



u
UNIVERSITÄT
BERN

La médecine dentaire scolaire du canton de Fribourg

Analyse et pilotage d'une politique publique

Travail effectué à l'Université de Berne
dans le cadre du Certificate of Advanced Studies in Public Administration (CeMaP)

Professeur rapporteur : **Prof. Dr Fritz Sager**
Centre de compétence en management public
Schanzeneckstrasse 1
CH-3001 Berne

Auteure : **Claude Bertelletto Küng**
originaire de Sion (VS) et Mühlehorn (GL)
domiciliée Rue de l'Eglise française 12, 3280 Morat

Fribourg, le 22 octobre 2012

Le présent travail a été réalisé dans le cadre du programme de diplôme „Management et politique dans les institutions publiques „ (CeMaP) de l’Université de Berne.

La responsabilité de ce travail relève de l’auteur.

Au personnel du Service dentaire scolaire qui, par son précieux travail au quotidien avec les enfants, m’a initiée à la médecine dentaire scolaire et sensibilisée aux différentes problématiques abordées dans ce travail.

Préface de la Directrice de la santé et des affaires sociales, Mme Demierre

Dans le canton de Fribourg, associations professionnelles, autorités communales et scolaires ont créé des cliniques dentaires dès la fin des années 1930. Ce sont-là les premiers balbutiements d'une politique publique naissante en matière de médecine dentaire scolaire. Il faudra attendre 1971 et l'adoption de la loi sur le Service dentaire scolaire pour que la couverture médico-dentaire de tous les enfants en âge de scolarité obligatoire, sur l'ensemble du territoire cantonal, soit assurée. Cette année marque le véritable point de départ pour le développement d'une politique publique médico-dentaire dans notre canton. L'objectif en a été défini : promouvoir les mesures propres à améliorer l'hygiène et à lutter contre la carie et les malformations. Des cours d'éducation à la santé dentaire, des contrôles annuels, des traitements thérapeutiques et, dès 1988, des traitements orthodontiques sont mis sur pied avec succès. Le nombre de caries et de parodontoses diminue en effet sensiblement dans la population fribourgeoise.

A l'époque, le Service dentaire scolaire fonctionnait sous la forme d'une association. L'Etat – de plus en plus – et les communes participaient à son financement. C'est en 1990, avec la nouvelle loi sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires, que l'Etat reprend le Service dentaire scolaire pour en faire une unité administrative. Celle-ci est intégrée à la Direction de la santé et des affaires sociales. Ce nouveau virage confirme également la volonté du législateur de placer la loi sous le signe de la prévention, comme c'est le cas dans toute politique de la santé.

La médecine dentaire scolaire est aujourd'hui bien ancrée dans le paysage sanitaire du canton. La collaboration entre les différents acteurs du domaine médical, politique et scolaire permet une action déployée sur l'ensemble du territoire cantonal. La population fribourgeoise jouit d'un système de couverture pour la médecine dentaire scolaire que bien des cantons nous envient aujourd'hui.

Je tiens à remercier l'auteure de cette étude, Mme Claude Bertelletto Küng, qui est également cheffe du Service dentaire scolaire. Cette recherche constitue la base nécessaire à une évaluation globale, qui clôt ainsi un cycle de politique publique en matière de médecine dentaire scolaire. Cette étude connaîtra certainement un écho positif dans d'autres cantons. Elle permettra de faire partager la riche et longue expérience fribourgeoise.

Il a fallu du temps pour construire une politique efficace et qui se veut pérenne. Certains cantons nous ont précédés, d'autres nous ont suivis, chacun avec ses particularités. Il est cependant indispensable aujourd'hui, afin de conserver nos acquis, de réfléchir ensemble à l'avenir de la politique publique en matière de médecine dentaire scolaire que nous souhaitons transmettre aux générations futures.

Fribourg, octobre 2012

Anne-Claude Demierre,
Conseillère d'Etat,
directrice de la Santé et des
Affaires sociales

Préface du Médecin-dentiste conseil, Dr Francis Clément

Garantir pour tous l'accès à des soins de qualité est une des priorités pour tout service de santé publique. Dans le domaine des affections bucco-dentaires, le Service dentaire scolaire du canton de Fribourg (SDS) a de ce fait pour mission d'assurer les meilleurs soins aux enfants et adolescents en âge scolaire de ce canton.

Durant ces dernières décennies, les spécificités des pathologies bucco-dentaires et les besoins des populations ont très rapidement évolué. Ainsi, les systèmes de soins bucco-dentaires ont dû et doivent constamment s'adapter à ces changements. Afin de relever ce défi, les administrateurs et les décideurs politiques en matière de santé publique ont besoin d'outils, de ressources et d'informations pour évaluer et surveiller les besoins de santé, choisir des stratégies d'intervention, concevoir des politiques adaptées aux circonstances et améliorer la performance du système de soins bucco-dentaires en place. Ces derniers jouent un rôle important dans la mise en place d'une santé dentaire optimale en intégrant la promotion et la prévention dans et autour des services de soins.

En tant qu'un des acteurs principaux dans le domaine de la médecine dentaire destinée aux enfants, le SDS appelle les dirigeants politiques, les responsables communaux, les professionnels de la santé, le corps enseignant, les parents et leurs enfants à reconnaître que la santé bucco-dentaire est essentielle à la santé générale et au bien-être et les exhorte à agir. Il faut porter une attention particulière aux dangers que représentent pour la santé les changements d'habitudes alimentaires et nutritionnelles. Les études épidémiologiques actuelles démontrent que la carie dentaire touche de manière statistiquement significative les populations défavorisées et/ou de culture différente. Il est nécessaire de donner la priorité aux problèmes qui émergent dans notre région au sein des communautés démunies et des populations désavantagées, en particulier des migrants.

Cette « analyse et pilotage d'une politique publique » en matière de médecine dentaire scolaire cherche à évaluer le fonctionnement du SDS et a pour objectif de le rendre plus performant et en réelle adéquation avec les besoins de tous les groupes de population. Cette publication fournit un cadre décisionnel pour la mise en place d'une médecine dentaire scolaire publique et privée apte à répondre aux besoins en soins bucco-dentaires des enfants en âge scolaire du canton de Fribourg.

Chaque écolier doit avoir les mêmes chances de conserver ses dents en bonne santé. Jusqu'à ce jour, les autorités fribourgeoises ont fait la preuve de leur orientation pour le bien commun par leur engagement en faveur des soins dentaires scolaires. Il est souhaitable que les décideurs en matière de médecine dentaire destinée aux enfants maintiennent cette conception dans le futur.

Fribourg, septembre 2012

Dr Francis Clément,
Médecin-dentiste conseil
Service dentaire scolaire

Résumé

Le présent travail a pour but de répondre aux deux questions suivantes :

- 1) Faut-il une médecine dentaire scolaire dans le canton de Fribourg ?
- 2) Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice actuel de la médecine dentaire scolaire ?

L'auteure définit tout d'abord la politique publique en matière de médecine dentaire scolaire dans le canton de Fribourg et développe une approche historique de ses différents cycles allant de 1937 à ce jour. Elle expose ensuite l'organisation actuelle de la médecine-dentaire scolaire, partagée entre les cliniques étatiques (8 cliniques fixes et 2 cliniques mobiles) réparties sur l'ensemble du territoire cantonal, et des médecins-dentistes privés mandatés par environ un cinquième des communes fribourgeoises. Enfin, elle procède à une évaluation et à une appréciation des effets engendrés par la pédodontie et la prophylaxie auprès des enfants en âge de scolarité obligatoire.

L'auteure arrive à la conclusion que le système actuel dans le canton de Fribourg fonctionne sur le plan médical. Ce système implique que l'Etat et les communes, soutenues par les médecins-dentistes privés, se complètent dans la mise en oeuvre des missions difficiles liées à la pédodontie. Ce système, qui s'est construit de manière historique depuis les années quarante, doit cependant être amélioré sur le plan de l'efficacité et de l'efficience. Il est en particulier trop coûteux, surtout pour l'Etat, qui subventionne une médecine dentaire scolaire très complète (prophylaxie en classe, pédodontie en cliniques fixes et mobiles, orthodontie, suivi des contrôles et des soins obligatoires), sans base légale suffisante et sans cibler les besoins économiques des parents. Les décideurs politiques doivent désormais analyser les moyens à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs fixés par une politique publique en matière de soins dentaires scolaires, dont il convient préalablement de définir les contours. Ces objectifs consistent à améliorer et maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire de tous les enfants en âge de scolarité obligatoire dans le canton de Fribourg, ce qui entraîne forcément une diminution de la carie. Pour y parvenir, il faut prendre en compte la collaboration, aujourd'hui bien développée et qui devrait être encore renforcée, avec les médecins-dentistes privés. Les milieux politico-administratifs sont finalement appelés à définir l'organisation de la médecine dentaire scolaire et la répartition du financement qui en découle, selon les moyens engagés, entre les différents acteurs de cette politique publique, à savoir les parents/enfants, les communes et l'Etat.

Table des matières

Préface de la Directrice de la santé et des affaires sociales, Mme Demierre	I
Préface du Médecin-dentiste conseil, Dr Francis Clément.....	II
Résumé	III
Table des matières	IV
Liste des abréviations	VI
Liste des annexes	VII
1 Les enjeux liés à la problématique étudiée.....	8
2 L'objectif du travail et les questions principales.....	8
3 Le dessin de recherche et les définitions des termes principaux.....	9
4 L'analyse empirique	10
4.1 Une politique publique en matière de médecine dentaire scolaire dans le canton de Fribourg	10
4.2 Le triangle de base des acteurs en matière de médecine dentaire scolaire.....	10
4.2.1 Du « groupe-cible » aux « groupes-cibles ».....	11
4.2.2 La modification dans la répartition des tâches et le financement entre les autorités politico-administratives	12
4.3 Les cycles de la politique publique en matière de médecine dentaire scolaire	13
4.3.1 De 1937 à 1971	13
4.3.2 De 1971 à 1990	13
4.3.3 De 1990 à ce jour	14
4.4 L'organisation actuelle de la médecine dentaire scolaire.....	16
5 Le bilan de la politique publique en matière de médecine dentaire scolaire.....	18
5.1 L'amélioration de la santé bucco-dentaire et la réduction de la carie.....	18
5.1.1 Les Etudes scientifiques	18
5.1.2 Le monitoring du Service dentaire scolaire	20
5.1.3 L'avis des spécialistes en pédodontie.....	21
5.2 Les problèmes rencontrés aujourd'hui dans l'exercice de la médecine dentaire scolaire et plus particulièrement par le Service dentaire scolaire	21
5.2.1 La pédodontie comme parent pauvre de la médecine dentaire	22
5.2.2 L'obligation des contrôles et des soins comme ressource juridique	23
5.2.3 L'organisation de la médecine dentaire scolaire comme ressource interactive ..	23

5.2.4	Le financement de la médecine dentaire scolaire comme ressource monétaire..	25
5.2.4.1	Les règlements communaux relatifs au subventionnement des frais de traitements dentaires scolaires	25
5.2.4.2	La répartition des tâches entre l'Etat et les communes.....	25
5.2.4.3	La valeur du point pour les prestations du Service dentaire scolaire.....	27
5.2.4.4	Les frais liés aux différentes missions du Service dentaire scolaire.....	27
5.2.4.5	Les communes liées par convention à un médecin dentiste privé	28
5.2.5	Les difficultés du SDS en qualité de service spécialisé en pédodontie.....	29
5.2.5.1	La sous-exploitation des cliniques fixes	29
5.2.5.2	Les cliniques mobiles.....	29
5.2.5.3	Les normes d'hygiène et de stérilisation.....	30
5.2.5.4	L'évolution technologique	31
5.2.5.5	Le manque de personnel qualifié en pédodontie	31
6	Conclusions	33
	Bibliographie	XXXV
	Engagement de l'auteure	XXXVI
	Au sujet de l'auteure.....	XXXVII
	Annexes	XXXVIII

