec des médecins dentistes privés.

En résumé, trois types de médecine dentaire scolaire existent dans le canton:

- > La médecine dentaire scolaire assurée par les médecins dentistes privés, au choix des parents;

- > La médecine dentaire scolaire assurée par les médecins dentistes liés par convention avec la commune;
- > La médecine dentaire scolaire assurée par le SDS.

3.2. Les motifs de la révision

Au vu des problèmes rencontrés, l'exercice de la médecine dentaire scolaire, sous sa forme actuelle, doit être revu. Des solutions sont à rechercher à quatre niveaux:

(1) *Les relations financières entre l'Etat et les communes doivent être clarifiées.* Actuellement, une divergence entre les dispositions légales et la réalité du terrain existe. Certaines communes, ayant recours aux prestations du SDS, assument les frais des locaux, alors que d'autres s'en dispensent, ce qui crée une inégalité de traitement importante. De plus, il n'est plus concevable que l'Etat assume seul et sans base légale le déficit lié notamment aux investissements (aménagement et équipement) et au fonctionnement des cliniques dentaires scolaires. Il importe de régler les rapports financiers entre l'Etat et les communes sur le plan politique en désenchevêtrant les missions liées à la médecine dentaire scolaire. La rentabilité des structures étatiques doit être assurée;

(2) *Les coûts et les difficultés d'exploitation qu'engendrent les cliniques mobiles* rendent une réflexion plus impérative encore, surtout sous l'angle de la mobilité, nécessaire ou non. A cette réflexion s'ajoute, lorsque la pédonctie est pratiquée en clinique mobile, le fait que les parents ne sont pas ou que très peu impliqués dans l'éducation à une bonne hygiène bucco-dentaire de leurs enfants. Cela conduit certains parents à un désintérêt et à une déresponsabilisation;

(3) *L'évolution des normes techniques et des exigences scientifiques*, en matière d'hygiène, de stérilisation, de radiologie et d'informatique, génère des coûts de plus en plus importants pour le SDS;

¹ Clinique de Péroles et clinique des Buissonnets, Fribourg; clinique du CO et clinique de Vudalla, Bulle; clinique de Marly, clinique de Villars-sur-Glâne, clinique de Romont, clinique de Düringen.

² Annexe 2.

(4) Les communes liées par convention prouvent qu'une médecine dentaire scolaire peut aujourd'hui fort bien être exercée, à moindre frais et sans grosses difficultés organisationnelles, par des *médecins dentistes privés*. Il est donc intéressant d'étudier la possibilité de recourir de manière plus générale aux cabinets dentaires existants, éventuellement par le biais d'un mandat de prestations, là où cela est possible.

4. Les travaux préparatoires

Une organisation de projet a été mise sur pied afin de préparer les bases de la révision de la loi. Un Groupe de pilotage composé de 13 personnes issues des différents milieux concernés a été constitué. Il a tenu neuf séances durant l'année 2012. Il a également consulté, au moyen d'un questionnaire, les communes ainsi que les médecins dentistes pratiquant dans le canton. Une séance d'information destinée aux conseils communaux et aux commissions scolaires a, en outre, été organisée le 23 mai 2012. Enfin, le Groupe de pilotage a entendu, en qualité d'experts, le Médecin cantonal et Président de l'Association des médecins cantonaux suisses, le Chef du Service de la santé publique, et l'ancien Président de l'Association des médecins dentistes cantonaux de Suisse.

Le Groupe de pilotage a rendu son rapport final en décembre 2012.

La Directrice de la santé et des affaires sociales a ensuite invité un Groupe de travail, composé des représentants et représentantes des services concernés, à vérifier les conséquences de la mise en pratique des options retenues par le Groupe de pilotage sur le plan financier et organisationnel.

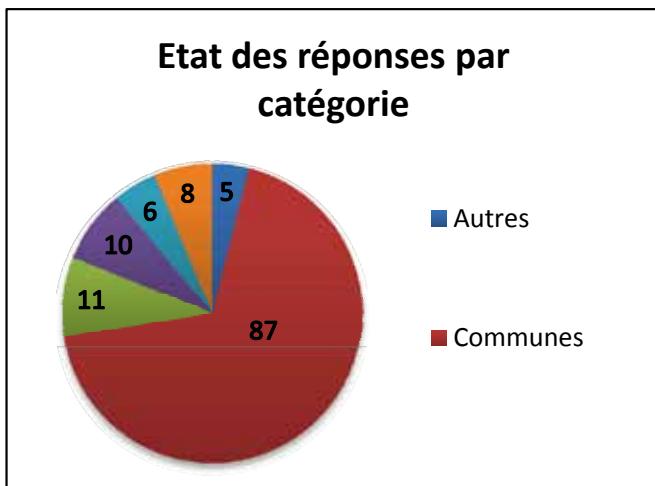
Le Groupe de travail a ainsi consacré six séances, durant le premier semestre 2013, à établir une étude de faisabilité pour les différentes missions de la médecine dentaire scolaire. Il a retenu les hypothèses de travail qui lui paraissaient les plus probables pour réaliser cette étude. Les thèmes abordés furent les suivants:

- > Optimisation de l'enseignement de la prophylaxie dans les établissements scolaires;
- > Possibilité pour les communes de faire appel à des médecins dentistes privés pour les contrôles et les soins;
- > Détermination du nombre de cliniques fixes et du nombre de cliniques mobiles nécessaires à la réalisation des tâches de la pédodontie;
- > Détermination des moyens à mettre en œuvre pour assurer les tâches de surveillance;
- > Projection des conséquences financières de l'application de la nouvelle loi.

Sur cette base, un avant-projet a été rédigé et soumis à consultation publique au printemps 2014.

5. Les résultats de la consultation

L'avant-projet a été de manière générale bien accueilli. Le principe d'une médecine dentaire scolaire a été plébiscité. La répartition des tâches entre Etat et communes, selon les quatre missions actuelles de la médecine dentaire scolaire, n'a suscité que peu de propositions de modifications.



Communes	87
Directions et services de l'Etat	11
Médecins dentistes privés	10
Partis politiques	6
Professionnels de la santé	8
Autres	5
Nombre total de réponses	127

Concernant la prise de position des communes, 28 d'entre elles sur 87 se sont ralliées à l'avis de l'Association des communes fribourgeoises. Cette dernière regrette que l'avant-projet ne soit pas parvenu à une reprise de l'ensemble des tâches liées à la médecine dentaire scolaire soit par l'Etat, soit par les communes. Elle souhaite maintenir la durée de l'enseignement de prophylaxie à 60 minutes et attend que des moyens supplémentaires, pris sur le compte de la surveillance, soient mis au bénéfice de cette mission. Elle estime que les surcoûts de la mobilité devraient être mis à la charge des parents et non pas des communes. De manière générale, les communes qui se sont prononcées individuellement souhaitent le statu quo par rapport à leur propre situation actuelle. Enfin, 27 communes ont déclaré opter pour une convention avec un ou une médecin dentiste privé-e. 8 communes seulement pourraient ainsi quitter le Service.

La SSO Fribourg est d'avis que l'Etat s'ingère trop fortement dans la médecine dentaire scolaire (suivi des soins, approbation des conventions). La plupart de ses critiques soulevées ont pu être éliminées lors d'une rencontre entre les parties concernées. Plus particulièrement, la responsabilité des

médecins dentistes privés en matière de suivi des soins a été intensifiée, ceci sur proposition de la SSO Fribourg. En revanche, contrairement au souhait exprimé par celle-ci, il ne saurait être question d'abandonner l'approbation des conventions passées entre les communes et les médecins dentistes privés, ceci pour des motifs relevant de la santé publique.

Alors que le Parti socialiste fribourgeois propose d'uniformiser la participation financière des communes en matière de subventionnement des contrôles et des soins dentaires, le Parti libéral radical et l'Association des communes fribourgeoises souhaitent que toute liberté soit laissée aux communes en la matière. Le Parti démocrate-chrétien ayant relevé le flou et la difficulté d'interprétation de l'article 16 al. 1 de l'avant-projet (pratique de l'orthodontie uniquement en cas de pénurie), cette disposition a été modifiée dans le projet (art. 17). L'Union démocratique du centre, si elle admet le principe d'une médecine dentaire scolaire et la nécessité du contrôle annuel, demande néanmoins que les tâches de pédodontie soient entièrement confiées aux communes afin de supprimer la mobilité. Elle estime que l'Etat ne doit exercer aucune surveillance. Le Parti bourgeois démocratique et le Parti évangélique soutiennent également le principe de la médecine dentaire scolaire et l'obligation des contrôles et des soins.

Enfin, la Fédération des associations du personnel des services publics du canton de Fribourg a mentionné diverses propositions, certaines de nature organisationnelle, qui seront examinées dans le cadre de la mise en œuvre de la loi.

6. Les principales propositions du projet

6.1. Les options fondamentales retenues

6.1.1. Le maintien d'une politique publique de médecine dentaire scolaire

A la question de savoir si le temps ne serait pas venu de renvoyer les élèves en âge de scolarité obligatoire à la médecine dentaire privée, on peut répondre par la négative.

En effet, les résultats bénéfiques obtenus par la politique publique de médecine dentaire scolaire, pratiquée durant les trois cycles et exposée précédemment, sont éloquents. Si, dans notre société moderne et individualiste, il devient courant de renvoyer chacun à sa propre responsabilité, il n'est pas envisageable de le faire pour ce qui touche à l'hygiène bucco-dentaire, ceci pour les raisons suivantes: le risque est réel que les efforts entrepris depuis plusieurs dizaines d'années soient sérieusement compromis. Un tel changement de système présenterait de nombreuses lacunes et provoquerait des conséquences hasardeuses. Celles-ci concerneraient précisément les enfants qui auraient le plus besoin de soins. Appeler les parents à prendre seuls en charge l'hygiène bucco-dentaire de leurs enfants suppose que ceux-ci connaissent les mesures

indispensables à prendre. Or, tel n'est probablement pas le cas, en particulier pour les familles socialement défavorisées ou provenant de contextes migratoires difficiles. Le bilan de la santé bucco-dentaire des enfants fribourgeois est le fruit d'une politique publique de médecine dentaire scolaire mise en place durant plus de 70 ans. La remettre en cause aujourd'hui constituerait un pas en arrière que rien ne justifie.

