



Aux médias accrédités auprès  
de la Chancellerie d'Etat

*Fribourg, le 29 janvier 2014*

## Communiqué de presse

---

### **Médecine dentaire scolaire : plus de clarté dans la répartition des coûts**

*Lors de sa dernière séance de l'année 2013, le Conseil d'Etat a autorisé la mise en consultation d'un avant-projet de loi sur la médecine dentaire scolaire. Plébiscitées par la grande majorité des communes et des dentistes, la médecine dentaire scolaire et ses prestations ne sont pas remises en cause. Des adaptations d'ordre organisationnel et une clarification dans la répartition des tâches et des coûts s'avèrent toutefois indispensables.*

La nouvelle loi sur la médecine dentaire scolaire remplacera la loi du 27 septembre 1990 sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires. Pour rappel, cette dernière impose pour chaque enfant en âge de scolarité obligatoire un contrôle annuel de la dentition et, cas échéant, des soins dentaires, si des caries sont constatées. L'organisation de ces contrôles incombe aux communes, qui ont la possibilité soit de confier cette tâche au Service dentaire scolaire (SDS) ou à un médecin privé, soit de créer leur propre service. Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 129 communes confient cette tâche au SDS, les autres ont signé une convention avec un médecin dentiste privé. Cette loi novatrice lors de son entrée en vigueur, avait également instauré des cours de prophylaxie et de sensibilisation dans les écoles. Le SDS offre encore une prise en charge orthodontique, prestation qui ne fait toutefois pas partie des missions de base de la médecine dentaire scolaire.

La pratique actuelle doit aujourd'hui être revue à l'aune des nouveaux besoins en matière de santé bucco-dentaire, des développements technologiques et de la société en général ainsi que des contraintes économiques auxquelles le SDS est confronté.

Ainsi, au fil des années, plusieurs problématiques sont apparues, nécessitant une nouvelle réflexion. Il s'agit en particulier des disparités de prise en charge des coûts entre Etat et communes, de la nécessité de la mobilité des cliniques –générant un surcoût important-, de même que des effets de l'indispensable adaptation à l'évolution technologique.

Les points forts du nouveau concept de médecine dentaire scolaire peuvent être résumés de la manière suivante :

### **Prophylaxie**

La prophylaxie dans les écoles est maintenue.

### **Pédonctie**

- > Les communes organisent la prise en charge (contrôles et soins) et assument les surcoûts liés à la mobilité. L'Etat met à disposition du personnel et des infrastructures dont les prestations seront facturées aux parents via les communes (maintien du système actuel). En clair, les frais liés aux cliniques fixes sont pris en charge par l'Etat, les surcoûts concernant les unités mobiles sont du ressort des communes.
- > Les unités mobiles seront utilisées pour les seuls contrôles, permettant ainsi de renforcer les contacts avec les parents lorsque des soins sont nécessaires en cliniques fixes.
- > Les parents gardent la possibilité du libre choix du médecin dentiste pour le contrôle et les soins
- > Les cliniques fixes seront ouvertes également durant les vacances scolaires pour mieux répondre aux besoins des parents.
- > Le subventionnement communal pour les parents de situation économique modeste est maintenu.

### **Orthodontie**

- > Le SDS continue de prodiguer des soins orthodontiques en raison de la pénurie de médecins.
- > Il assure également l'encaissement des factures, contrairement à la pratique actuelle, qui voit les communes payer les prestations et les refacturer aux parents.
- > La décision d'un éventuel subventionnement incombe aux communes.

### **Surveillance et monitorage**

- > Le SDS est en charge des contrôles de standards de qualité minimale lorsque les communes travaillent avec des dentistes privés.
- > Le service vérifie que les enfants et les jeunes ont subi un contrôle annuel et reçu les soins appropriés.
- > Il met en place des outils de monitorage pour évaluer régulièrement la politique de médecine dentaire scolaire.

La mise en œuvre de la nouvelle loi permet de clarifier les rôles des différents partenaires et de gommer les disparités existant aujourd'hui en particulier en matière de financement. Elle a également été pensée dans un but de désenchevêtrement des tâches entre Etat et communes. Le déficit chronique du SDS serait ramené à près de la moitié de la somme actuelle, sans coupe dans les prestations. La continuité de la prise en charge bucco-dentaire des enfants et des jeunes est ainsi garantie.

### **Organisation actuelle / Quelques chiffres pour 2012**

#### **Prophylaxie**

1019 classes visitées 1x/année de la 1<sup>ère</sup> enfantine à la 6<sup>ème</sup> primaire

#### **Orthodontie**

1100 patients-e-s actifs-ves et 9927 rendez-vous en 2012 dans les 2 cliniques

#### **Pédoncule**

30 223 enfants de la 1<sup>ère</sup> enfantine à la 3<sup>ème</sup> du cycle d'orientation à contrôler 1x par année et à soigner selon les besoins

8 cliniques fixes, 2 cliniques mobiles pour les soins et contrôles et 2 seulement pour les contrôles.

#### **Budget 2013 – Comptes 2013**

**1 070 940 francs – 884 453 francs**

#### **Contact**

—  
**DSAS**, SDS, Claude Bertelotto, cheffe de service, T +41 26 305 98 01

#### **Annexes**

—  
Avant-projet de loi et rapport sur la médecine dentaire scolaire

[Lien](#) sur les documents mis en consultation :

#### **Communication**

—  
DSAS, Claudia Lauper, conseillère scientifique, T +41 26 305 29 02 M +41 79 347 51 38