Liste des abréviations

art.	article
al.	alinéa
BGC	Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Fribourg
CO	Cycle d'orientation
Dresse	Doctoresse
DSAS	Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg
EE	Ecole enfantine
EP	Ecole primaire
ES	Ecole spécialisée
FO	Feuille officielle du canton de Fribourg
MDS	Médecine dentaire scolaire du canton de Fribourg
OMS	Organisation mondiale de la santé
PP MDS	Politique publique en matière de médecine dentaire scolaire
RS	Recueil systématique de la législation fédérale
RSF	Recueil systématique de la législation fribourgeoise
SDS	Service dentaire scolaire
SSO	Société suisse d'odontologie

Liste des annexes

Annexe 1 :	question écrite QA 3259.09, Gabrielle Bourguet, Programme de prévention et de promotion de la santé à l'école – prise en compte de nouvelles substances peu recommandables pour les enfants et les jeunes ; question écrite QA 3122.08, Guy-Noël Jelk, Maintien des boissons sucrées dans les automates « Selecta » des bâtiments scolaires du canton..	12
Annexe 2 :	liste des communes assurant elles-mêmes la pédodontie et/ou la prophylaxie.	15
Annexe 3 :	liste des communes/cercles scolaires avec mode de contrôle et de soins (fixe/mobile)	17
Annexe 4 :	monitorage SDS 2000-2010.....	20
Annexe 5 :	enquête du SDS relative aux soins dentaires scolaires auprès des médecins-dentistes exerçant à titre indépendant.	20
Annexe 6 :	liste des écoles spécialisées desservies par le SDS.....	23
Annexe 7 :	tableau d'identification des processus menant à un flux financier, avec son commentaire.....	25
Annexe 8 :	évolution de la valeur du point dans différentes cliniques dentaires scolaires en Suisse entre 2005 et 2010	27

1 Les enjeux liés à la problématique étudiée

La médecine dentaire scolaire (MDS) 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 écoles. » (Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Fribourg (BGC), 1971, p. 1341).

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, le 3^{ème} cycle de la politique publique en matière de médecine dentaire scolaire (PP MDS) touche manifestement et pour différentes raisons à sa fin (une description des cycles de PP MDS figure sous point 4.3). Aussi, il est indispensable, avant de pouvoir en dessiner les nouveaux contours, de procéder à une évaluation systématique qui relève les effets médicaux obtenus sur la santé bucco-dentaire des enfants en âge de scolarité obligatoire et les problèmes rencontrés par les autorités politiques, en particulier par le Service dentaire scolaire (SDS), dans cet exercice. Il s'agit donc d'analyser les acquis, afin de mieux préparer les conditions-cadre de la PP MDS destinées aux futures générations d'élèves.

2 L'objectif du travail et les questions principales

L'objectif de ce travail est de procéder à l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de la médecine dentaire scolaire en tant que politique publique. Pour y parvenir, une analyse des différents résultats médicaux et des constatations réalisées sur le terrain par les médecins-dentistes seront présentées. Dans un deuxième temps, il sera indispensable de relever les difficultés rencontrées dans l'exercice de la MDS, en particulier au SDS.

Pour ce faire, les deux questions suivantes seront examinées :

1) Faut-il une MDS dans le canton de Fribourg ?

2) Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice actuel de la MDS ?

3 Le dessin de recherche et les définitions des termes principaux¹

Le champ d'étude se limite au canton de Fribourg. Lorsque certaines affirmations sont posées, elles n'ont de valeur que pour ce canton, à moins qu'il ne soit expressément fait référence à la situation en Suisse ou dans d'autres cantons.

C'est le processus de l'analyse de la politique publique, telle que proposée par le Professeur Peter Knoepfel dans son ouvrage *Analyse et pilotage des politiques publiques* (Knoepfel et al., 2005), qui a été retenu. L'évaluation médicale se fonde sur différentes études scientifiques et monitoring, ainsi que sur l'avis de spécialistes en pédodontie du canton de Fribourg. L'évaluation liée à l'exercice de la MDS repose sur une analyse empirique des problèmes rencontrés par les acteurs concernés, ainsi que des difficultés particulières au SDS.

Les termes utilisés dans ce travail et repris ci-dessous correspondent à la signification qui leur est donnée par la loi du 27 septembre 1990 sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires (RSF 413.5.1 ; ci-après : la loi de 1990), ainsi que dans la pratique cantonale de la MDS :

Prophylaxie : ensemble des mesures (outputs) liées à l'enseignement en classe de l'hygiène bucco-dentaire ;

Pédodontie : ensemble des mesures (outputs) liées aux contrôles et soins dentaires obligatoires en clinique ;

Orthodontie : ensemble des mesures (outputs) liées à la correction des mauvaises positions dentaires ;

Tâches de surveillance administrative : ensemble des mesures nécessaires (outputs) aux tâches liées à l'obligation du contrôle annuel et des soins.

Lorsqu'en *pédodontie* le terme de *soins* est utilisé, il peut s'agir soit de soins thérapeutiques (obturations), soit de soins prophylactiques. Ces derniers peuvent consister dans :

- 1) un détartrage : nettoyage approfondi de la dentition de l'enfant au moyen d'instruments dentaires adaptés et d'une pâte légèrement abrasive qui élimine les dépôts de plaque dentaire et de tartre, ainsi qu'une application d'une gelée fluorée ou/et
- 2) un scellement de fissures : remplissage à l'aide d'une substance résineuse des zones dentaires difficilement atteignables pour des enfants avec la brosse à dents.

Ces deux mesures permettent de limiter grandement la propagation de la carie.

¹ Là où une formulation non sexiste n'a pas pu être utilisée, le masculin vaut également pour le féminin ; ceci pour des raisons de lisibilité du présent travail.

4 L'analyse empirique

4.1 Une politique publique en matière de médecine dentaire scolaire dans le canton de Fribourg

La MDS telle que pratiquée dans le canton de Fribourg constitue-t-elle effectivement une politique publique au sens défini par le Professeur Peter Knoepfel ² ?

Dans le Message accompagnant le projet de loi de 1971, on y lit : « La carie dentaire chez les enfants est devenue un véritable fléau, à combattre avec d'autant plus d'énergie qu'elle est une maladie dangereuse pour la santé publique. » (BGC 1971, p. 1342). La prise de conscience liée à l'existence d'un problème de santé publique a donc eu lieu à cette époque déjà. La solution développée a été l'institutionnalisation d'un service dentaire scolaire, dont la gestion a été confiée à l'Association fribourgeoise en faveur des soins dentaires scolaires (ci-après : l'Association). Cette Association existait déjà sur la base du droit privé depuis plusieurs années. Elle a néanmoins reçu par la loi du 16 novembre 1971 sur le Service dentaire scolaire (FO 1971, p. 230-321 ; ci-après : la loi de 1971) une base légale cantonale. Un groupe cible, comprenant les enfants en période de scolarité obligatoire et les enfants des écoles enfantines, a été clairement identifié. Plusieurs décisions et actions, notamment la prise en charge des mesures de prévention et des contrôles annuels, ainsi que différentes mesures thérapeutiques, ont été définies. Les acteurs publics suivants jouaient désormais un rôle-clé : les communes, déjà actives auparavant dans le domaine, et nouvellement l'Etat. Celui-ci a créé le SDS et a confié sa gestion à l'Association. Il exerçait désormais la haute surveillance en matière de médecine dentaire scolaire.

On peut donc affirmer que, dès 1971, la MDS est devenue une politique publique, dont on retrouve les éléments-clés dans le Message accompagnant le projet de loi de 1971.

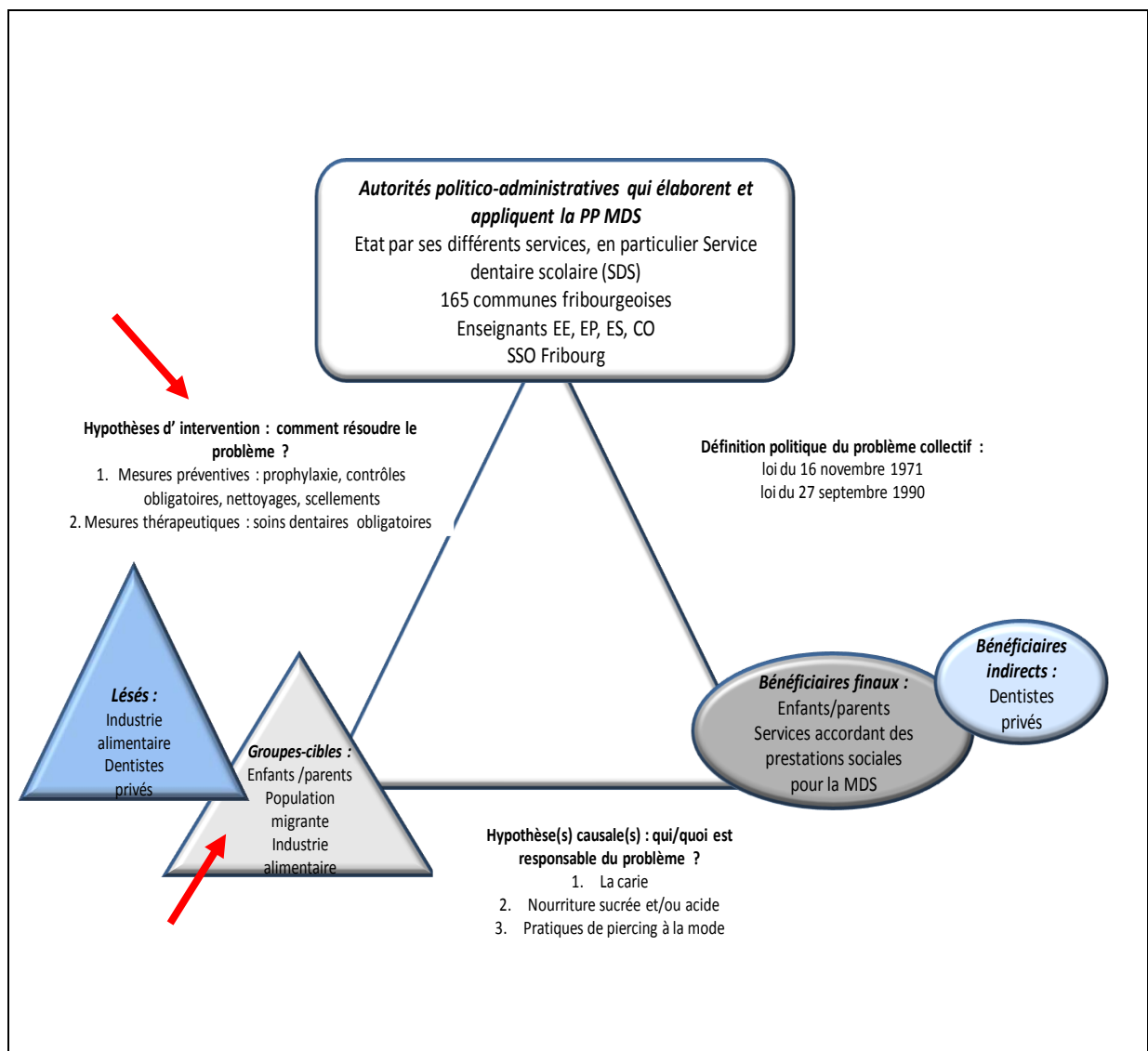
4.2 Le triangle de base des acteurs en matière de médecine dentaire scolaire

Le triangle de base des acteurs principaux de la PP MDS est demeuré identique, ou du moins n'a-t-il subi de modifications qu'au niveau du degré de participation des autorités politico-administratives, depuis les débuts de la MDS dans le canton de Fribourg et ce jusqu'à ce jour. Aujourd'hui, il faut relever deux points importants dans la comparaison du triangle de base des acteurs entre 1990 et 2012 :

- 1) L'évolution au niveau du groupe-cible ;
- 2) La modification dans le financement des mesures (outputs) découlant des hypothèses d'intervention, soit une répartition différente des tâches et du financement entre les différentes autorités politico-administratives qui élaborent et appliquent la PP MDS.