De plus, une enquête menée par la SSO a démontré que, là où les autorités se sont contentées de distribuer des bons aux parents d'enfants en âge de scolarité obligatoire, leur permettant de consulter le ou la médecin dentiste de leur choix pour effectuer les contrôles et les soins nécessaires, seule la moitié environ de ces bons a été utilisée¹.

Enfin, consultées à ce sujet, les communes plébiscitent à une quasi-unanimité le maintien d'une politique publique de médecine dentaire scolaire. Il en va de même des médecins dentistes, qu'ils soient ou non membres de la SSO. Ceux-ci ne pourraient d'ailleurs pas absorber 13 000 élèves ayant aujourd'hui recours aux prestations du SDS.

6.1.2. La prise en charge des coûts de la médecine dentaire scolaire

La question de la prise en charge des coûts a été abordée dès le début des travaux. A défaut, des choix importants auraient pu être remis en cause au terme des travaux, faute de financement. Pour ce motif, le principe suivant a été retenu: la collectivité qui organise telle mission ou qui prend en charge telle tâche, en assume les coûts. La règle inverse est aussi valable: la collectivité appelée à payer tel service en assume également la responsabilité. L'application de ce principe est de nature à mettre en perspective et le contenu, et les moyens de la médecine dentaire scolaire.

6.2. La prophylaxie

Par *prophylaxie*, on entend l'enseignement des mesures de prévention des maladies bucco-dentaires.

6.2.1. L'organisation

a) La situation actuelle

A l'heure actuelle, tous les élèves des *classes enfantines et primaires et des écoles spécialisées* reçoivent un enseignement pratique et théorique dans le domaine de l'hygiène dentaire (prophylaxie). Cet enseignement est dispensé en classe, actuellement par des assistantes dentaires du SDS spécialement formées. Dans la région du Moratois, 13 communes recourent toutefois à du personnel distinct qu'elles engagent

¹ Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie 2008, Vol. 118, p. 1127.

pour la prophylaxie, également dans les classes du cycle d'orientation.

En 2013, le SDS employait trois éducatrices en hygiène dentaire, représentant 1.65 EPT. Ces personnes ont visité 1283 classes et dispensé leur enseignement à 23 956 élèves.

b) La situation projetée

Le système actuel d'enseignement de la prophylaxie dans les classes, organisé et réalisé par l'Etat pour la quasi-totalité d'entre elles, n'a suscité aucune réserve. Il sera donc maintenu.

Les communes qui ont recours au SDS estiment, dans leur grande majorité, que l'organisation de la prophylaxie devrait ressortir à l'Etat.

Il est nécessaire de poursuivre la prévention dans ce domaine, car sinon certaines catégories défavorisées n'y auraient plus accès. Par ailleurs, afin de sensibiliser les parents des enfants *en âge préscolaire*, des campagnes d'information pourront être mises sur pied en faveur des professionnel-le-s de la santé (gynécologues, pédiatres, sages-femmes, spécialistes en puériculture) et des institutions existantes (crèches, structures d'accueil de la petite enfance et organisations de mamans de jour). De même, au vu des dangers présentés par les alcopops et les boissons riches en acide (qui affaiblissent la surface dentaire¹), une *information spécifique* doit donc être dispensée en faveur des élèves fréquentant le cycle d'orientation, les cours d'apprentissage et les écoles du degré secondaire II.

6.2.2. La prise en charge des coûts

a) La situation actuelle

A l'exception des coûts supportés par les 13 communes qui organisent elles-mêmes la prophylaxie, l'ensemble des dépenses de ce secteur sont prises en charge par l'Etat. Cela représente un montant annuel de plus de 299 000 francs.

b) La situation projetée

En application du principe adopté, selon lequel la collectivité qui organise une tâche la finance, il est proposé de maintenir un financement de l'Etat pour cette tâche. L'Etat a engagé et formé, à cette fin, des éducatrices en hygiène dentaire chargées de passer dans les classes. Cette solution donne entière satisfaction. S'agissant des communes qui ont choisi d'organiser les cours de prophylaxie à leurs frais, elles doivent toutefois pouvoir continuer à le faire. A noter que la question du financement de la prophylaxie sera réexaminée dans le cadre

du projet de désenchevêtrement des tâches entre l'Etat et les communes.

La durée de l'enseignement de la prophylaxie a été réduite dès 2014 à 45 minutes. Cette mesure en permet une meilleure intégration dans le programme scolaire. Certaines craintes ont été exprimées à ce sujet lors de la consultation. Des contacts ont déjà eu lieu avec la DICS pour développer de nouveaux outils d'enseignement et rechercher des synergies avec la politique de santé à l'école. Ainsi, il est possible d'assurer la qualité et d'améliorer la portée du message de prophylaxie. De plus, afin de réduire les coûts de l'enseignement de la prophylaxie, plusieurs mesures sont prises (mode de répartition des unités d'enseignement: concentration des unités sur la matinée dans un même établissement scolaire, réduction de la durée de l'unité d'enseignement à 45 minutes, diminution des déplacements). Grâce à elles, l'Etat prévoit de réaliser une économie de près de 50 000 francs dans le domaine de la prophylaxie, l'effectif des enseignantes en prophylaxie passant de 1.65 à 1.15 EPT.

6.3. La pédodontie

Par *pédodontie*, on entend les mesures liées aux contrôles et aux soins dentaires prodigués aux jeunes dans un cabinet dentaire. Par *contrôles*, on entend la recherche de maladies dentaires au moyen d'un équipement médical complet y compris, selon les besoins, la radiologie. Par *soins*, on entend les soins thérapeutiques ainsi que les soins prophylactiques. Ces derniers peuvent consister dans un détartrage ou dans un scellement de fissures.

6.3.1. L'organisation

a) La situation actuelle

A l'heure actuelle, les élèves sont tenus d'effectuer un contrôle annuel, soit auprès des médecins dentistes scolaires, soit auprès du ou de la médecin dentiste de leur choix, à charge des élèves de produire dans ce cas une attestation. Pour les élèves qui n'ont pas consulté leur propre médecin dentiste, un contrôle annuel obligatoire est effectué automatiquement par les médecins dentistes du SDS ou les médecins dentistes privés liés par convention à la commune. Ces contrôles ont lieu dans des cliniques fixes ou dans des cliniques mobiles. Ils sont facturés par le SDS aux communes, qui les refacturent ensuite aux représentants légaux, sous réserve de l'aide financière qu'elles leur allouent.

Pour exécuter ces tâches, le SDS exploitait en 2014 huit cliniques fixes et quatre cliniques mobiles. Il disposait, à cette fin, de neuf médecins dentistes (env. 6 EPT), dont l'une assurait la fonction de cheffe de secteur, et de dix assistantes dentaires (env. 7 EPT).

¹ Info dents, Journal de la SSO à l'intention des patients, N° 25, printemps 2004.

b) La situation projetée

1. L'obligation des contrôles

Au contraire du contrôle, qui suppose un examen poussé, on pourrait songer à procéder à un dépistage, qui consiste dans la recherche de maladies dentaires (en particulier des caries) détectables par un simple et court examen visuel de la bouche, souvent dans la salle de classe, au moyen d'un miroir et d'une sonde. Si l'on optait pour un dépistage, celui-ci devrait être pratiqué *systématiquement* dans les classes, sans possibilité pour l'élève de présenter une attestation.

Un dépistage aurait l'avantage d'identifier, rapidement et à moindre coût, les groupes à risques, ce qui permettrait de concentrer les moyens de la médecine dentaire scolaire sur ces enfants. De plus, d'autres cantons (notamment le Valais et Vaud) connaissent le système du dépistage. Toutefois, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne met en doute l'efficacité du programme de dépistage tel qu'il est pratiqué dans le canton de Vaud et préconise d'explorer la piste d'une visite annuelle au cabinet dentaire¹.

Les médecins dentistes insistent cependant sur les risques qu'il y aurait à passer d'un système de contrôle annuel, qui a largement fait ses preuves, à un système de dépistage. Une carie peut en effet se développer en très peu de temps et n'est pas forcément détectable par un simple dépistage. Si un tel examen permettait d'identifier rapidement les groupes à risques, des infections décelables exclusivement par un contrôle complet risqueraient de ne pas être soignées à temps et, ainsi, de dégénérer, occasionnant des coûts médicaux et sociaux importants. A cela s'ajoute que, confiante dans les résultats du dépistage, la patientèle pourrait considérer toute démarche supplémentaire (soit un contrôle complet) comme superflue. Ces craintes sont justifiées par l'expérience réalisée dans les cantons qui ont introduit le «bon dentaire»: plus de la moitié de ces bons n'ont pas été utilisés par leurs bénéficiaires.

A cela s'ajoute que, contrairement aux cantons de Berne, de Vaud et du Valais, le canton de Fribourg ne connaît pas la tradition du dépistage. La population, les parents et le corps enseignant sont habitués à ce que les enfants soient contrôlés par un ou une médecin dentiste une fois par année. Changer de système nécessiterait des efforts considérables d'éducation et de sensibilisation aux limites du dépistage et à la nécessité de consulter chaque année un ou une médecin dentiste pour un contrôle complet. A défaut, les médecins dentistes scolaires se verrraient reprocher de n'avoir pas identifié telle ou telle infection, laquelle aurait dégénéré et occasionné des traitements plus importants.

Les communes qui se sont prononcées sur cet objet vont dans ce sens. Il en va de même des médecins dentistes.

Les élèves ne trouveraient aucun bénéfice à baisser le standard mis en place dans le canton de Fribourg depuis plus de 40 ans. Il est donc recommandé de maintenir un contrôle annuel obligatoire.

2. L'obligation des soins

L'une des principales innovations de la loi de 1990 avait été de renforcer l'obligation des soins, en sanctionnant les parents qui refuseraient de faire exécuter les traitements nécessaires². Les avis recueillis dans le cadre des travaux de révision ont montré que ce système est performant et donne les résultats escomptés, à savoir un suivi sérieux de la santé bucco-dentaire des élèves. Si obligation de contrôle il y a, il doit y avoir obligation de soins. A défaut, le contrôle risquerait de demeurer stérile³.

3. L'extension de l'obligation des contrôles et des soins au-delà de l'âge de la scolarité obligatoire

3.1. La pratique actuelle

A l'heure actuelle, le SDS accueille les élèves jusqu'à la fin de la 3^e année du CO (y compris les élèves en institutions). Passé cette date, les jeunes ne sont plus soumis à l'obligation des contrôles et des soins. Ils ne peuvent, dès lors, plus bénéficier des prestations du SDS dont la tâche est de traiter les élèves *en âge de scolarité obligatoire*. La situation est plus simple pour les élèves lorsqu'ils sont suivis par un ou une médecin dentiste conventionné-e par la commune, puisqu'ils passent en principe automatiquement dans la patientèle privée du ou de la médecin dentiste conventionné-e. Ces jeunes continuent à être suivis à l'avenir, sans qu'un changement de médecin dentiste doive impérativement avoir lieu.

Doit-on pour autant aller plus loin dans cette pratique et étendre la médecine dentaire scolaire aux jeunes au-delà de 16 ans? Les médecins dentistes sont partagés. Les membres de la SSO qui se sont prononcés ne sont pas favorables à une extension des compétences de l'Etat, alors que les non-membres le seraient davantage. Si la pratique actuelle doit être poursuivie, ce n'est pas le rôle de l'Etat que de se substituer aux médecins dentistes privés pour dispenser des soins au-delà de la scolarité obligatoire. Il n'empêche que le passage du SDS aux médecins dentistes privés doit se réaliser de manière optimale. La mission de l'Etat ne doit cependant pas être étendue à la création d'une clinique dentaire sociale (Volkszahnklinik), comme dans le canton de Bâle-Ville et de

¹ Cf. note 11, p. 68.

² Art. 7 et 11 de la loi de 1990.

³ A noter que le travail administratif pour garantir le respect de l'obligation des soins ne doit pas être sous-estimé.

Genève, qui accueille également des adultes remplissant des critères très précis d'indigence.

3.2. Le système des «bons dentaires»

Un système de «bons dentaires» avait été introduit dans le canton de Fribourg durant les années 1993 et 1994 pour les jeunes entre 16 et 20 ans qui avaient été suivis par le SDS durant leur scolarité obligatoire. Cette expérience était réalisée en collaboration avec la SSO Fribourg. Celle-ci avait obtenu de tous ses membres une participation à cette action (un bon pour quatre contrôles annuels gratuits et deux radios à un prix préférentiel de 40 francs). A l'issue du cycle d'enseignement obligatoire, chaque jeune recevait le bon avec son dossier médical. Seuls 8% des bons avaient été retournés. Vu le faible intérêt rencontré et la lourdeur de la tâche administrative, ce système a donc été rapidement abandonné.

D'autres expériences ont toutefois rencontré davantage de succès. Ainsi, depuis plusieurs années, les communes du Moratois ont recours à un système de bons pour les jeunes entre 16 et 19 ans qui ont été suivis durant leur scolarité obligatoire par les médecins dentistes scolaires mandatés par les communes. Ces jeunes peuvent bénéficier d'un contrôle gratuit (offert par les médecins dentistes traitants) et, si nécessaire, de traitements à une valeur de point de 3 fr. 50. La commune prend en charge les frais administratifs liés à l'impression et à l'envoi des bons. Selon les informations obtenues auprès de la Commune de Morat, environ 50% des bons sont utilisés. Le système mis en place rencontre donc un bon écho et pour ces jeunes adultes, le but final (contrôle annuel et soins si nécessaires) est ainsi atteint chez la moitié d'entre eux. A noter que ce système ne peut fonctionner que si les médecins dentistes sont d'accord d'offrir leurs prestations à ces conditions.

Depuis 1991, la Société vaudoise des médecins dentistes (SSO Vaud) distribue des bons aux jeunes dans les écoles et les cabinets dentaires membres de cette société. Pour la modique somme de 20 francs, chaque jeune entre 16 et 18 ans puis entre 18 et 20 ans peut bénéficier d'un contrôle comprenant 2 radiographies. Pour donner une meilleure visibilité à cette promotion, la SSO Vaud a organisé, en 2001, une campagne de publicité dans la presse, au cinéma et sous forme d'affiches. Depuis le 1^{er} mai 2011, les bons sont à disposition sur le site internet de la SSO Vaud et ont été téléchargés plus de 1200 fois¹.

Cette démarche est intéressante. Elle permet de toucher une catégorie de la population particulièrement vulnérable. La facilité d'utilisation constitue, en outre, un argument supplémentaire, pour qu'un nouvel essai soit tenté sur le plan cantonal. Des discussions avec la SSO Fribourg sont en cours concernant la collaboration nécessaire à l'introduction de

tels bons, à l'instar de celle qui a été instaurée dans le canton de Vaud.

4. L'extension des contrôles et des soins aux enfants en âge préscolaire

La loi de 1990 ne prévoit pas d'apporter des soins aux enfants en âge préscolaire (0-4 ans). Or, une telle innovation permettrait d'anticiper les problèmes que connaissent de nombreux enfants et qui ne sont identifiés qu'au premier contrôle obligatoire. Une telle obligation serait toutefois très difficile à organiser sur le plan pratique. Par ailleurs, l'Etat a choisi, depuis le début de la mise en place de sa politique publique de médecine dentaire scolaire, de se concentrer sur le groupe-cible des «enfants soumis à la scolarité obligatoire»². Au vu des résultats obtenus, il n'y a aucun motif impérieux d'étendre cette obligation aux enfants qui ne fréquentent pas encore l'école. Dans des situations exceptionnelles, l'Etat pourrait toutefois être autorisé à traiter, dans le cadre de la médecine dentaire scolaire, des enfants n'ayant pas atteint l'âge requis. Cela pourrait être le cas d'une fratrie connaissant de lourdes infections observées déjà chez le premier enfant, en lien notamment avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Il serait choquant d'attendre que les autres frères et sœurs aient atteint l'âge de 4 ans pour entreprendre des soins. Une prise en charge resterait toutefois l'exception, réservée à des enfants ayant une dentition particulièrement touchée par la «carie de la petite enfance».

Les médecins dentistes qui se sont prononcés sur cette question sont très partagés. Les membres de la SSO estiment qu'une telle extension ne serait pas utile, alors que les médecins dentistes qui ne font pas partie de cette association y seraient favorables.

5. La liberté de choix d'un ou d'une médecin dentiste

A l'heure actuelle, les parents ont le choix de recourir, pour leur enfant, soit à la médecine dentaire scolaire telle qu'organisée par la commune, soit aux médecins dentistes privés de leur choix, à charge pour eux de présenter une attestation. Ce système vaut pour les contrôles et pour les soins. Sur la totalité des enfants provenant des 131 communes ayant recours au SDS, environ 60% se rendent chez des médecins dentistes privés.

Ce système donne les résultats escomptés: les enfants sont contrôlés et soignés. Il n'y a, dès lors, aucune raison de contraindre l'ensemble des enfants à bénéficier des contrôles et des soins auprès des médecins dentistes scolaires. Outre le fait qu'une telle obligation constituerait une atteinte importante au libre choix des parents, la médecine dentaire scolaire ne pourrait pas absorber les quelques 17 000 enfants

¹ Cf. note 11, p.44.

² Art. 2 al. 1 de la loi de 1990.

qui, chaque année, présentent une attestation des médecins dentistes privés. Le seul inconvénient du système a trait aux contraintes administratives liées à la récolte de ces attestations par le corps enseignant. Cela ne constitue pas un motif suffisant pour remettre en cause le système actuel.

Les parents doivent donc continuer à pouvoir faire appel aux médecins dentistes de leur choix, tant pour les contrôles que pour les soins. Il appartiendra à ces médecins d'attester le contrôle et/ou les soins prodigués.

6. La convention entre les communes et les médecins dentistes privés

Les communes ont, comme aujourd’hui déjà, la liberté de passer une convention avec des médecins dentistes privés. Une telle convention permet d’établir les conditions auxquelles ceux ou celles-ci exercent la médecine dentaire scolaire pour les communes. La valeur du point facturée aux parents pourra être librement négociée entre les partenaires et sera fixée dans la convention. De même, le processus pour le déroulement des contrôles et des soins devra être convenu. Enfin, l’encaissement et la prise en charge du contentieux sont également des points importants qui devront y figurer. Au vu de son contenu, cette convention peut être adoptée par le conseil communal. Une approbation par le canton (Direction en charge de la santé, ci-après: Direction) restera nécessaire, pour des motifs de santé publique.

Pour les réclamations en lien avec les prestations effectuées par les médecins dentistes liés par convention avec la commune, la patientèle pourra s’adresser au médecin dentiste-conseil du Service (art. 21).

La question de la responsabilité du ou de la médecin dentiste lié-e par convention avec la commune doit être réglée. En effet de deux choses l’une: ou sa propre responsabilité civile couvre son activité dans le cadre de la médecine dentaire scolaire, ou la commune doit conclure une assurance responsabilité civile. A noter que cette situation existe déjà aujourd’hui pour les communes qui ont des médecins dentistes scolaires liés par convention.