² Les éléments constitutifs d'une politique publique sont définis en pages 31 à 35 de l'ouvrage précité et repris pour certains aux points suivants.

Le graphique ci-dessous illustre le triangle de base des acteurs de la PP MDS nouvellement défini. → indique les modifications exposées dans les sous-chapitres suivants.



Graphique 1 : triangle de base des acteurs PP MDS
(schéma inspiré de Knoepfel et al., 2005, p. 63)

4.2.1 Du « groupe-cible » aux « groupes-cibles »

Le groupe-cible « enfants/parents » est resté identique entre 1937 et 1990. La MDS s'adresse aujourd'hui encore aux « enfants en âge de scolarité obligatoire ». La loi est claire à ce sujet. Très peu d'actes formalisés « censés orienter le comportement de groupes ou d'individus supposés à l'origine du problème public à résoudre » (Knoepfel et al., 2005, p. 33), par les autorités politico-administratives ont focalisé sur un groupe-cible plus élargi. Cependant, différentes études scientifiques, en particulier le quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne en pages 31 et 32, ainsi que les praticiens, constatent que les enfants issus de milieux migrants ont une mauvaise santé bucco-dentaire et par conséquent un nombre de caries important. Grâce à un travail de suivi en collaboration avec la famille (parents, frères et sœurs

plus jeunes), l'état bucco-dentaire de toute la fratrie peut être rapidement, non seulement stabilisé, mais amélioré, pour atteindre un niveau comparable à celui des autres enfants à la fin de la scolarité obligatoire.

Cette constatation est réjouissante et permet de tirer deux enseignements :

- 1) Il est nécessaire d'identifier différents groupes à l'intérieur du groupe-cible des « enfants en âge de scolarité obligatoire », de façon à ensuite développer de manière plus ciblée les actes formalisés et le management des ressources. Cette analyse est indispensable, surtout si les moyens financiers sont revus à la baisse ;
- 2) Il est utile d'élargir les mesures de prévention aux parents, qui, notamment lors de la petite enfance et durant les premières années d'école, ont une influence prépondérante sur la santé bucco-dentaire de leurs enfants. Cette deuxième affirmation est confortée surtout par l'expérience des médecins-dentistes du SDS qui pratiquent uniquement en clinique mobile. En effet, dans ce cas, l'école se charge d'envoyer les enfants au contrôle annuel et aux soins, lorsque la clinique dentaire se trouve devant l'établissement scolaire. Il est dès lors extrêmement difficile pour le dentiste d'établir un contact avec les parents, là où l'état bucco-dentaire de l'enfant le justifie. Aussi on assiste malheureusement trop souvent dans ces régions à un désintérêt de la part des parents. Dans certaines situations graves, cela peut engendrer une recrudescence de la carie.

Outre les enfants et les parents (surtout les parents dont les enfants présentent une mauvaise hygiène bucco-dentaire), un autre groupe cible doit être identifié, ceci sur la base de l'analyse des hypothèses causales. Les médecins-dentistes, les hygiénistes dentaires et les enseignants en prophylaxie, sont unanimes à relever les effets négatifs de la consommation de nourriture sucrée et/ou acide sur l'hygiène bucco-dentaire des enfants. De ce fait, il faudrait considérer l'industrie alimentaire comme un groupe-cible, dont le comportement, en particulier dans la production et la distribution des denrées néfastes aux enfants, devrait être influencé. Les milieux politiques sont heureusement sensibles à ce problème, puisque déjà par le passé, le Grand Conseil fribourgeois a été saisi de ce sujet³.

4.2.2 La modification dans la répartition des tâches et le financement entre les autorités politico-administratives

Bien que les hypothèses d'intervention et dès lors la réponse apportée à la résolution du problème public est demeurée la même, la répartition des tâches et le financement qui en découlent ont été fortement modifiés depuis l'adoption de la loi de 1990. Ce point sera développé au chapitre 5.4.2 ci-dessous.

³ Annexe 1 : question écrite QA 3259.09 Gabrielle Bourguet, *Programme de prévention et de promotion de la santé à l'école – prise en compte de nouvelles substances peu recommandables pour les enfants et les jeunes* ; question écrite QA 3122.08, Guy-Noël Jelk, *Maintien des boissons sucrées dans les automates « Selecta » des bâtiments scolaires du canton.*

4.3 Les cycles de la politique publique en matière de médecine dentaire scolaire

A la lecture des Messages accompagnant les deux projets de loi de 1971 et 1990 en matière de soins dentaires scolaires, il est possible de distinguer trois cycles de PP MDS.

L'élément déclencheur de l'évaluation et du développement d'un nouveau cycle de PP MDS semble être toujours avant tout de nature financière. En 1971, ce sont les moyens financiers qui ont fait défaut à l'Association, de sorte que l'Etat a accepté une part du financement en prenant en charge les contrôles dentaires, les mesures prophylactiques et les installations des cliniques dentaires fixes ou mobiles (art. 8 de la loi de 1971). En 1990, l'Association s'est trouvée confrontée à des difficultés, notamment financières, ce qui a contraint l'Etat à reprendre le Service dentaire scolaire sous forme d'une unité administrative. Il en est à nouveau de même aujourd'hui, spécialement en ce qui concerne le domaine financier. L'analyse qui suit des problèmes constatés au niveau de la MDS mettra en évidence les difficultés, notamment financières, liées à l'exercice de la pédodontie, en particulier pour le SDS.

4.3.1 De 1937 à 1971

Le premier cycle se caractérise par une activité prépondérante de la Société fribourgeoise d'odontologie et des délégués d'autorités communales et scolaires des plus importantes communes du canton. En 1957, un comité cantonal d'initiative en faveur des soins dentaires scolaires a été créé. Des cliniques dentaires scolaires ont été mises sur pied. Aucune base légale cantonale n'a cependant été adoptée pour coordonner les différentes activités entre les acteurs publics.

Il est constaté que durant ces années la situation a été loin de s'améliorer⁴. Elle a empiré même, surtout là où les cliniques ne pouvaient agir, soit dans environ 50 communes du canton, faute de moyens à disposition. Souvent les parents refusaient même les soins indispensables à leurs enfants. L'évaluation réalisée à l'époque montre que pour être plus efficace, il fallait impérativement « atteindre les régions les plus éloignées et les familles les moins favorisées. » (BGC 1971, p. 1343).

4.3.2 De 1971 à 1990

Le deuxième cycle repose sur la loi du 16 novembre 1971 sur le Service dentaire scolaire (FO 1971, p.230-231 ; ci-après : la loi de 1971). Un service dentaire scolaire cantonal a été institué, avec « pour but de promouvoir les mesures propres à l'amélioration de l'hygiène et à la lutte contre la carie et les malformations. » (art. 1 de la loi de 1971).

Les acteurs restant identiques, ce sont les relations entre l'Association, reconnue d'utilité publique par l'article 6 de loi de 1971, les communes et l'Etat qui se sont précisées.

⁴ 1,2 % des enfants avaient une dentition saine. Le nombre de dents cariées par enfant était de 8 (BGC 1971, p. 1342).

L'Association a reçu un mandat de l'Etat, qui lui confiait la gestion du Service dentaire. Les communes ont dû notamment prendre les dispositions nécessaires permettant l'exploitation d'une clinique ambulante et d'une clinique fixe. L'Etat a pris nouvellement en charge l'achat de cliniques ambulantes et a assumé l'équipement et l'entretien du matériel de l'ensemble des cliniques. Il a versé à l'Association les montants couvrant les frais des mesures prophylactiques et des contrôles dentaires. Il lui a alloué en outre une subvention pour les enfants de parents de condition modeste. Les actes formalisés (outputs) se sont définis sous forme de cours d'éducation à la santé dentaire, de contrôles annuels, de traitements thérapeutiques et dès 1988 de traitements orthodontiques.

Sur les 260 communes du canton, 235 ont alors recouru à l'Association, 24 se sont liées conventionnellement avec un médecin-dentiste privé et une seule, Fribourg, disposait de son propre service.

Les communes ont fixé elles-mêmes leurs contributions aux frais de traitements. Leur participation financière a été versée à des conditions et selon des modalités très diverses, certaines communes ne versant même rien.

Les frais des soins et traitements dispensés par l'Association étaient à la charge des parents, mais facturés aux communes, qui en garantissaient le paiement. Ils étaient calculés selon un tarif approuvé par le Conseil d'Etat et dont la valeur du point était inférieure à celle appliquée par les médecins-dentistes privés (BGC 1990, p. 1922-1993).

Au terme du deuxième cycle de PP MDS, l'autorité compétente a constaté que la politique publique mise en place par la loi de 1971 avait permis une diminution du nombre de caries et de parodontites dans la population fribourgeoise, ce qui prouvait son utilité. Le système connaissait néanmoins des imperfections au niveau de l'organisation, du fonctionnement et de la situation financière de l'Association (BGC 1990, p. 1923). C'est pour y remédier que la loi de 1990 a été adoptée par le Grand Conseil fribourgeois.

4.3.3 De 1990 à ce jour

La loi de 1990 a mis en place le troisième cycle de la PP MDS. Les acteurs sont demeurés identiques depuis les années trente. Le rôle de l'Etat s'est toutefois fortement renforcé avec la reprise du SDS comme unité administrative rattachée aujourd'hui à la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS).

La répartition des charges entre Etat, communes et parents reste la même que celle prévue dans la loi de 1971. Les articles 9 et 10 de la loi de 1990 sont cependant destinés à répartir plus clairement les charges financières entre l'Etat, les communes et les parents.

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 ;
- Il paie les frais d'équipement des cliniques dentaires fixes installées par les communes qui décideraient d'organiser leur propre service dentaire, ainsi que les frais de construction, d'entretien, de rénovation et d'exploitation de telles cliniques 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 médecin privé, le règlement communal ou la convention fixe le mode de rémunération (BGC 1990, p. 1925-1926).

Sur cette base, le Conseil d'Etat a adopté le règlement du 26 novembre 1991 d'exécution de la loi sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires (RSF 413.5.11), toujours en vigueur aujourd'hui.

En 1994, dans le cadre du cinquième programme de redressement des finances de l'Etat, le Conseil d'Etat a proposé 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 ;
- Les frais de contrôles, en sus des frais de soins.