7. Le rôle de l’Etat et des communes

7.1. En général

A l’heure actuelle, *l’organisation des contrôles et des soins bucco-dentaires incombe aux communes*. Pour remplir leurs obligations, elles peuvent, à choix:

- > Créer leur propre service dentaire;
- > Confier la tâche à des médecins dentistes privés;
- > Confier la tâche au SDS¹.

En 2014, sur 163 communes, seules 34 connaissent un système de convention avec des médecins dentistes privés assurant les contrôles et les soins des élèves, les 129 autres faisant appel au SDS. Aucune commune ne dispose aujourd’hui de son propre service dentaire.

Trois modèles ont été examinés:

- > L’Etat organise et réalise l’ensemble des tâches liées à la pédodontie;
- > Les communes organisent et réalisent l’ensemble des tâches liées à la pédodontie;
- > Les communes organisent librement les tâches liées à la pédodontie, l’Etat en assurant l’exécution uniquement si les communes n’ont pas pris de mesures propres.

Dans l’examen du dernier modèle, si les communes n’ont pas pris de mesures propres, une question s’est posée au sujet de la prise en charge des coûts d’intervention du SDS. Si les parents paient les contrôles et les soins, la valeur du point appliquée par le SDS – 3 fr. 50 en 2014 – ne permet pas de couvrir l’ensemble des coûts. Trois facteurs en sont principalement responsables: (1) les surcoûts dus à l’exploitation des cliniques mobiles, (2) la spécificité liée au seul exercice de la pédodontie, excluant le traitement des adultes et (3) les tâches administratives nécessaires à l’organisation des contrôles et des soins avec les responsables d’établissement et les directions des cycles d’orientation. Les médecins dentistes privés ne connaissent pratiquement pas les difficultés liées à ces trois facteurs cumulés. A cela s’ajoute la prise en charge par l’Etat (contrairement à la loi actuelle) de l’intégralité des coûts, y compris des locations, des cliniques orthodontiques à Fribourg et à Bulle, ainsi que ceux liés aux cliniques mobiles. Les dernières adaptations relatives à la prise en charge de loyers sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2013 pour les cliniques pédodontiques de Fribourg et de Bulle CO. Faudrait-il, dès lors, contraindre l’ensemble des communes à recourir au Service? Certaines cliniques seraient ainsi mieux rentabilisées.

Il n’appartient pas à l’Etat d’assumer, désormais, l’intégralité des tâches liées à la pédodontie, pas plus qu’il ne faut contraindre toutes les communes à recourir au Service pour les contrôles et les soins. Les communes ayant conclu une convention avec les médecins dentistes privés sont satisfaites de cette situation. Si certaines collectivités n’ont pas choisi cette voie, ce n’est pas pour une question de valeur du point, mais par commodité, ou parce qu’elles rencontrent des difficultés à trouver des médecins dentistes qui acceptent de conclure une convention (communes excentrées, manque de médecins dentistes dans la région). L’argument tiré de l’inégalité que le système mixte actuel provoquerait pour les parents n’est pas décisif: chaque commune connaît en effet un taux d’impôt et des échelles de taxes qui lui sont propres. Si l’autorité communale estime que le recours à des médecins dentistes privés est opportun, il n’y a aucune raison de l’en empêcher. En bref, si l’Etat charge les communes d’organiser

¹ Art. 3 de la loi de 1990.

ser les contrôles et les soins bucco-dentaires, il ne doit pas imposer un modèle unique mais, au contraire, les encourager à adopter la solution qui leur paraît la plus adéquate. Dans cette hypothèse, le rôle de l'Etat deviendra subsidiaire: il consistera à exercer une haute surveillance et à servir des prestations en faveur des communes qui n'auraient ni créé de service dentaire propre, ni conclu de convention avec des médecins dentistes privés.

La solution des médecins dentistes mandatés pour les contrôles et les soins est plébiscitée par les communes qui n'ont pas recours au SDS. Celles-ci sont satisfaites du système et n'entendent pas confier cette tâche à l'Etat. Les communes estiment en très large majorité que la pédodontie doit rester une tâche communale. Seules quelques-unes pourraient nouvellement recourir à des médecins dentistes privés plutôt qu'au Service. Au vu des éléments développés ci-dessus, les conclusions suivantes peuvent être tirées:

- > L'organisation des contrôles et des soins doit demeurer dans la sphère de compétence des communes;
- > Pour les contrôles et les soins, les communes doivent rester libres de créer leur propre service dentaire ou de faire appel à un ou une médecin dentiste privé-e, la valeur du point devant être librement négociée entre les partenaires;
- > Si la commune n'a pas pris de mesures propres, le Service assurera, en concertation avec elle, l'exécution des tâches dévolues à celle-ci (rôle subsidiaire de l'Etat).

7.2. La nature et la forme des rapports entre les communes et l'Etat

Il est prévu que, si l'Etat doit servir des prestations en faveur d'une commune qui n'aurait ni créé de service dentaire propre, ni conclu de convention avec un ou une médecin dentiste privé-e, il le fasse par voie de décision (art. 11 al. 1). Cette décision indiquera les modalités d'exécution des contrôles et des soins (outre les modalités prévues par l'art. 11 al. 2 à 4), le tarif appliqué ainsi que la durée de validité. Il est indispensable, en effet, que le Service puisse planifier et se doter des infrastructures et du personnel nécessaires à l'accomplissement de ses missions, lesquelles varieront en fonction du nombre de collectivités concernées. La teneur de cette décision sera discutée préalablement et finalisée conjointement avec les communes concernées.

7.3. La facturation des contrôles et des soins

A l'heure actuelle, trois systèmes coexistent:

- > Les élèves sont contrôlés et soignés par un ou une médecin dentiste privé-e et les représentants légaux s'acquittent directement de la facture y afférante. Ils

peuvent, aux conditions posées par le règlement communal, bénéficier d'une subvention de la commune¹;

- > Les élèves sont contrôlés et/ou soignés par un ou une médecin dentiste avec qui la commune a conclu une convention. Le règlement de la facture est régi par les dispositions de la convention ou la pratique. Souvent la commune s'engage à gérer le contentieux;
- > Les élèves sont contrôlés ou soignés par les médecins dentistes du SDS. Dans ce cas et conformément à l'article 9 al. 3 de la loi de 1990, le SDS adresse la facture à la commune, qui procède à son encaissement auprès des représentants légaux et gère le contentieux.

S'agissant de la subvention, deux pratiques ont cours: certaines communes procèdent automatiquement à la déduction de la subvention lors de l'établissement du décompte. D'autres communes n'allouent la subvention que sur requête expresse des représentants légaux.

Le système appliqué par le SDS ne paraît pas poser de difficultés majeures aux communes. A titre d'exemple, la commune qui gère le plus grand nombre de factures – soit la Ville de Fribourg – reçoit mensuellement 300 à 400 factures du SDS, sauf en décembre, où elle en reçoit 800 à 900. Le secrétariat déduit de ces factures le montant des subventions, respectivement retient celles qui concernent des parents pris en charge par le Service social. Ces tâches représentent deux jours de travail. Les données sont ensuite introduites dans le système informatique et les factures sont envoyées aux parents. La Ville de Fribourg estime à 12% le nombre total de rappels et à 1% le nombre d'actes de défaut de biens délivrés.

Les communes semblent définitivement les mieux à même de gérer ces questions, dès lors qu'elles connaissent la situation financière des parents. Elles peuvent, de ce fait, mieux apprécier les procédures d'encaissement à mettre en œuvre. La pratique en cours doit donc être maintenue.

8. Les prestations de l'Etat

Pour assurer l'exécution des tâches liées aux contrôles et aux soins, en l'absence de mesures propres de la commune, l'Etat devra soit disposer de ses propres infrastructures, soit faire appel à des tiers.

8.1. Les modalités d'utilisation des infrastructures de l'Etat

Compte tenu des défis auxquels le SDS est confronté, diverses solutions ont été étudiées afin de rendre plus performantes ses infrastructures et installations. Trois modèles ont plus particulièrement été analysés:

¹ Art. 10 al. 1 de la loi de 1990.

Modèle	Contrôles	Soins
1	Mobiles (en unités mobiles devant les établissements scolaires)	Fixes (dans 2 ou 3 cliniques selon les besoins, et sur rendez-vous individuel)
2	Fixes (déplacements à organiser par les communes)	Fixes (dans 2 ou 3 cliniques selon les besoins, et sur rendez-vous individuel)
3	Mobiles (en unités mobiles devant les établissements scolaires)	Mobiles (en unités mobiles devant les établissements scolaires)

Le *modèle N° 3* doit être écarté. En premier lieu, un tel système rend difficile, voire impossible, le contact direct avec les représentants légaux. Or ces échanges à la clinique, en présence de l'enfant et même des frères et sœurs plus jeunes, sont à même de permettre une amélioration de la santé bucco-dentaire de la patientèle-cible, très touchée par la carie. En effet, la prophylaxie individuelle ainsi pratiquée est un moyen parfaitement adéquat. En deuxième lieu, il est pénible de prodiguer des soins durant des jours entiers dans l'espace confiné d'une unité mobile. En troisième et dernier lieu, ce modèle engendrerait des coûts prohibitifs: les unités mobiles devraient être changées et rééquipées pour être conformes aux normes d'hygiène et de stérilisation ainsi qu'aux avancées technologiques. Il agraverait donc les difficultés actuelles rencontrées par le SDS: le déplacement systématique des unités mobiles serait très onéreux; le chiffre d'affaires par médecin dentiste serait davantage réduit.

La solution idéale, sur le plan économique, serait évidemment de ne retenir que le *modèle N° 2*. On garantirait ainsi une utilisation optimale des cliniques fixes, qui pourraient être ouvertes en dehors des heures de classe, voire même durant les vacances scolaires. Les médecins dentistes ne devraient plus se déplacer d'une commune à l'autre. Les frais d'équipement seraient réduits au nombre de cliniques fixes. Ce modèle permettrait de se rapprocher au plus près de l'activité d'un cabinet privé. Seule la patientèle resterait différente, ce qui n'est pas un élément négligeable en matière d'analyse de coûts. Il est toutefois apparu qu'une telle solution serait de nature à engendrer des difficultés pour les communes, respectivement pour les représentants légaux. Tous les enfants concernés devraient en effet se rendre à l'endroit où se situe la clinique pour les contrôles et pour les soins. Cela signifierait que soit les communes, soit les représentants légaux, devraient assurer le transport. Le fonctionnement de l'école pourrait également être perturbé. Le temps de transport des élèves serait pris sur l'horaire scolaire. Si la commune devait s'en remettre aux représentants légaux pour le transport, cela signifierait que chaque élève devrait prendre rendez-vous individuellement auprès de la clinique dentaire, de sorte que le corps enseignant assisterait à des absences perlées au sein de leur classe.

Pour pallier ces difficultés et soutenir les familles, le choix du *modèle N° 1* paraît s'imposer: les contrôles seront systématiquement réalisés dans des unités mobiles et les soins dans des cliniques fixes. Ainsi, l'Etat pourra-t-il prévoir une organisation optimale, que ce soit en termes de planification que de dotation en personnel.

Interrogées à ce sujet, les communes souhaitent pour la plupart le statu quo par rapport aux modalités actuelles¹. Le *modèle N° 1* est de facto largement plébiscité. Les communes qui ont donné leur préférence au *modèle N° 2* sont celles qui pourraient le plus aisément utiliser des cliniques fixes. Quant aux communes qui n'utilisent pas le SDS, elles optent, sans surprise, pour le *modèle N° 2*, qu'elles connaissent aujourd'hui déjà.

8.2. Le nombre de cliniques fixes nécessaires

Pour déterminer le nombre de cliniques fixes nécessaires à l'accomplissement des tâches du Service, il a été tenu compte du nombre d'enfants concernés (statistiques SDS 2012), de la proximité des médecins dentistes privés² et de la localisation des établissements scolaires.

La mise en œuvre de la loi permettra de déterminer de manière exacte le nombre de cliniques. En effet, les communes seront invitées à indiquer le choix qu'elles entendront faire avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi (création d'un service dentaire communal, convention avec des médecins dentistes privés, prise en charge subsidiaire par le Service). Pour l'heure, l'organisation et les coûts sont fondés sur l'hypothèse suivante: l'Etat dispose en principe de trois cliniques fixes: l'une pour le district de la Sarine, une autre pour la Gruyère et la Veveyse, la troisième pour la Glâne et la Broye. Les communes de la Singine et du Lac ont recours aujourd'hui déjà, pour une grande partie d'entre elles, à des médecins dentistes privés, de sorte que le besoin d'une clinique fixe dans ces deux régions n'est vraisemblablement pas démontré. Les communes néanmoins intéressées pourront recourir à la clinique sise en Sarine.

8.3. Le nombre de cliniques mobiles nécessaires

Sur la base du nombre de contrôles effectués en 2012, trois unités mobiles seraient nécessaires pour exécuter les contrôles.

8.4. Le mandat de prestations à des tiers

De plus en plus souvent, l'Etat accomplit des tâches qui ne relèvent pas de ses missions fondamentales en collaboration avec des entreprises privées. Parmi les instruments qu'il utilise, on peut citer l'externalisation, le mandat de prestations, la sous-traitance, la préparation et la réalisation de tâches

¹ Cf. annexe 2.

² Annexe 3.

sous la forme de Partenariats Publics Privés (PPP). Cette dernière formule gagne en importance en Suisse: elle constitue une troisième voie entre une réorganisation interne de l'administration et la privatisation totale.

Actuellement, le canton du Valais connaît un système de mandat de prestations. La médecine dentaire scolaire est confiée à «l'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse». Cette Association a remis dernièrement une partie de la pédodontie (dépistages et soins) aux médecins dentistes privés dans les vallées latérales les plus éloignées. Les cliniques mobiles ont été abandonnées et seules quelques grandes cliniques fixes en plaine ont été maintenues.

Quant au canton de Fribourg, il connaît aujourd'hui déjà le système du mandat de prestations: pour garantir l'exercice de la médecine dentaire scolaire: 34 communes en 2014 font appel à des médecins dentistes privés. Les communes concernées en sont extrêmement satisfaites, au point qu'elles ne souhaitent en aucun cas modifier le système retenu.

Malgré le fait que les mandats de prestations peuvent avoir des inconvénients, il ne faut pas renoncer à cette formule. Pour parer aux risques, il est notamment possible de prévoir l'introduction, dans la convention de mandat, des clauses permettant (1) de vérifier la qualité du travail fourni, (2) de garantir le coût raisonnable des prestations, (3) de prendre des mesures immédiates si cette qualité ne devait pas être respectée, et (4) de s'assurer que la structure serait à même de prendre en charge l'ensemble des élèves qu'on lui confierait.

La convention conclue entre l'Etat et un cabinet privé, véritable partenariat axé sur l'accomplissement de tâches publiques, devrait ainsi couvrir les questions suivantes:

- > Contenu des prestations attendues;
- > Coût des prestations facturées aux parents (valeur du point);
- > Critères de qualité du personnel engagé et de la politique du personnel;
- > Contrôle, par l'Etat, des modalités d'exécution du mandat (nature et qualité des soins prodigués, facturation, respect des normes légales).

Si cette option devait être retenue, il faudrait examiner l'assujettissement de telles conventions au droit des marchés publics¹.

9. La synthèse

Au vu des considérations précédentes, les propositions suivantes peuvent être formulées:

- > Maintenir l'obligation des contrôles et des soins;

- > Ne pas étendre l'obligation des contrôles ni aux enfants en âge préscolaire ni aux jeunes au-delà de la fréquentation d'un établissement scolaire obligatoire;
- > Etudier, avec le concours de la SSO Fribourg, un système de bons de réduction permettant aux jeunes de bénéficier d'un contrôle après leur scolarité obligatoire;
- > Laisser la liberté de choix du ou de la médecin dentiste pour les contrôles et les soins;
- > Conserver auprès des communes la responsabilité de l'organisation des contrôles et des soins;
- > Laisser les communes libres de créer leur propre service dentaire ou de conclure une convention avec un ou une médecin dentiste privé-e, pour les contrôles et les soins;
- > Dans les communes qui n'ont pas pris de mesures propres, charger le Service, par voie de décision, d'exécuter les tâches dévolues à celles-ci (rôle subsidiaire de l'Etat);
- > Pour les communes qui bénéficieront des ressources du Service, prévoir les contrôles dans des unités mobiles proches des établissements scolaires et les soins dans des cliniques fixes;
- > Prévoir que l'Etat dispose, en principe, de trois cliniques fixes (soins) et de trois cliniques mobiles (contrôles) pour exécuter ses tâches;
- > Permettre à l'Etat de conclure d'éventuels mandats de prestations avec des partenaires privés pour exploiter les cliniques fixes;
- > Maintenir le mode actuel de facturation.

6.3.2. La prise en charge des coûts

a) La situation actuelle

En 2013, le déficit du secteur de la pédodontie s'est élevé à plus de 656 000 francs.

Pour les cliniques pédodontiques fixes, la Ville de Fribourg prend en charge depuis 2013 les locaux prévus pour une partie de ses écoles (clinique de Pérolle). L'Association des communes de la Gruyère pour le CO en fait de même depuis 2013. La clinique des Buissonnets reste à charge de la Fondation des Buissonnets. Pour les quatre cliniques mobiles, aucune commune ne participe aux frais. Les communes de Bulle, Marly, Villars-sur-Glâne et Düdingen, ainsi que l'Association des communes pour le CO de la Glâne mettent à disposition, depuis des années, les locaux nécessaires à l'exploitation des cliniques pédodontiques fixes.

b) La situation projetée

1. En général

La situation actuelle, disparate et inéquitable, doit être corrigée. Une clarification du rôle dévolu aux communes et à l'Etat s'impose dans le domaine de la pédodontie: les premières ont

¹ Cf. à ce sujet, Zufferey J.-B., Le droit des «PPP», état des lieux, Marchés publics 2010, p. 257ss.

la charge de l'organiser et d'en assumer les coûts. Le second met à disposition, pour couvrir les besoins des communes qui n'auront pas pris de mesures propres, du personnel et des infrastructures de qualité. Les coûts y relatifs seront couverts par les prestations facturées aux parents, à l'exception des surcoûts liés à la mobilité, qui devront être pris en charge par les communes.

Par ailleurs, diverses mesures doivent être prises afin de rationaliser les ressources en infrastructures et en personnel du Service en charge de la médecine dentaire scolaire. Les cliniques fixes pourraient être ouvertes plus largement que les 180 jours actuels. Les parents disposerait dès lors de plages supplémentaires pour faire soigner leurs enfants. Grâce à une meilleure répartition des compétences et des ressources, un nombre quasi-équivalent d'EPT permettrait de faire face à une extension des jours d'ouverture des cliniques. Compte tenu du fait que l'Etat assumera désormais les coûts liés aux cliniques fixes, il devra nouvellement faire face à des charges de location. Grâce à ces mesures, l'équilibre budgétaire devrait pratiquement être atteint pour la pédodontie.

2. Les surcoûts de la mobilité

La mobilité a un prix: équipement, impact sur le chiffre d'affaires des médecins dentistes, prix du déplacement. Ce prix ne peut être reporté intégralement dans la facturation des prestations aux parents. Il n'est plus concevable que l'Etat assume cette part non couverte par la facturation. Alors que la loi de 1990 prévoit que les communes doivent mettre à disposition les locaux pour la pédodontie en clinique fixe, l'Etat assume aujourd'hui seul et l'acquisition et l'exploitation des unités mobiles. Il est juste que les communes bénéficiant des services mobiles en assument les surcoûts. Elles ont en effet deux autres alternatives possibles pour éviter ces coûts: conclure une convention avec un ou une médecin dentiste privé-e ou créer leur propre service dentaire.