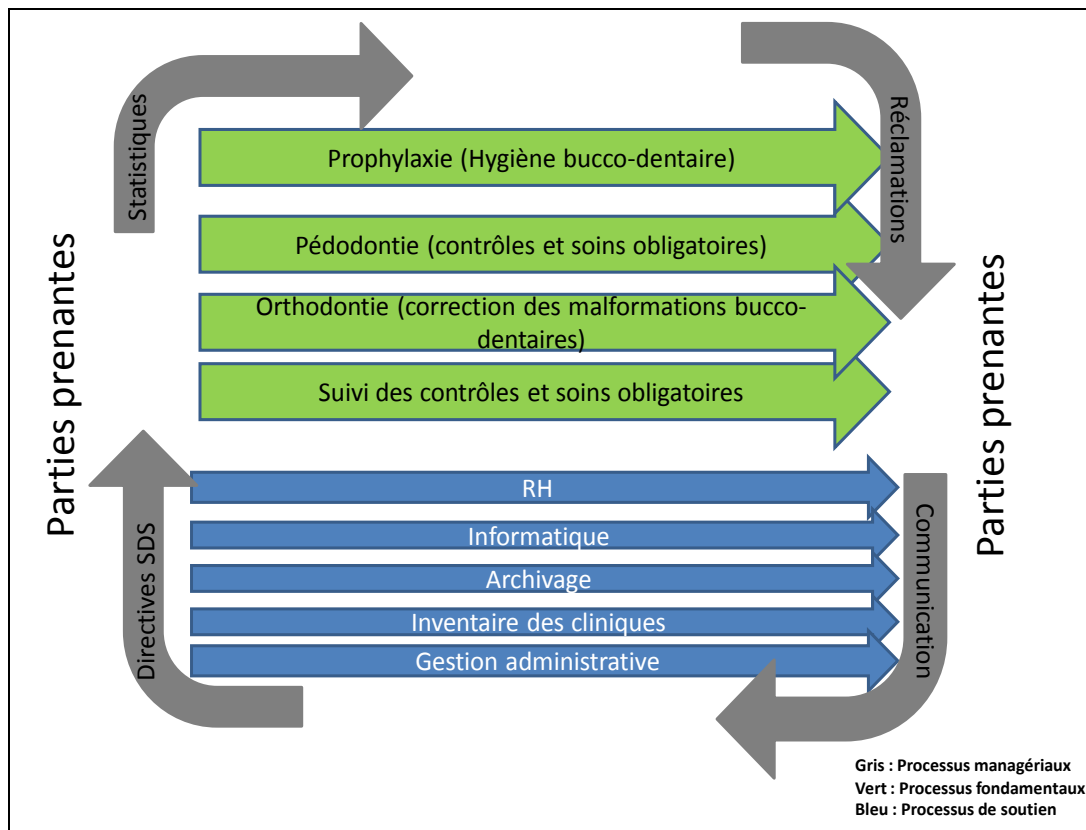
Les communes ont désormais la possibilité de mettre à la charge des parents non seulement les frais des soins, mais également les frais des contrôles.

Malgré ces modifications, le règlement d'exécution n'a subi pour sa part aucun changement. Les dispositions réglementaires en vigueur actuellement sont donc pour certaines dépourvues de base légale.

Aujourd'hui, le SDS gère et surveille la plupart des activités liées à la médecine dentaire scolaire. En 2012, sur 165 communes, seules 34 connaissent un système de convention avec un médecin-dentiste privé assurant les contrôles et les soins des enfants. 13 communes se chargent d'organiser la prophylaxie⁵. Plus aucune commune ne dispose de son propre service dentaire, comme cela était le cas pour la Ville de Fribourg jusqu'au début des années 2000.

Les missions actuelles du SDS, telles que prévues par la loi en vigueur à ce jour, se retrouvent dans les processus managériaux figurant en vert sur la cartographie des processus ci-dessous. A noter que ces missions sont identiques à celles prévues dans la loi de 1971.

⁵ Annexe 2 : liste des communes assurant elles-mêmes la pédodontie et/ou la prophylaxie.



Graphique 2 : cartographie des processus du SDS

Les difficultés financières actuelles de l'Etat augmentent la pression des autorités politico-administratives pour réaliser des économies substantielles. La MDS n'est pas épargnée, puisqu'elle entraîne aujourd'hui, pour l'Etat, des coûts s'élevant à près d'un million de francs par année. Il est donc indispensable de passer sans plus attendre à la dernière phase du 3^{ème} cycle de PP MDS : l'évaluation. Celle-ci devra répondre aux deux questions principales posées précédemment.

4.4 L'organisation actuelle de la médecine dentaire scolaire

Afin de mieux apprécier le bilan de la PP MDS, notamment les difficultés rencontrées dans l'exercice de la MDS et plus particulièrement celles du SDS, il est nécessaire d'en connaître l'organisation. Le tableau ci-dessous reprend les quatre missions de la MDS. Il indique notamment l'autorité compétente, le mode de réalisation de la tâche ainsi que les coûts pris en charge par l'Etat.

	Prophylaxie		Pédodontie		Orthodontie	Tâches de surveillance administrative
Organisation	Communes		Communes		Etat	Etat
Réalisation	Communes (pour 13 communes)	Etat (pour 152 communes)	Méd. dent. privés (pour 34 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 (caravane dentaire)	En clinique fixe	Administration SDS
Fréquence	1 à 3x par année	1x par année	Contrôles : 1x par année Soins : selon les besoins		Selon les besoins	Selon les informations des praticiens
Groupe-cible	EE, EP, CO	EE, EP	EE, EP, CO		(EE), EP, CO	EE, EP, CO
Coûts nets (comptes de l'Etat 2011)*	0 fr.	-278'500 fr.	0 fr.	-895'000 fr.	+450'000 fr.	-135'000 fr.

*

Déficit = -

Bénéfice = +

Pour l'exercice de la pédodontie, le SDS dispose de 8 cliniques fixes sises sur l'ensemble du canton⁶ et de 2 cliniques mobiles utilisées dans les districts de la Broye, de la Sarine et de la Veveyse. En outre, le SDS effectue les contrôles en clinique mobile et les soins en clinique fixe dans différents cercles scolaires, suivant l'éloignement de la clinique fixe la plus proche⁷.

⁶ Clinique de Pérolles 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 Guin.

⁷ Annexe 3 : liste des communes/cercles scolaires avec mode de contrôles et de soins (fixe/mobile).

5 Le bilan de la politique publique en matière de médecine dentaire scolaire

Selon l'article 1^{er} de la loi de 1990, la MDS a pour but de promouvoir l'hygiène-bucco-dentaire et de lutter contre la carie, les affections parodontales et les malformations bucco-dentaires.

Pour savoir si les buts de la loi ont été atteints, il est nécessaire de procéder à une évaluation des effets produits sur la santé bucco-dentaire des enfants (Wirkungsevaluation). Pour ce faire et compte tenu des difficultés que représente une telle appréciation, il convient d'analyser les actes formalisés mis en place. Cette étude doit permettre de déterminer si médicalement, sur le plan théorique et sur le plan pratique, les objectifs fixés ont été respectés. Dans un deuxième temps, une analyse des moyens mis à disposition (Leistungsevaluation) a été développée afin de mettre en lumière les problèmes rencontrés dans l'exercice de la MDS en général et plus particulièrement au SDS.

5.1 L'amélioration de la santé bucco-dentaire et la réduction de la carie

5.1.1 Les Etudes scientifiques

L'Etude 2009/2010 réalisée sur le plan international par l'OMS chez les enfants en âge de scolarité recommande un brossage des dents deux fois par jour avec une pâte fluorisée, ainsi qu'une réduction de la consommation de sucre. Elle relève que les garçons mais également les enfants issus de milieux sociaux défavorisés doivent plus particulièrement être motivés à cette tâche. Cette Etude insiste sur l'influence de la famille, prépondérante pour un brossage régulier ou non des dents (OMS, 2012, p. 123-127).

Sur le plan national, la SSO a réalisé en 2007 un monitoring sur les soins dentaires scolaires par le biais des sections cantonales. Elle constate qu'après plus de 100 ans d'engagement, les résultats sont excellents. Cependant, la diminution de la carie constatée a pu être obtenue surtout grâce à la mise sur pied d'une prophylaxie de base sans lacune. Elle relève en outre que ces progrès risquent d'être mis en danger par l'attitude des cantons : Les soins dentaires deviennent souvent une tâche communale. La responsabilité passe de la commune aux parents. Les enfants issus de milieux défavorisés et/ou de familles migrantes n'ont ainsi plus accès aux soins. En Suisse, l'érosion des soins dentaires scolaires se fait sentir davantage dans les cantons romands que dans les cantons alémaniques (Revue Zahnmedizin aktuell, 11/2008, vol. 118, p. 1093-1096).

La situation hétérogène en Suisse dans le domaine de la prophylaxie et des soins dentaires relevée dans le monitoring de la SSO est confirmée dans l'Etude comparative de droit cantonal réalisée en 2012 par l'Institut du fédéralisme, sur mandat du SDS. Les réglementations sont formellement et matériellement très variées. Cette diversité se retrouve tout particulièrement dans les questions d'organisation, de hiérarchisation des divers

intervenants et dans le choix des dentistes scolaires. Malgré tout, il est possible d'esquisser un « portrait robot » de la MDS en Suisse, qui existe dans tous les cantons à différents degrés :

- 1) Accent mis sur la prophylaxie ;
- 2) Prise en charge des enfants en âge de scolarité ;
- 3) Participation du corps enseignant ;
- 4) Médecins-dentistes assurant la partie médicale ;
- 5) Visite de contrôle annuelle ;
- 6) Possibilité de présenter une attestation pour les enfants déjà traités par un médecin-dentiste privé.

(Institut du Fédéralisme, 2012, p. 50).

Le canton de Bâle campagne procède régulièrement (2001, 2006 et 2011), en collaboration avec l'Institut de médecine préventive et de microbiologie orale de l'Université de Bâle, à une évaluation de la dentition des enfants en âge de scolarité obligatoire. Cette évaluation focalise sur un public-cible regroupant les enfants des classes de 1^{ère}, 6^{ème} et 9^{ème} du degré obligatoire (pas les écoles enfantines) choisies au hasard. Elle se fonde d'une part sur un examen clinique réalisé par un dentiste, accompagné d'une assistante dentaire, et qui travaille avec un miroir, une sonde et une lampe frontale allogène. D'autre part, elle se base sur un questionnaire adressé aux parents préalablement à l'examen clinique et relatif à leur nationalité, ainsi qu'à l'hygiène bucco-dentaire de leurs enfants (en particulier : brossage des dents, habitudes alimentaires, attitude des parents envers la prophylaxie en classe, degré de satisfaction des parents concernant la santé dentaire de leurs enfants).

Cette Etude, datant du 27 mars 2012 et mise gracieusement à disposition du SDS par la médecin-dentiste cantonale de Bâle campagne, conclut que la fréquence de la carie, surtout chez les jeunes entre la 6^{ème} et 9^{ème} année d'école obligatoire, a augmenté, ceci même de manière plus significative en 9^{ème} année. Elle a par contre très légèrement diminué chez les enfants de 1^{ère} année primaire.

L'Etude propose les deux recommandations suivantes :

- 1) Les élèves de 9^{ème} année devraient être suivis de manière ciblée et durable ;
- 2) Les enfants issus de milieux étrangers et leurs parents devraient être pris en charge aussi tôt que possible.

Sur le plan fribourgeois, la Dresse Gamze Erdogan a réalisé en 2008 une étude épidémiologique sur la dentition lactéale (5 à 9 ans). Elle s'est basée sur les données récoltées dans les deux cliniques du SDS qu'elle dirige (Clinique de Marly et Clinique de Villars-sur-Glâne). La méthodologie appliquée est celle de l'établissement de l'indice moyen CAO (dents permanentes) respectivement cao (dents de lait). Cette moyenne résulte de la division du nombre total de dents cariées, absentes pour cause de carie et obturées, par le nombre de personnes examinées, ce qui permet de mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée. Les conclusions suivantes sont tirées par la Dresse Gamze Erdogan :

- 1) Le nombre de caries diminue avec l'âge dès l'entrée dans le cursus scolaire obligatoire, tandis que le nombre de dents obturées augmente. Cette réduction de la carie au cours des années scolaires est due aux contrôles obligatoires ;
 - 2) La fréquence des traitements avant l'âge de 5 ans est d'autant plus basse que les parents ont des revenus modestes et un niveau de scolarité faible ;
 - 3) La plupart des enfants présentant plus de deux caries entre 5 et 6 ans ont un passé d'immigration récent ou viennent de milieux défavorisés.
- (Erdogan G., 2008, p. 113-117).

5.1.2 Le monitoring du Service dentaire scolaire

Le SDS dispose, sur dix ans, d'un monitoring des contrôles et des soins réalisés dans ses cliniques⁸. Les considérations suivantes peuvent en être tirées :

- 1) Sur les 10 dernières années, le pourcentage des enfants suivis au SDS n'a que légèrement diminué. Aujourd'hui, 40% des enfants sont suivis par le SDS et 60% par les médecins-dentistes privés. Ce maintien du pourcentage d'activité constant du SDS a différentes explications. Tout d'abord, le SDS s'est forgé une réputation de service spécialisé dans les contrôles et les soins aux enfants. Mis à part ce service, il n'existe qu'une seule pédodontiste dans le canton de Fribourg. Ensuite, le nombre de médecins-dentistes en exercice dans le canton est actuellement en forte diminution, sans qu'une relève ne suive. L'utilité des cliniques dentaires scolaires, en appui aux médecins-dentistes privés, dans l'exercice de la MDS semble donc indispensable. Une enquête en cours de réalisation auprès des médecins-dentistes exerçant à titre indépendant doit notamment permettre de déterminer si ces praticiens sont disposés à exercer la MDS (pédodontie) sur la base d'une convention avec la commune en charge de cette mission⁹. Enfin, les tarifs pratiqués au SDS avec une valeur du point à 3.10 francs restent extrêmement avantageux. En comparaison, la moyenne de la valeur du point dans le canton de Fribourg se situe entre 3.30 et 3.50 francs, pour atteindre 3.70 francs en pédodontie. A noter que pour la pédodontie, la valeur du point appliqué par le SDS sera augmentée à 3.30 francs dès le 1^{er} janvier 2013 ;
- 2) Le nombre d'enfants en âge de scolarité obligatoire a augmenté de plus de 60% sur 10 ans. Le pourcentage d'enfants issus de milieux migrants accueillis dans les classes ayant sensiblement augmenté durant ces 10 dernières années, on peut en conclure que les patients du SDS se recrutent aujourd'hui plutôt parmi les familles provenant de milieux migrants. Les parents établis depuis plus longtemps dans le canton, qui pour la plupart ont bénéficié de la PP MDS, se rendent pour eux-mêmes et avec leurs enfants chez un médecin-dentiste privé. La responsabilité parentale individuelle joue ici pleinement son rôle.

Ce monitoring ne donne malheureusement aucune information quant aux types de soins réalisés (soins prophylactiques : scellements et nettoyages ou soins thérapeutiques :

⁸ Annexe 4 : monitoring SDS 2000-2010.

⁹ Annexe 5 : enquête du SDS relative aux soins dentaires scolaires auprès des médecins-dentistes exerçant à titre indépendant.

obturations), ni quant au nombre de dents absentes et/ou obturées par enfant (indice moyen CAOD) ou au nombre de caries présentes. Il ne permet donc pas d'étayer scientifiquement une éventuelle diminution ou augmentation de la carie, telle que cela a été le cas dans les Etudes réalisées par le canton de Bâle campagne en 2001, 2006 et 2011.

5.1.3 L'avis des spécialistes en pédodontie

Bon nombre d'informations ont pu être recueillies par le biais de discussions avec les pédodontistes du SDS et les médecins-dentistes du secteur privé. L'avis de ces spécialistes est unanime pour dire que, de manière générale, la carie a diminué durant plus de 30 ans de PP MDS menée activement. Cependant, ces dernières années, une recrudescence de la carie, surtout chez les enfants dans les premières années d'école, est constatée. Ce phénomène est plus marquant chez les enfants issus de milieux migrants et/ou défavorisés, qui sont aujourd'hui aussi plus nombreux dans les classes. Il s'agit-là souvent d'un problème familial, voire culturel, lié à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire. Les spécialistes recommandent donc de toucher ces familles le plus tôt possible et de sensibiliser les enfants, mais surtout les parents, à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire. En ce sens, les spécialistes rejoignent les conclusions de l'Etude réalisée par le canton de Bâle campagne.

La carie de la petite enfance touche quant à elle également les autres petits enfants qui n'appartiennent pas forcément à un groupe-cible plus touché par la carie (enfants dont les parents sont migrants et/ou de condition très modeste). Les phénomènes constatés prouvent bien la nécessité de rester vigilant dans ce domaine, faute de se retrouver dans la situation des années quarante.

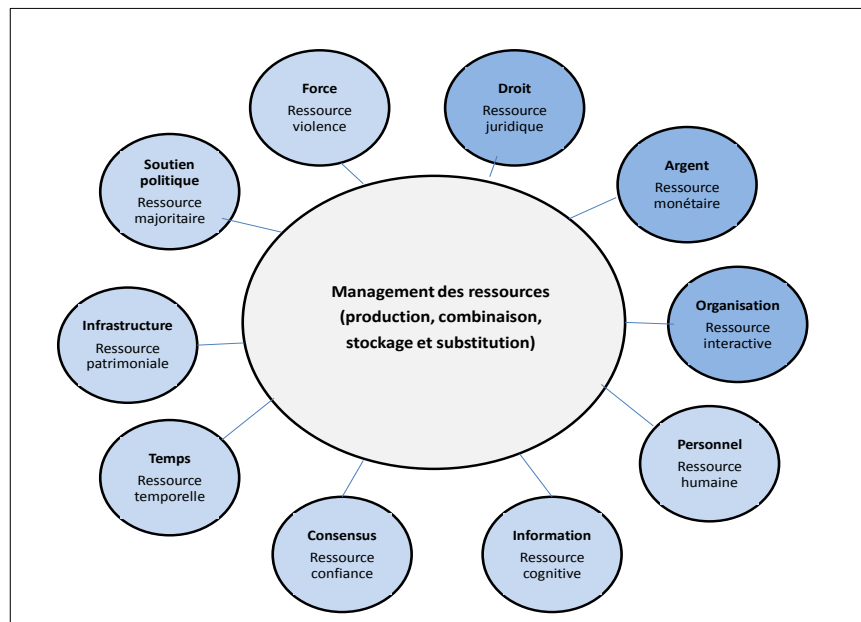
En conclusion, il est possible d'affirmer, sur la base des différentes études réalisées, que les missions retenues par la PP MDS, en particulier la prophylaxie et la pédodontie, sont de manière générale tout à fait en mesure d'atteindre le but recherché. Les moyens mis en œuvre, tels que l'éducation à une bonne hygiène bucco-dentaire, les contrôles annuels obligatoires, les nettoyages et les scellements, peuvent être considérés comme efficaces pour permettre une diminution de la carie.

Pour le SDS, il est plus difficile, faute d'avoir des bases de données plus développées, d'évaluer par des chiffres l'amélioration de l'état bucco-dentaire des enfants. Néanmoins, l'avis des spécialistes aide à porter un jugement tout à fait éclairé sur l'adéquation des moyens utilisés par rapport au but recherché par la loi de 1990, à tout le moins sur le plan médical.

5.2 Les problèmes rencontrés aujourd'hui dans l'exercice de la médecine dentaire scolaire et plus particulièrement par le Service dentaire scolaire

Si, sur le plan médical, la PP MDS répond aux attentes, il sied maintenant d'évaluer les moyens mis en œuvre et les difficultés rencontrées dans l'organisation pratique de la MDS (Leistungsevaluation), aussi bien en milieu privé qu'au SDS. Cette analyse reprend certaines ressources particulièrement critiques de la PP MDS (cf. Graphique 3 ci-dessous), sous l'angle

de leur management et des difficultés qui en découlent, tout en relevant les particularités du SDS.



Graphique 3 : aperçu des différentes ressources des politiques publiques (Knoepfel et al., 2005, p. 71)

5.2.1 La pédodontie comme parent pauvre de la médecine dentaire

Tout médecin-dentiste, qu'il pratique ou non la MDS, sera d'accord pour affirmer que l'exercice de la pédodontie est extrêmement coûteux. Cette constatation s'explique par deux facteurs :

- 1) L'exercice de la pédodontie est très différent de la médecine dentaire adulte. Plus l'enfant est jeune et plus la phase préparatoire de l'acte médical est longue. Il s'agit pour le praticien de gagner la confiance de l'enfant et souvent du parent qui l'accompagne. Ce travail nécessite non seulement de la patience et du temps, mais également une expérience en pédo-psychologie ;
- 2) La personne qui exerce la pédodontie renonce délibérément à pratiquer certains actes, souvent à grande valeur ajoutée (traitements de racine, poses de couronnes ou d'implants). De surcroît, selon le Tarif de la SSO, certains actes sont moins bien rémunérés lorsqu'ils sont pratiqués sur des dents de lait plutôt que sur des dents permanentes. Ceci peut paraître contradictoire, car le praticien consacre souvent plus de temps à les réaliser.

Ces deux éléments expliquent la faible proportion de médecins-dentistes intéressés à pratiquer la pédodontie. Ceux-ci devront nécessairement pratiquer leur métier à un tarif supérieur à celui d'un médecin-dentiste qui partage sa patientèle entre enfants et adultes. A défaut, ils ne parviendront pas à couvrir leurs coûts d'exploitation.

Cette problématique des coûts de la MDS se retrouve de façon encore plus prononcée au SDS. Ce service, contrairement à un médecin-dentiste qui est lié par convention à une commune et qui pratique dans son cabinet privé la MDS, est spécialisé uniquement dans le traitement des

enfants en âge de scolarité obligatoire (4 à 16 ans). Dans cette classe d'âge sont également compris les enfants handicapés, notamment ceux scolarisés dans les établissements spécialisés du canton¹⁰.

5.2.2 L'obligation des contrôles et des soins comme ressource juridique

Les contrôles et les soins conservateurs sont obligatoires dans le canton de Fribourg. Ce principe de base est ancré déjà dans la loi de 1971. Il est repris par celle de 1990. Cependant, les parents ont le choix de recourir pour leur enfant, soit à la MDS telle qu'organisée par la commune, soit à un médecin-dentiste privé. Dans ce dernier cas, l'enfant doit présenter une attestation signée par ce médecin-dentiste. Si les parents n'obtempèrent pas, ils font l'objet d'une dénonciation à la préfecture et encourent le risque d'une amende (art. 11 de la loi de 1990).