Le surcoût lié à la mobilité devra être calculé sur la base des frais effectifs¹: Une première estimation fondée sur les chiffres 2012 permet d'articuler une dépense moyenne de 600 francs par jour de stationnement. Les coûts générés par l'exercice des contrôles (salaire des médecins dentistes, des assistants et des assistantes durant les contrôles et produits médicaux) ne sont naturellement pas intégrés dans ce montant. Ceux-ci sont facturés à la commune qui pourra en demander le remboursement aux parents. Toujours est-il que le surcoût lié à la mobilité demeure très raisonnable, compte tenu du confort apporté aux communes par la présence, aux abords des établissements scolaires, d'une unité mobile. Le stationnement à ce prix n'est cependant possible que si 50 enfants par jour

peuvent être contrôlés. Grâce à cette offre de proximité, les autorités scolaires pourront planifier très exactement les horaires des contrôles. De plus, on évitera des absences pernantes liées au déplacement des élèves devant se rendre chez les médecins dentistes pour effectuer le contrôle obligatoire.

La participation des communes à ces coûts supplémentaires est justifiée. L'Etat met à disposition des communes des infrastructures et du personnel de haut niveau. Il leur assure un service de proximité en se déplaçant d'établissement scolaire en établissement scolaire. Il leur garantit une égalité de traitement, indépendamment du degré d'éloignement de la clinique fixe. En pure logique financière, l'Etat devrait concentrer toute la pédodontie en cliniques fixes. Les communes n'auront, quant à elles, plus à supporter les coûts des locaux, comme l'exige la loi actuelle.

3. Le subventionnement

A l'heure actuelle, les communes doivent octroyer aux parents domiciliés sur leur territoire qui sont dans une situation économique modeste une aide financière pour les frais des contrôles et des soins. A cette fin, elles adoptent un règlement². A cette subvention, peut s'ajouter une aide matérielle couverte par l'aide sociale.

Cette question n'a suscité aucune contestation, notamment parmi les communes qui se sont prononcées en consultation. La majorité des communes est favorable à une telle aide pour les contrôles et pour les soins.

Dès lors, le système actuel doit être maintenu. Les communes conserveront ou se doreront d'un règlement de portée générale, lequel sera approuvé par la Direction.

6.4. L'orthodontie

6.4.1. L'organisation

a) La situation actuelle

Depuis 1988, le SDS assure des soins orthodontiques en faveur des élèves en âge de scolarité obligatoire. Cette tâche paraît ressortir de la loi actuelle, qui assimile les traitements orthodontiques aux soins dentaires³. Toutefois, alors que l'article 10 al. 1 de la loi de 1990 fait obligation aux communes d'apporter une aide financière pour les frais de contrôle *et de soins* aux parents se trouvant dans une situation économique modeste, les traitements orthodontiques ont de moins en moins été considérés comme des *soins* par les communes.

Historiquement, les traitements orthodontiques ont été introduits pour compenser le déficit financier de la pédodontie. Le résultat est probant: en 2013, l'orthodontie procurait

¹ Ce montant se compose en particulier des éléments suivants: (1) perte de temps du personnel durant les déplacements et l'installation de la clinique mobile; (2) coûts supplémentaires de l'infrastructure par rapport à un cabinet fixe (frais d'entretien du véhicule et des appareils, frais d'utilisation du véhicule).

² Art. 10 de la loi de 1990.

³ Art. 2 al. 1 et 3 de la loi de 1990.

un bénéfice de l'ordre de 181 000 francs au SDS. Malgré tout, la pratique de l'orthodontie comporte des risques importants liés au personnel, notamment à la difficulté de recruter des orthodontistes, en particulier pour des remplacements en cas d'absence pour cause de maladie ou autre.

b) La situation projetée

Les traitements orthodontiques ne font pas partie des missions de base de la médecine dentaire scolaire. Si la santé de l'enfant est en péril, de tels traitements sont effectués par des orthodontistes privés qui ont recours aux prestations de l'assurance invalidité pour le financement. L'Etat n'a de ce fait pas à se substituer à ces derniers.

Le SDS comptait en 2013 environ 800 jeunes dans sa patientèle active (portant un appareil dentaire amovible ou fixe). Compte tenu de la pénurie d'orthodontistes, il n'est pas concevable de les renvoyer aujourd'hui à la médecine libérale.

Le Service doit donc pouvoir continuer à prodiguer des traitements orthodontiques.

6.4.2. La prise en charge des coûts

a) La situation actuelle

A l'heure actuelle, les coûts de l'orthodontie sont facturés aux communes, qui les refacturent aux parents ou aux autres représentants légaux.

b) La situation projetée

Si l'Etat doit, aux conditions posées plus haut, assurer des traitements orthodontiques, il devra continuer à le faire sous sa responsabilité. Comme ces soins ne revêtent aucun caractère obligatoire, il n'y a pas de raison qu'ils soient facturés aux communes. Il appartiendra donc au Service de procéder à l'encaissement de ses factures.

A la quasi-unanimité, les communes souscrivent à cette proposition.

En ce qui concerne le subventionnement, les communes sont fortement défavorables à maintenir une aide pour les traitements orthodontiques. Comme il ne s'agit pas de soins indispensables sur le plan de la santé publique, il faut laisser aux communes la liberté de décider si elles souhaitent ou non accorder une aide aux personnes défavorisées. A noter que la loi sur l'aide sociale ne prévoit aucune prise en charge des traitements orthodontiques.

6.5. La surveillance et le monitorage

6.5.1. La surveillance

a) Le contrôle de qualité

Dès lors que les communes pourront soit créer leur propre service dentaire, soit recourir aux médecins dentistes de leur choix ou, si cela n'est pas possible, bénéficier des prestations du Service, le risque existe, comme aujourd'hui déjà, qu'une certaine disparité s'installe dans les modalités de mise en œuvre. Il incombe à l'Etat d'assurer une qualité minimale sur l'ensemble du territoire dans ce domaine. L'égalité de traitement entre les élèves prend, à cet égard, une importance capitale.

A cet effet, l'Etat devra vérifier que chaque commune assume correctement ses tâches en matière de médecine dentaire scolaire. Il contrôlera également que la convention conclue par la commune avec les médecins dentistes privés contienne un standard de qualité minimale. L'Etat devra cependant veiller à ne pas donner des consignes à ce point détaillées aux communes que celles-ci perdraient toute autonomie dans l'exercice de leur mission. Pour exercer cette surveillance, le Service dispose notamment d'un ou d'une médecin dentiste-conseil. En cas de signalement ou de justes motifs, celui-ci ou celle-ci pourra se rendre dans les cabinets dentaires avec lesquels les communes ont conclu une convention, afin d'y surveiller la nature et le contenu des contrôles et des soins prodigués.

b) Le suivi des contrôles et des soins

Le Service doit également s'assurer que les élèves ont passé un contrôle annuel et effectué les soins recommandés par les médecins dentistes privés ou scolaires. Les élèves qui ont eu recours à des médecins dentistes privés doivent fournir une attestation à l'établissement scolaire avant le contrôle annuel. A défaut, ils seront contrôlés par les médecins dentistes scolaires. Si des soins obligatoires n'ont pas été effectués, le ou la médecin dentiste entreprend les démarches nécessaires. Si besoin est, il ou elle signale le cas au ou à la médecin dentiste-conseil qui prend alors les mesures appropriées. Un rappel est adressé. Cas échéant, une décision est ensuite rendue puis le cas peut être dénoncé pénalement au préfet.

Ce processus tient compte de la volonté de la SSO Fribourg de mieux garantir le respect du secret médical. Il ne faut toutefois pas sous-estimer la charge de travail administrative nécessaire.

c) Les réclamations contre les traitements prodigués par les médecins dentistes scolaires

Il arrive que les contrôles ou les traitements prodigués par les médecins dentistes scolaires fassent l'objet de réclamations

de la part des représentants légaux. Le ou la médecin dentiste-conseil les examine et statue.

d) Les coûts et le personnel nécessaires aux tâches de surveillance

Ces coûts seront pris en charge par l'Etat. A l'heure actuelle, ils représentent un montant de l'ordre de 109 000 francs. Ces tâches pourront être en partie exercées de manière plus rationnelle avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Par contre, l'Etat assumera l'encaissement et la gestion du contentieux en orthodontie, de sorte que, prudemment, on peut articuler un chiffre identique pour l'avenir.

6.5.2. Le monitorage

L'Etat doit poursuivre le développement des outils de monitorage et de contrôle de la politique publique de médecine dentaire scolaire. Ceux-ci sont indispensables à plusieurs titres:

- > Ces outils permettent de vérifier, sur le terrain, les effets de la politique appliquée, de procéder rapidement aux correctifs nécessaires et de définir de nouvelles orientations;
- > Grâce à ces outils, l'Etat peut mieux identifier les populations à risques et ainsi diriger ses interventions de façon efficiente. On évite le saupoudrage de mesures qui, pour une majorité des destinataires, représenteraient un doublon, au profit de mesures ciblées et efficaces;
- > Un outil bien défini permet d'intégrer les expériences recueillies grâce aux études réalisées dans d'autres cantons ou à l'étranger.

A cet égard, le canton de Bâle-Campagne procède chaque cinq ans, avec l'Université de Bâle, à une enquête dans les différents degrés scolaires. Cette enquête se concentre sur l'hygiène bucco-dentaire, les habitudes alimentaires ainsi que l'introduction de mesures prophylactiques. Elle prend également en compte les données liées à la nationalité des élèves. Grâce à cette étude, le canton de Bâle-Campagne est à même de définir son indice moyen CAO¹ (dents permanentes) respectivement *cao* (dents de lait) et, ainsi, d'en étudier l'évolution sur cinq ans. Au vu de l'expérience dont peut se prévaloir ce canton, il serait utile de s'inspirer de ce type de monitorage.