Si, sur le plan médical, cette obligation paraît extrêmement utile, sa mise en œuvre soulève passablement de difficultés.

Une des missions du SDS consiste à contrôler, en qualité d'autorité de surveillance, l'application des dispositions légales dans ce domaine. Concernant les enfants suivis par le SDS, le système est aisément mis en place et un processus impliquant les cliniques dentaires scolaires et l'administration a été aménagé. Pour les enfants suivis par un médecin-dentiste lié par convention, la procédure est différente d'une commune à l'autre, selon le mode opératoire établi entre les deux partenaires (commune et médecin-dentiste). Le relais de l'information par l'Etat (SDS), et plus précisément l'établissement du rapport statistique entre les enfants suivis par le médecin-dentiste lié par convention et ceux suivis en privé, est à ce jour quasi inexistant. Ceci empêche toutes statistiques dans ce domaine.

Un second problème est lié à la récolte même des attestations par les écoles. En effet, les contrôles étant coordonnés par les écoles, celles-ci récoltent également les attestations des enfants dispensés du contrôle, voire des soins. Il est évident que cette tâche, en marge du programme scolaire, ne soulève aucun enthousiasme de la part du corps enseignant. Il arrive parfois même qu'un enfant soit contrôlé par le médecin-dentiste du SDS, car son attestation s'est égarée sur le chemin de l'école. Ces situations peuvent engendrer des tensions entre le médecin-dentiste, le corps enseignant et les parents.

5.2.3 L'organisation de la médecine dentaire scolaire comme ressource interactive

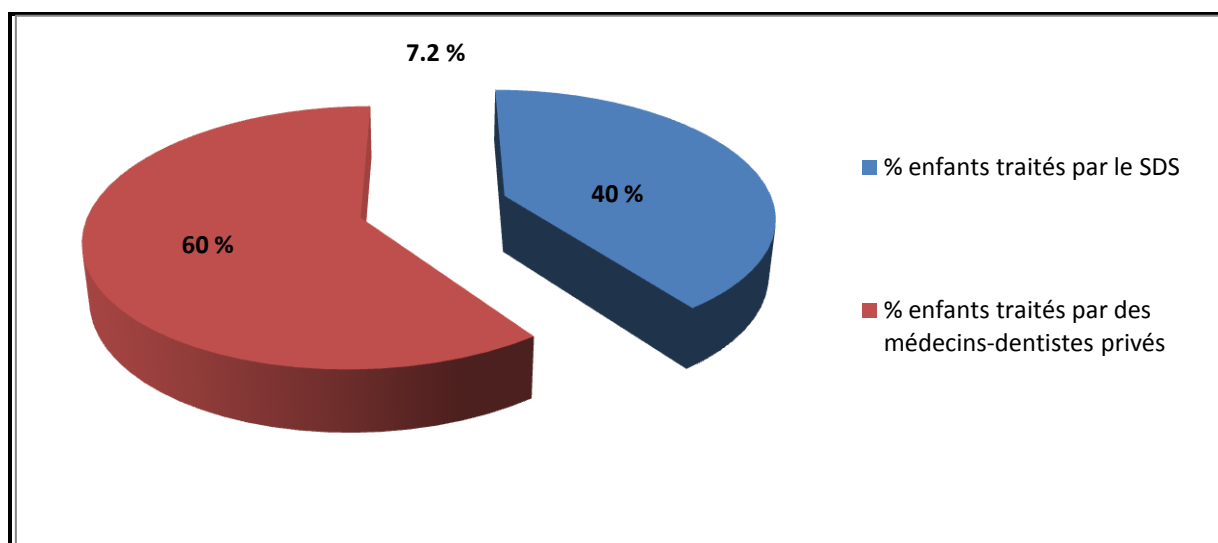
Selon l'article 3 de la loi de 1990, les communes doivent organiser les contrôles annuels et les soins dentaires. Pour remplir ces obligations, elles confient la tâche au SDS ou à des médecins-dentistes privés. Actuellement 131 communes sur 165 délèguent l'organisation au SDS. Les 34 communes restantes ont conclu des conventions avec des médecins-dentistes privés.

De ce fait, trois types de MDS existent dans le canton :

¹⁰ Annexe 6 : liste des écoles spécialisées desservies par le SDS.

- 1) La MDS assurée par le SDS ;
- 2) La MDS assurée par le médecin-dentiste privé, au choix des parents ;
- 3) La MDS assurée par un médecin-dentiste lié par convention avec la commune.

Sur la totalité des enfants provenant des 131 communes ayant adhéré au SDS et pouvant donc bénéficier des contrôles et des soins du SDS, 60% se rendent chez un médecin-dentiste privé. Faut 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 un dentiste privé.



Graphique 4 : répartition en % des enfants dont les communes ont adhéré au SDS

L'existence de ces trois systèmes n'est en soi nullement problématique. Malgré tout, certaines situations critiques doivent être relevées sur le plan pratique :

- 1) La commune ne dispose pas de convention dûment adoptée et approuvée par les instances communales et cantonales compétentes ;
- 2) Le dentiste lié par convention ne peut ou ne veut plus remplir ses obligations. La commune doit s'adresser alors au SDS, qui est tenu rapidement de faire face à une augmentation plus ou moins sensible du nombre de ses patients, ce qui peut entraîner d'importantes conséquences au niveau du personnel et des infrastructures ;
- 3) La commune ne souhaite plus confier le mandat de la MDS au SDS et passe une convention avec un médecin-dentiste privé, souvent nouvellement installé dans la commune. Ceci entraîne alors les conséquences inverses sur le plan du personnel et des infrastructures du SDS.

5.2.4 Le financement de la médecine dentaire scolaire comme ressource monétaire

La répartition des frais de la MDS entre l'Etat, les communes et les parents est extrêmement complexe. Au niveau de la prise en charge des frais liés au mandat et des flux financiers entre ces trois partenaires, la situation est imbriquée. Les communes remboursent au SDS les frais de contrôles et de soins concernant les enfants qui fréquentent les écoles dont elles ont la charge. Elles peuvent faire supporter ces frais aux parents. Il en va de même des frais liés à l'orthodontie¹¹.

Sur certains points, cette répartition ne se fait pas ou plus en adéquation avec la loi de 1990. En pédodontie, elle est même devenue difficilement acceptable pour l'Etat, qui prend aujourd'hui en charge la totalité du déficit lié à l'exercice de cette tâche. Le déficit provient du fait que les tarifs appliqués ne couvrent pas la totalité des coûts. Il existe donc un coût résiduel pris en charge par l'Etat.

5.2.4.1 Les règlements communaux relatifs au subventionnement des frais de traitements dentaires scolaires

Selon l'article 10 al. 2 de la loi de 1990, les communes doivent déterminer dans un règlement les conditions auxquelles les parents doivent souscrire pour obtenir une aide financière aux frais des contrôles annuels et des soins en découlant. Une lecture critique de ces règlements permet de constater une très grande disparité du mode de subventionnement, aussi bien de la pédodontie que de l'orthodontie.

D'autre part, les vérifications effectuées à ce jour démontrent que 33 communes ne disposent pas d'un règlement et que 13 connaissent une insécurité juridique, suite à un processus de fusion.

La situation n'est donc pas satisfaisante puisque 46 des 165 communes, soit un quart d'entre elles, ne répondent pas ou qu'imparfaitement au prescrit de la loi.

5.2.4.2 La répartition des tâches entre l'Etat et les communes

La répartition des tâches entre l'Etat et les communes est particulièrement complexe lorsque la commune a confié l'organisation de la prophylaxie, de la pédodontie et de l'orthodontie au SDS (131 communes aujourd'hui). Dans ce cas, la répartition des tâches est la suivante :

¹¹ Annexe 7 : tableau d'identification des processus menant à un flux financier, avec son commentaire.

Etat	Communes
1. Exploitation du SDS, y compris engagement du personnel pour prophylaxie, pédodontie et orthodontie	1. Organisation des contrôles et des soins (par les écoles)
2. Encaissement des factures privées (assurance-accidents, AI, exceptionnellement enfants hors scolarité obligatoire)	2. Transmission des factures aux parents, encaissement des frais pour contrôles et soins (pédodontie et orthodontie), gestion du contentieux
3. Mise à disposition des locaux pour orthodontie et pédodontie en cliniques mobiles	3. Mise à disposition des locaux pour pédodontie en cliniques fixes
4. Suivi des contrôles et des soins	4. Attribution de la subvention selon règlement communal

Cette répartition pose un problème, car elle n'est pas conforme à l'esprit de la loi de 1990. En effet, les tâches citées sous le point 3 devraient être entièrement financées par les communes. Or, l'expérience montre qu'il existe une réelle discrédance entre le système légal prévu et la pratique actuelle. Ainsi, l'Etat prend à sa charge les frais des locaux occupés par les cliniques orthodontiques (Clinique de Pérolles à Fribourg et Clinique au Collège du Sud à Bulle). Quant aux cliniques pédodontiques fixes, la Ville de Fribourg prendra en charge dès 2013 les locaux prévus pour une partie de ses écoles (Clinique de Pérolles). Il en ira de même de l'Association du CO de Bulle dès 2013 pour une nouvelle clinique dans la partie agrandie du CO. La Clinique des Buissonnets reste à charge de la Fondation des Buissonnets. Pour les quatre cliniques mobiles, aucune commune ne participe aux frais. Elles desservent pourtant l'ensemble des districts pour les contrôles et plus particulièrement les districts de la Broye, de la Sarine et de la Veveyse pour les contrôles et les soins. Les Communes de Bulle, Marly, Villars-sur-Glâne et Guin, ainsi que l'Association des communes de la Glâne mettent à disposition, depuis des années, les locaux nécessaires à l'exploitation des cliniques pédodontiques fixes.

Il faut relever que la situation juridique n'est pas ou plus claire. L'article 9 al. 1 de la loi de 1990 (dont l'art. 5 du règlement d'exécution est la disposition d'exécution) ne vise que les cliniques dentaires fixes installées par les communes qui décideraient d'organiser leur propre service dentaire, comme le dit clairement le Message. Qu'en est-il des cliniques entièrement exploitées par l'Etat, comme cela est le cas aujourd'hui ? On ne saurait soutenir, compte tenu de la faible base légale, que les communes ont l'obligation de créer des cliniques fixes exploitées ensuite par l'Etat.

Cependant, une application stricte de l'article 5 al. 1 du règlement d'exécution permettrait d'alléger les coûts de l'Etat, notamment dans le domaine de la pédodontie exercée en clinique mobile.

5.2.4.3 La valeur du point pour les prestations du Service dentaire scolaire

Au problème de la répartition des tâches et des frais non conforme à l'esprit de la loi de 1990, s'ajoute le problème du tarif dentaire de la SSO et celui de la valeur sociale du point pour les prestations du SDS.

Le tarif SSO contient plus de 500 prestations individuelles. Un certain nombre de points a été attribué à chacune d'elles. Le nombre de points reflète le temps de travail moyen nécessaire pour effectuer la prestation correspondante. Pour les patients privés, le nombre de points peut varier dans une certaine mesure. La valeur du point n'est pas limitée vers le bas. En revanche, elle est plafonnée vers le haut à 5.80 francs pour les membres de la SSO.