6.5.3. La création d'un poste de médecin dentiste cantonal

Durant les travaux préparatoires, la fonction de médecin dentiste cantonal a été étudiée. Celui ou celle-ci pourrait exercer certaines tâches, notamment en matière de médecine dentaire

scolaire. Compte tenu du fait que les activités potentielles liées à cette fonction dépasseraient largement le domaine de la médecine dentaire scolaire, il a été décidé d'intégrer cette question dans la révision planifiée de la loi sur la santé.

7. Les conséquences financières et en personnel

Le tableau comparatif présentant les secteurs de la pédodontie, de la prophylaxie ainsi que les tâches de surveillance permet de constater que la mise en œuvre de la loi entraînera une réduction du déficit de 981 197 francs aux comptes 2012 à 349 849 francs en 2016. A noter que grâce aux mesures structurelles proposées par la nouvelle loi, la pédodontie parvient quasiment à s'autofinancer en réduisant le déficit de plus de 500 000 francs. Le résultat global pourrait être amélioré, selon l'évolution que connaîtra le secteur de l'orthodontie et les éventuels bénéfices qui pourraient s'en dégager. Cette évolution est liée principalement aux difficultés de recrutement des orthodontistes.

En termes d'effectifs de personnel et sans tenir compte du secteur de l'orthodontie, la nouvelle loi entraînera une réduction de 20.71 à 18.22 EPT. Cette diminution pourra être absorbée par des départs à la retraite, notamment pour les secteurs de la prophylaxie et de la pédodontie.

La mise en œuvre de la loi nécessitera certaines dépenses d'investissements, lesquelles ne peuvent pas aujourd'hui être évaluées de manière précise. Il s'agit des éléments suivants:

- > Cliniques mobiles: acquisition de trois véhicules et équipement²;
- > Transformation ou déménagement des cliniques existantes pour la pédodontie et l'orthodontie, selon les communes concernées et les lieux de situation retenus.

8. Les incidences sur la répartition des tâches Etat-communes

La nouvelle loi permettra une clarification nécessaire dans la répartition des tâches entre l'Etat et les communes ainsi qu'une mise en œuvre conforme aux décisions du législateur. Le tableau suivant présente la situation comparative:

¹ Moyenne qui résulte de la division du nombre total de dents cariées, absentes pour cause de caries et obturées, par le nombre de personnes examinées. Cette moyenne permet de mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée.

² Dont deux véhicules mobiles ont déjà été acquis en 2014.

Missions	Loi de 1990/ Pratique actuelle	Nouvelle loi
Prophylaxie	Etat	Etat
Contrôles et soins	Communes	Communes
Locaux	Communes selon la loi, disparate en pratique	Etat Communes si convention avec médecin dentiste privé-e
Pédodontie		
Charges liées à la mobilité	Communes selon la loi Etat selon la pratique	Communes
Subventionnement communal	Communes	Communes
Contentieux	Communes	Communes
Traitements	Communes	Etat
Orthodontie		
Subventionnement communal	Communes	Liberté des communes
Contentieux	Communes	Etat
Tâches de surveillance	Etat	Etat

9. Les incidences pour les différents partenaires de la médecine dentaire scolaire

Les incidences de la nouvelle loi pour les différents partenaires de la médecine dentaire scolaire peuvent être résumées dans le tableau suivant:

Collectivité concernée	Incidences
Etat	<ol style="list-style-type: none"> 1 Diminution du déficit global de moitié par rapport à 2012 (pédodontie quasiment autofinancée) 2 Elargissement de l'offre de prestations: <ul style="list-style-type: none"> - augmentation du nombre de jours d'ouverture des cliniques pédodontiques - mobilité accrue pour les contrôles annuels qui se font tous en clinique mobile devant les établissements scolaires (d'où, réduction du nombre de déplacements d'élèves)
Communes	<ol style="list-style-type: none"> 1 Egalité de traitement entre les communes: <ul style="list-style-type: none"> - les locaux ne sont plus mis à disposition par les communes où se situent les cliniques - le surcoût des contrôles en cliniques mobiles sont facturés à chaque commune, indépendamment de son degré d'éloignement d'une clinique fixe, et selon le nombre de jours de stationnement 2 Maintien de la liberté de choix quant aux prestataires de la médecine dentaire scolaire (prophylaxie et pédodontie) 3 Diminution des coûts liés au déplacement des élèves pour les contrôles
Parents/ représentants légaux	<ol style="list-style-type: none"> 1 Maintien du choix des prestataires pour les contrôles et les soins 2 Coût raisonnable pour des prestations en pédodontie (valeur du point: 3 fr. 50 en 2014, 3 fr. 70 avec révision de la loi) 3 Augmentation du nombre de jours d'ouverture des cliniques 4 Perte de proximité pour les soins (effectués dans trois cliniques fixes uniquement)
Corps enseignant	<ol style="list-style-type: none"> 1 Meilleure intégration de la prophylaxie par une durée identique à l'unité d'enseignement, soit 45 minutes 2 Moins de perte de temps pour l'organisation et le déroulement des contrôles, en principe devant les établissements scolaires, en unités mobiles

10. Les effets sur le développement durable

Les effets sur le développement durable¹ ont été évalués à l'aide du système «Boussole21», conformément à ce que prévoit la stratégie cantonale de développement durable. Cette évaluation est fondée sur la comparaison entre la situation actuelle et les nouveautés qu'apporte la révision législative.

Les effets de la révision se déploient moyennement dans les domaines de l'économie, de l'environnement et de la société. Le projet recueille des effets très favorables dans les domaines des finances publiques, de sa faisabilité, de son adéquation aux besoins, de la préservation de la santé et de la cohésion sociale. Il entraîne en revanche des résultats plus mitigés dans les domaines de la mobilité et des changements climatiques, du fait des déplacements qu'il nécessite pour les contrôles et les soins.

11. La constitutionnalité, la conformité au droit fédéral et l'eurocompatibilité du projet

La Constitution fédérale ne contient aucune clause relative à la santé dentaire des jeunes. L'article 68 de la Constitution du canton de Fribourg dispose que l'Etat s'emploie à la promotion de la santé et veille à ce que toute personne ait accès à des soins de qualité égale. Quant à l'article 34 al. 2, il prévoit que les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité physique et psychique, y compris au sein de leur famille. La nouvelle loi s'inscrit clairement dans ces missions.

¹ Art. 117 de la loi du 6 septembre 2009 sur le Grand Conseil (RSF 121.1).

Le droit fédéral ne contient aucune disposition qui irait à l'encontre des buts visés par la loi. Il en va de même du droit européen.

12. La soumission aux référendums législatif et financier

L'application de la loi n'entraînera pas de dépenses qui nécessiteraient un référendum obligatoire ni un référendum financier facultatif au sens des articles 45 let. b et 46 al. 1 let. b de la Constitution du canton de Fribourg. En revanche, elle sera sujette au référendum facultatif au sens de l'article 46 al. 1 let. a de la Constitution.

13. Le commentaire des dispositions

Systématique

La systématique de la loi est articulée, non en fonction de l'organisation proposée, mais du contenu de la médecine dentaire scolaire.

Titre

Le choix du titre de la loi («loi sur la médecine dentaire scolaire») montre que l'accent est désormais mis sur une politique de santé publique, et non sur le contenu des différentes missions.

CHAPITRE PREMIER Dispositions générales

Article 1

Le but de la loi ne change pas: elle vise toujours à promouvoir l'hygiène et à lutter contre la carie, les affections parodontales et les malformations dans le domaine bucco-dentaire.

Article 2

Pour les motifs exposés plus haut, il n'est pas opportun d'étendre de manière générale le champ d'application de la loi aux enfants en-dessous de l'âge de la scolarité obligatoire et aux jeunes au-delà de cet âge. La loi s'applique dès lors aux enfants et aux jeunes domiciliés dans le canton et en âge de scolarité obligatoire. Elle vise les catégories suivantes:

- > Les élèves fréquentant les établissements publics et privés (y compris les établissements spécialisés) de la scolarité obligatoire dans le canton et hors du canton;
- > Les élèves au bénéfice d'un enseignement à domicile dans le cadre de la scolarité obligatoire.

Cela signifie que les élèves d'autres cantons fréquentant la scolarité obligatoire dans le canton de Fribourg ne sont pas touchés par la loi.

Pour les élèves sous tutelle, trois cas de figure se présentent, du fait de la teneur de l'article 25 du Code civil suisse (CC)¹: 1) L'élève dont l'autorité de protection à son siège dans le canton et qui y réside tombe sous le coup de la loi. 2) En revanche, l'élève qui n'aurait que sa résidence dans le canton, n'y est pas soumis, dès lors que son domicile est au siège de l'autorité de protection de l'enfant. 3) Enfin, l'élève dont l'autorité de protection a son siège dans le canton de Fribourg mais qui n'y réside pas, n'y est pas soumis. En effet, le rattachement au canton de Fribourg est dans ce cas purement administratif.

A noter que la compétence communale pour la prise en charge des coûts et du subventionnement est réglée aux articles 11 al. 4 et 15.

Article 3

Compte tenu des différents partenaires (élèves, représentants légaux, communes, médecins dentistes, services de l'Etat), une définition des termes utilisés s'impose. Tous les partenaires doivent pouvoir prendre aisément connaissance de leurs obligations et de leurs droits.

Article 4

Pour exécuter leurs tâches, le service en charge de la médecine dentaire scolaire doit pouvoir accéder aux fichiers constitués dans le cadre du contrôle des habitants et des habitantes². L'article 4 al. 1 constituera la base légale idoine pour permettre cet accès.

Par ailleurs, le transfert des données informatiques sera possible dans le respect de la législation sur la protection des données (art. 4 al. 2).

Article 5

Cette disposition reprend les principes applicables en matière de protection des données. Elle a reçu l'aval de l'autorité cantonale compétente en la matière.

¹ Art. 25 CC:

«¹ L'enfant sous autorité parentale partage le domicile de ses père et mère ou, en l'absence de domicile commun des père et mère, le domicile de celui de ses parents qui a le droit de garde; subsidiairement, son domicile est déterminé par le lieu de sa résidence.

² Le domicile de l'enfant sous tutelle est au siège de l'autorité de protection de l'enfant.»

² Cf. art. 16 de la loi du 23 mai 1986 sur le contrôle des habitants (RSF 114.21.1).

CHAPITRE 2

Prophylaxie

Article 6

Cette disposition reprend le mode d'organisation exposé plus haut. Les communes sont libres de mettre en œuvre l'enseignement de la prophylaxie au sein de leurs établissements, si elles le souhaitent. Elles devront alors en assumer les coûts. La condition minimale est qu'un enseignement soit dispensé chaque année dans les classes de la 1^{re} enfantine à la 6^e primaire.

Des campagnes d'information pourront être mises sur pied en faveur des enfants de 0 à 4 ans et des jeunes au-delà de 16 ans en collaboration avec des organismes publics et privés concernés (pédiatres, sages-femmes, spécialistes en puériculture, services d'aide à la jeunesse, direction des établissements scolaires et de formation professionnelle, etc.).

Article 7

Afin de rationaliser le travail des personnes chargées de l'enseignement de la prophylaxie, il s'agit de regrouper les unités d'enseignement au sein d'un même établissement. Les autorités scolaires (exécutif communal, commission scolaire, responsable d'établissement) devront collaborer à la mise en œuvre de ces mesures, afin de donner aux enseignantes en prophylaxie des conditions-cadres optimales.

CHAPITRE 3

Pédodontie

Article 8

L'obligation des contrôles et des soins et la liberté de choix du ou de la médecin dentiste constituent les points cardinaux de la politique publique de médecine dentaire scolaire.

A noter qu'une distinction doit être réalisée entre l'obligation du contrôle dentaire et celle des soins. La liberté de décider d'un traitement médical presuppose la capacité de discernement, qui implique elle-même le fait que la personne concernée dispose des informations nécessaires pour se forger une opinion. Pour disposer de ces informations, il est indispensable qu'un contrôle soit réalisé. Le contrôle ne semble donc pas problématique. Par ailleurs, des motifs de protection de l'enfant et de santé publique justifieraient une exception au principe de la liberté individuelle, si celle-ci devait être touchée.

Quant à l'obligation de soins, il faut se référer à l'article 48 al. 1 de la loi sur la santé¹ selon lequel aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé d'un patient

ou d'une patiente capable de discernement, qu'il ou elle soit majeur-e ou mineur-e. A cet égard, on pourrait considérer, à première vue, que l'obligation de soins heurte ce principe. Tel n'est cependant pas le cas, au vu des arguments suivants:

- > Il s'agit d'un cas de divergence entre une lex generalis (LSan) et une lex specialis (LMDS). La LSan (qui est une loi de rang égal à la LMDS) ne fait pas obstacle à une dérogation de la LMDS (primauté de la lex specialis et de la lex posterior);
- > Matériellement, la disposition de la LMDS concernant l'obligation des soins se justifie. Des motifs de protection de l'enfant – par l'accès aux soins adéquats – et de santé publique légitiment cette mesure au caractère, il est vrai, contraignant. Pour pouvoir intervenir médicalement et facturer la prestation, il faut une base légale claire.

Concernant l'application pratique de cette disposition, le Tribunal fédéral a déjà été appelé à traiter cette question dans le cadre d'un recours abstrait dirigé contre l'obligation des soins contenue à l'article 7 de la loi de 1990. Il avait été invoqué qu'une telle disposition portait atteinte à la liberté personnelle (art. 10 al. 2 Cst.) ainsi qu'au droit au respect de la vie familiale (art. 8 CEDH). Le Tribunal fédéral a rejeté le recours (ATF 118 Ia 427). La disposition proposée aujourd'hui étant identique, les considérants de cet arrêt gardent toute leur actualité. Cette dernière ne viole donc pas les garanties constitutionnelles fédérales, ni celles de la Convention européenne des droits de l'homme. Une interprétation et une application conformes au principe de la proportionnalité entrent en considération. Le système prévu tient compte du secret médical. Il permet une intervention graduée avec des degrés croissants. Le principe de proportionnalité est ainsi respecté. Une réappréciation systématique, d'une étape à l'autre, amène à se concentrer sur les cas graves relevant de santé publique et parfois même de maltraitance. Les cas de bagatelles ou de négligence peuvent rapidement être liquidés, souvent sur simple appel téléphonique.

Article 9

Chargeées de garantir l'exécution des contrôles et des soins, les communes pourront librement s'organiser, soit en créant leur propre service, soit en concluant une convention avec des médecins dentistes privés.

Si une commune entend bénéficier des prestations du Service en charge de la médecine dentaire scolaire, l'Etat prend une décision formelle. Le contenu est discuté préalablement avec la commune. Il permet d'exécuter les tâches normalement dévolues à cette dernière.

Article 10

Cette disposition vise à définir le contenu minimal de la convention qui devra être conclue avec le ou la médecin den-

¹ Loi du 16 novembre 1999 sur la santé (RSF 821.0.1).

tiste choisi-e par la commune. Elle sera soumise à l'approbation de la Direction (art. 12). L'Etat établira une convention-type que les communes seront libres d'utiliser.

Article 11

Cette disposition décrit les modalités par lesquelles l'Etat assurera, cas échéant, l'exécution des tâches de contrôles et de soins. Ainsi, les contrôles seront effectués dans les cliniques mobiles et les soins dans les cliniques fixes. Le mode de facturation pratiqué jusqu'à ce jour sera maintenu. Les communes seront appelées à couvrir l'ensemble des coûts en lien avec les contrôles et les soins. Elles participeront en particulier aux surcoûts générés par la mobilité.

Par ailleurs, afin d'éviter que la commune qui accueille le siège de l'autorité de protection de l'enfant ne doive assumer les coûts des contrôles et des soins, on doit renvoyer à la commune dans laquelle réside effectivement l'enfant, qui constitue d'ailleurs le domicile subsidiaire de celui-ci au regard de l'article 25 al. 1 CC.

Article 12

Voir commentaire article 10.

Article 13

Cette disposition reprend le système actuel, qui donne entière satisfaction¹, sous réserve d'une responsabilité accrue des médecins dentistes. Celle-ci a été introduite sur demande de la SSO Fribourg qui a invoqué des motifs tirés du secret médical. Les médecins dentistes seront appelés à effectuer les démarches nécessaires visant au respect de l'obligation des soins. Au besoin, ils informeront le médecin dentiste-conseil du Service qui prendra les mesures appropriées. Parmi celles-ci figurent le contact avec les représentants légaux, une décision et, en cas d'inexécution, la dénonciation au préfet (art. 20). L'autorité de protection de l'enfance peut également être contactée dans les cas de maltraitance (Ordonnance concernant la protection de l'enfant art. 1 al. 2).

Article 14

Il s'agit-là d'une reprise du système actuel².

Article 15

Cette formulation permet de viser et les élèves dont les parents sont dans une situation économique modeste et ceux qui, sous tutelle, sont eux-mêmes dans cette situation.

CHAPITRE 4 Orthodontie

Article 16

Pour les motifs exposés plus haut, les communes ne doivent plus être tenues de subventionner des traitements orthodontiques. La base légale actuelle n'était, au demeurant, pratiquement plus appliquée. Les communes seront en revanche libres d'allouer une aide pour de tels soins, si elles le souhaitent.

Article 17

Le système de facturation actuel aux communes sera abandonné, l'Etat se chargeant désormais de la facturation et du contentieux.

A noter que les jeunes doivent pouvoir être suivis au-delà de la scolarité obligatoire, ceci jusqu'à la fin du traitement en cours. En effet, un changement d'orthodontiste durant le traitement n'est absolument pas favorable. Les éventuels cas de récidive chez d'anciens patients et patientes désormais adultes, au-delà d'un délai de «garantie/surveillance» du traitement, doivent être confiés à l'orthodontie privée.

CHAPITRE 5 Surveillance

Article 18

Cette disposition constitue la base légale qui permettra à l'Etat de suivre l'évolution de la santé dentaire des élèves.

Article 19

Il appartiendra au Service de s'assurer que les communes remplissent leurs obligations. Parmi les mesures que l'autorité pourra prendre, l'une consistera à exiger de la commune concernée qu'elle choisisse un ou une autre médecin dentiste en cas de manquements graves ou répétés. Au surplus, les dispositions prévues par la législation sur les communes³ demeurent entièrement applicables.

CHAPITRE 6 Dispositions finales

Articles 20 et 21

Il s'agit d'une reprise du système actuel⁴, sous réserve d'une précision sur le rôle du ou de la médecin dentiste-conseil: seuls les cas relatifs aux contrôles et/ou aux traitements (y compris une convocation non justifiée) des médecins den-

¹ Art. 6 al. 4 et 7 al. 2 de la loi de 1990.

² Art. 9 al. 3 et 10 de la loi de 1990.

³ Art. 150 et suivants de la loi du 25 septembre 1980 sur les communes (RSF 140.1).

⁴ Art. 11 et 12 de la loi de 1990.

tistes scolaires (pédoncule) peuvent faire l'objet de réclamation.

Liste des annexes:

- - Annexe 1: Liste des communes assurant la prophylaxie et/ou ayant conclu une convention avec des médecins dentistes privés pour la pédoncule
 - Annexe 2: Communes et cercles scolaires avec mode de contrôle et de soins (fixe–mobile)
 - Annexe 3: Carte des médecins dentistes du canton de Fribourg et environs (*annexée au message en allemand*)