Pour les cas pris en charge par les assurances sociales et pour le SDS, le nombre de points tarifaires et la valeur du point sont fixes. Cette valeur du point pour les cas pris en charge par les assureurs est fixée, par convention entre la SSO et les assureurs, depuis le 1^{er} avril 1994, à 3.10 francs. Pour les prestations réalisées par le SDS, la valeur du point est fixée à 3.10 francs par une Ordonnance du Conseil d'Etat entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2010. Elle sera augmentée pour la pédodontie dès le 1^{er} janvier 2013 à 3.30 francs. La valeur du point de 3.10 francs correspond à celle d'un grand nombre de services dentaires scolaires et de cliniques sociales en Suisse¹².

Compte tenu du type de prestations offertes par le SDS (environ 120 prestations sur 500 prévues par le tarif SSO) et de la valeur du point fixée à 3.10 francs, on peut comprendre qu'un déficit chronique puisse s'installer au SDS. L'augmentation de la valeur du point à 3.30 francs pour la pédodontie (environ 160'000 francs de recettes supplémentaires) permettra d'éviter une aggravation du déficit.

A noter que les médecins-dentistes qui pratiquent la médecine dentaire scolaire ou les spécialistes en pédodontie ont une valeur du point variant entre 3.10 (3.30 francs dès le 1^{er} janvier 2013) et 3.70 francs.

5.2.4.4 Les frais liés aux différentes missions du Service dentaire scolaire

Le tableau ci-dessous indique la répartition des charges et le déficit, respectivement le bénéfice, des différentes missions du SDS. Alors que la prophylaxie et l'administration sont des tâches qui engendrent des coûts, qui, pratiquement, ne sont facturés ni aux parents, ni aux communes, la pédodontie et l'orthodontie procurent quant à elles des recettes. L'orthodontie est très rentable, même pour un service de l'Etat. Toutefois, pour les raisons indiquées précédemment, la pédodontie est déficitaire. Les prestations versées par les communes au SDS, qui correspondent à la facture adressée aux parents, ne permettent pas de couvrir les frais de la pédodontie. Les charges du SDS (moyens mis à disposition par l'Etat : outputs) augmentent année après année. La valeur du point social appliqué par le SDS restant fixée à 3.10 francs, les recettes stagnent. Ceci accroît le déficit annuel du SDS. Aux comptes de l'Etat 2011, le déficit global du SDS se monte à 859'000 francs. Au budget 2013, il passe la barre du million de francs.

¹² Annexe 8 : évolution de la valeur du point dans différentes cliniques dentaires scolaires en Suisse entre 2005 et 2010.

SDS	Déficit/Bénéfice
Prophylaxie	- 278'500.00
Pédodontie	- 895'000.00
Orthodontie	+ 450'000.00
Administration	- 135'500.00
Déficit total comptes 2011 supporté par l'Etat	- 859'000.00

Une telle situation soulève des interrogations, car elle relève d'un subventionnement indirect pour lequel aucune base légale n'existe et qui jusqu'à ce jour n'a pas été décidé sur le plan politique. Ce constat doit amener une réflexion sur de nouveaux modèles de financement, en particulier pour la pédodontie.

5.2.4.5 Les communes liées par convention à un médecin dentiste privé

Il est utile d'évoquer ici brièvement la situation des communes qui ont confié la MDS non pas au SDS, mais à un médecin-dentiste avec lequel elles ont passé une convention. Cette situation se présente dans 34 communes du canton.

Suite à différents échanges avec les autorités politiques et les dentistes concernés, il est possible de relever les faits suivants :

- 1) L'exercice de la MDS sous cette forme n'engendre aucun frais pour la commune, si ce n'est éventuellement le déplacement des élèves pour les contrôles, lorsque le médecin-dentiste n'est pas établi à proximité de l'école. Certaines communes laissent même le soin aux parents de se rendre avec leur(s) enfant(s) chez le dentiste pour les contrôles. Elles se limitent à organiser la possibilité de se rendre chez un dentiste scolaire et contrôlent l'exécution de l'obligation des contrôles et des soins ;
- 2) L'application du tarif social actuel fixé à 3.10 francs (3.30 francs dès le 1^{er} janvier 2013) pour la pratique de la MDS pose des difficultés aux médecin-dentistes privés. Certaines communes ont accepté dès lors une augmentation du tarif à 3.50 francs en modifiant la convention. Cette augmentation a permis de maintenir, dans certaines régions, l'exercice de la MDS par les médecins-dentistes privés. Ce nouveau tarif pourrait même créer un regain d'intérêt pour la pédodontie. Une telle évolution serait nécessaire dans le canton de Fribourg, qui pourrait bien à l'avenir connaître une situation de pénurie, surtout dans les régions périphériques ;
- 3) Certaines difficultés du SDS, notamment la récolte des attestations et le suivi des contrôles et des soins, sont également rencontrées par les communes liées par convention à un médecin-dentiste privé.

5.2.5 Les difficultés du SDS en qualité de service spécialisé en pédodontie

5.2.5.1 La sous-exploitation des cliniques fixes

Les cliniques pédodontiques fixes sont largement sous-exploitées. Outre le fait qu'elles fonctionnent quasiment toutes sur le rythme scolaire d'environ 180 jours par année, la plupart des cliniques fixes sont occupées à temps partiel¹³. Cette sous-occupation ne permet pas de couvrir la part des coûts fixes, qui, par leur nature, ne varient pas selon le volume d'activités, mais qui sont répartis sur un nombre sensiblement moins important de patients.

Nom de la clinique	Taux d'occupation durant les périodes scolaires, soit environ 180 jours/an
Clinique de Villars-sur-Glâne	40%
Clinique de Marly	40%
Clinique de Bulle CO	40%
Clinique de Guin	40%
Clinique de Pérolles	80%
Clinique mobile Broye	80%
Clinique de Romont	100%
Clinique de Bulle Vudalla	90%
Clinique mobile Sarine/Veveyse	100%
Clinique des Buissonnets	100%

5.2.5.2 Les cliniques mobiles

Le SDS possède quatre cliniques mobiles datant des années huitante : deux d'entre elles sont équipées pour dispenser des contrôles et des soins. Les deux autres, très obsolètes, servent, depuis la rentrée scolaire 2011/2012, exclusivement aux contrôles, les soins étant dispensés en clinique fixe. Ces quatre véhicules sont vétustes et devront être mis hors service sous peu, en étant ou non remplacés.

La mobilité entraîne des difficultés supplémentaires en terme de management des ressources. Le tarif facturé aux parents pour les prestations du SDS reste identique (3.10 francs/point), selon que les contrôles et les soins sont pratiqués en clinique fixe ou en clinique mobile. Les communes ne participent pas financièrement aux coûts des cliniques mobiles, ceci malgré les avantages en matière de déplacement des élèves que cette solution leur apporte. La pédodontie en clinique mobile, les soins encore plus que les contrôles, est davantage déficitaire que la pédodontie en clinique fixe, ceci pour les raisons suivantes :

- 1) Le chiffre d'affaires du médecin-dentiste consultant en clinique mobile est plus bas que celui qui œuvre dans une clinique fixe : des journées entières sont perdues en raison des déplacements. L'absence d'une classe ne peut pas être compensée le jour même, en raison de l'immobilisation de la clinique dans un village. Une période de froid peut obliger la

¹³ A noter que la clinique orthodontique située sur deux sites, soit Fribourg et Bulle, est occupée à raison de 60% à Bulle et 180% à Fribourg, et travaille à un rythme ordinaire d'environ 250 jours/an.

clinique mobile à interrompre son activité durant plusieurs jours. Même si le potentiel maximum de contrôles et de soins est donné en fonction du nombre d'enfants, l'activité d'une clinique fixe est mieux optimisée en comparaison d'une clinique mobile. Le planning peut être rapidement adapté en fonction des besoins et des absences. C'est le patient qui se rend sur place, et non le médecin qui se trouve immobilisé à un endroit précis durant plusieurs jours. Pour toutes ces raisons, l'objectif journalier de l'équipe soignante est de 1'000 francs par jour en clinique mobile et de 1'500 francs par jour en clinique fixe. A ce manque à gagner en clinique mobile s'ajoutent les frais de déplacement (temps) et les indemnités kilométriques des médecins-dentistes et des assistantes ;

- 2) Le prix du déplacement des cliniques mobiles d'un site à l'autre, qui représente environ 30'000 francs par an, vient s'ajouter à la « perte de temps », qui participe ainsi à la faible rentabilité économique du SDS. Il faut également tenir compte d'un degré d'usure des équipements plus élevé, car souvent mis à rude épreuve par les nombreux déplacements. S'y ajoutent les frais d'entretien des véhicules.
- 3) Les cliniques dentaires mobiles sont équipées de dispositifs à base de produits chimiques nommés « chémiclaves ». Ces appareils ne permettent qu'une désinfection et non pas une stérilisation des dispositifs médicaux. Cet appareillage n'est plus conforme aux dispositions en vigueur (cf. point 5.2.5.3.), contrairement à celui de type autoclave, dont sont équipées toutes les cliniques fixes. Or, ce dernier dispositif est trop volumineux (pour le modèle que l'on trouve dans les cliniques fixes) pour être installé dans les cliniques mobiles. Il faudra donc impérativement remédier à cette difficulté dans les cliniques mobiles, soit en trouvant des appareils plus petits, soit en externalisant la stérilisation des dispositifs médicaux (solution relativement coûteuse si elle est réalisée par une entreprise externe au SDS) ou soit en utilisant du matériel jetable.

5.2.5.3 Les normes d'hygiène et de stérilisation

Au fil des années, les normes d'hygiène et les normes de stérilisation relatives aux dispositifs médicaux sont devenues plus exigeantes. Swissmedic a publié, conformément à l'article 4 al. 3 de l'Ordonnance fédérale du 17 octobre 2001 sur les dispositifs médicaux (RS 812.213 ; ci-après : ODim), une liste des normes techniques pour les dispositifs médicaux intitulée « Bonnes Pratiques » (Swissmedic, 2010).

Le 24 mars 2010, le Conseil fédéral a modifié l'ODim en matière de retraitement des dispositifs médicaux pour les cabinets médicaux et les cabinets dentaires. Il a chargé les cantons de procéder au contrôle de la maintenance et du retraitement des dispositifs médicaux par les professionnels qui s'en servent à partir du 1^{er} juillet 2011 (art. 29 al. 2 ODim).

Au-delà de la question de savoir comment le canton de Fribourg procédera à ces contrôles (contrôles systématiques, par sondages, auto-contrôles), les installations utilisées par le SDS doivent être exemplaires en matière de stérilisation. Si certaines cliniques fixes répondront aux exigences posées (notamment les nouvelles cliniques de Bulle CO et de Marly actuellement en construction, respectivement en rénovation), d'autres devront être transformées. Il n'est pas certain que l'exiguïté des locaux permette ces travaux dans les six autres cliniques fixes. Quant aux cliniques mobiles, elles devront nécessairement avoir

recours à d'autres solutions, afin de remplir les normes minimales contenues dans les « Bonnes Pratiques ».

5.2.5.4 L'évolution technologique

Le SDS doit impérativement suivre l'évolution technologique. Mais cette démarche est coûteuse, notamment en ce qui concerne les unités¹⁴.

Il en est de même pour l'informatique. Le SDS passe du système des dossiers physiques à celui des dossiers numériques sécurisés et dotés d'une sauvegarde de données (backup). Tous les dossiers des patients, la comptabilité, y compris la facturation et les agendas électroniques des cliniques, y sont intégrés. Les cliniques mobiles ne peuvent accéder à l'informatique qu'en utilisant la technologie G3. Cette technologie est lente pour l'utilisation qu'en fait le SDS. De plus, la couverture du réseau n'est pas garantie dans l'ensemble des villages du canton. De ce fait, le personnel itinérant ne peut pas toujours accéder aux dossiers électroniques des patients ni à l'agenda, ce qui les oblige à imprimer de nombreux documents avant tout déplacement. Il ne peut pas non plus toujours accéder au serveur central de l'Etat. Tous ces éléments sont de nature à provoquer des inconvénients certains, notamment au niveau du rythme de travail lié à la qualité des infrastructures à disposition.

Enfin en radiologie, l'évolution vers une technologie numérique, dont les exigences de qualité et de contrôle deviennent de plus en plus sévères, est rapide. La plupart des cliniques dentaires du SDS en sont équipées. Les cliniques mobiles posent en revanche d'importants problèmes à l'utilisation de la radiologie numérique. Le but de l'opération consiste à numériser l'ensemble des radiographies, de façon à ce que le dossier de chaque enfant puisse être consulté immédiatement par toutes les cliniques. Or, tel n'est pas le cas aujourd'hui : les cliniques mobiles n'ont pas accès au serveur du SDS et conservent leurs images sur un disque dur externe. Ainsi, les images ne sont pas toutes stockées de manière centralisée.

5.2.5.5 Le manque de personnel qualifié en pédodontie

Le recrutement de pédodontistes dans le secteur public se heurte à des difficultés croissantes. Sur les 8 médecins-dentistes engagés au SDS sous contrat de durée indéterminée, 2 ont pris une retraite anticipée dès 2012 et 3 vont prendre leur retraite entre 2015 et 2016 (avec possibilité d'une retraite anticipée). Le recrutement de nouveaux médecins-dentistes sera très difficile. Le canton de Fribourg va connaître, durant ces prochaines années, une pénurie de praticiens pratiquant en cabinets privés : sur les 88 médecins-dentistes SSO recensés et qui pratiquent dans un cabinet privé, 30 sont âgés de plus de 60 ans. A ceux-ci s'ajoutent les médecins-dentistes pratiquant à titre indépendant, non-membres de la SSO, ainsi que les médecins-dentistes pratiquant à titre dépendant. Les conditions de rémunération de l'Etat suffiront-elles à rendre attractifs les postes de travail au SDS ?

Un palliatif à la pénurie de médecins-dentistes pourrait être l'engagement d'hygiénistes dentaires. Cependant, trop peu d'hygiénistes dentaires sont formés actuellement en Suisse. Là aussi, la rémunération étatique est-elle suffisamment intéressante ?

¹⁴ Fauteuils dentaires équipés d'instruments dont le prix à l'unité est de l'ordre de 50'000 francs.

A noter que le recrutement d'orthodontistes dans le secteur public est également problématique. Afin de remédier à cette difficulté, l'Etat accorde actuellement aux orthodontistes qu'il engage, en sus de leur salaire, une « indemnité liée au marché du travail » de 1'300 francs par mois au prorata du temps de travail. Le SDS fait appel à des praticiens étrangers, ce qui pose des difficultés lors de l'engagement et au niveau de l'intégration. Notamment les orthodontistes allemands sont imprégnés de la culture de ce pays, dans lequel les soins dentaires sont pris en charge par la sécurité sociale.

6 Conclusions

Les travaux scientifiques et l'avis des spécialistes sont unanimes pour affirmer qu'une détection précoce des caries, des contrôles et des soins réguliers, ainsi que l'éducation à la prévention offrent les meilleurs résultats pour améliorer et maintenir une bonne santé bucco-dentaire de tous les enfants en âge de scolarité obligatoire. Ces mesures correspondent dans les grandes lignes à celles développées dans le canton par la PP MDS. Elles sont un facteur prédominant dans la lutte contre cette maladie infectieuse et contagieuse qu'est la « carie ».

Certes, il est difficile de prouver, faute d'évaluations scientifiques réalisées sur l'ensemble du territoire fribourgeois, les effets positifs de la PP MDS actuelle sur les enfants, les bénéficiaires finaux et les bénéficiaires indirectes (cf. Graphique 1, p. 11). Il est cependant aisément possible d'estimer les dégâts chez les enfants et les jeunes adultes que causerait l'abandon pur et simple de la MDS. Dès lors, il est impératif de maintenir une MDS dans le canton de Fribourg.

Il restera cependant à définir les moyens les plus efficaces et efficients à mettre en œuvre. Ceux-ci feront l'objet d'une analyse détaillée par les acteurs politiques qui devront assurer leur financement.

En résumé et pour répondre à la première question : Faut-il une MDS dans le canton de Fribourg ?

La réponse est oui. Il est impératif de maintenir une MDS dans le canton de Fribourg. A défaut, une dégradation rapide de la santé bucco-dentaire et une augmentation de la carie seraient vraisemblablement constatées.

Reste à définir la forme et les moyens financiers que les acteurs politiques seront prêts à consacrer à cette MDS.

Sous l'angle des problèmes rencontrés dans l'exercice de la MDS, plus particulièrement dans le management actuel des ressources accordées à la PP MDS et dans l'organisation du SDS, la liste des problèmes est longue. Elle prouve que l'exercice de la MDS sous sa forme actuelle ne peut et ne doit plus être poursuivie. Des solutions sont à proposer à trois niveaux :

- 1) Les relations financières entre l'Etat et les communes doivent être clarifiées. Une divergence entre les dispositions légales et la réalité du terrain n'est pas acceptable. Certaines communes assument les frais des locaux, alors que d'autres s'en dispensent, ceci créant une inégalité de traitement importante. Il n'est de plus pas 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 auparavant les rapports financiers entre l'Etat et les communes sur le plan politique et de garantir la rentabilité des structures étatiques ;
- 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 pédodontie est pratiquée en clinique mobile, le fait que

les parents ne sont pas ou très peu impliqués dans l'éducation à une bonne hygiène bucco-dentaire de leurs enfants. Cela conduit chez certains parents, surtout si les frais dentaires sont pris en charge en partie ou totalement par les services sociaux, voire la commune de domicile, à un désintéret et à une déresponsabilisation que l'Etat ne peut pas soutenir ;

- 3) L'évolution des normes techniques et des exigences scientifiques, en matière d'hygiène, de stérilisation, de radiologie et d'informatique, va générer des coûts importants pour le SDS. L'Etat ne peut pas rester en retrait de ces évolutions, alors que les praticiens privés s'y rangent.

Les communes liées par convention prouvent qu'une MDS peut aujourd'hui fort bien être exercée, à moindre frais et sans grosses difficultés organisationnelles, par des praticiens indépendants. 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 peut se faire.

En résumé et pour répondre à la deuxième question : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice actuel de la MDS ?

La MDS exercée par le SDS rencontre davantage de difficultés que la MDS exercée par des médecin-dentiste mandatés au travers d'une convention par les communes. Ces dernières se heurtent, au même titre que le SDS, surtout à des difficultés organisationnelles (récolte des attestations, déplacement des élèves, suivi des contrôles et des soins).

L'Etat, ainsi que les communes ayant adhéré au SDS sont en plus confrontés à des problèmes d'ordre financier, liés notamment à la répartition des frais entre les communes et l'Etat, à la mobilité des contrôles et des soins, ainsi qu'à la valeur du point social fixé à 3.10 francs, respectivement à 3.30 francs dès le 1^{er} janvier 2013.

Il faut donc réfléchir et développer aujourd'hui les moyens à mettre en oeuvre pour poursuivre une PP MDS, en remédiant si possible à la plupart des problèmes que l'exercice de la MDS actuelle rencontre. Ainsi la MDS pourra continuer à répandre ses effets bénéfiques sur tous les enfants et les jeunes du canton de Fribourg.

Bibliographie

- Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Fribourg. (1971). *Message accompagnant le projet de loi sur le service dentaire scolaire, novembre 1971* (p. 1341-1347, 1425-1436, 1438-1443).
- Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Fribourg. (1990). *Message no 202 accompagnant le projet de loi sur la prophylaxie et les soins dentaires scolaires, septembre 1990* (p. 1922-1935, 2048-2067 et 2276-2281).
- Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Fribourg. (1994). *Rapport no 193 de législature sur le programme gouvernemental 1992-1996 et le plan financier et message relatif au cinquième programme de redressement des finances de l'Etat, septembre 1994, 2ème partie* (p. 2394 et 2403-2404).
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. (2012). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne, Inégalité des chances en santé*.
- Dratva, J., Zemp, E. & Weiss, C. (2008). *L'entrée dans la vie et l'enfance*, In : Meyer K. (éd.) : *la santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*, Chêne-Bourg : Médecine et Hygiène.
- Erdogan G. (2008). *Enquête sur la santé dentaire des jeunes fribourgeois de 5 à 18 ans, 2004-2006*.
- Institut du Fédéralisme. (2012). *Prophylaxie et soins dentaires scolaires, Etude comparative de droit cantonal*.
- Knoepfel, P., Larrue, C. & Varone, F. (2006). *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Zurich : Rüegger.
- OMS. (2012). *Health behaviour in school-aged children (HBSC) Study, International Report from the 2009/2010 Survey*.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf.
- Revue Zahnmedizin aktuell. (11/2008, vol. 118). *Monitoring sur les soins dentaires scolaires* (p. 1093-1096).
- Swissmedic. (2010). *Bonnes Pratiques de retraitement des dispositifs médicaux pour les cabinets médicaux et les cabinets dentaires ainsi que d'autres utilisateurs de petits stérilisateur à vapeur d'eau saturée*.
<http://www.swissmedic.ch/org/00064/00066/index.html?lang=fr>.
- Universität Basel, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie. (2010). *Zahnärztliche Schüleruntersuchung 2011 im Kanton Basel-Landschaft, Schlussbericht vom 27. März 2012*.

Engagement de l'auteur

Je déclare par la présente avoir réalisé ce travail de manière autonome et n'avoir pas utilisé d'autres moyens que ceux indiqués dans le texte. Les passages inspirés ou cités d'autres auteur-e-s sont dûment mentionnés comme tels. Ce travail reflète mes opinions et n'engage pas les membres du jury qui m'ont accompagnée dans cette réflexion.

Fribourg, le 22 octobre 2012

Claude Bertelletto Küng

Au sujet de l'auteur

Madame Claude Bertelletto Küng est née à Genève le 15 juin 1966. Elle est mariée et maman de quatre enfants âgés de 11, 13, 15 et 17 ans. Elle habite à Morat, Rue de l'Eglise française 12. Madame Bertelletto Küng est licenciée en droit de l'Université de Berne et avocate. Son premier emploi au Service de la législation du canton de Fribourg lui a permis de se familiariser avec les rigueurs de la technique législative. Elle a ensuite travaillé pendant plusieurs années dans sa propre Etude d'avocats à Chiètres (FR) et exercé parallèlement le mandat de conseillère communale et de députée au Grand Conseil fribourgeois. Sa carrière politique terminée, elle est nommée conseillère juridique au Service des communes du canton de Fribourg. En 2003, elle est engagée au Service juridique de l'Université de Berne et y obtient en 2005 la direction du Centre de l'enseignement, sous la houlette du Prof. Dr Gunter Stephan, Vice-recteur en charge de l'enseignement. Durant cette période, Madame Bertelletto Küng a parfait sa formation en management et dans le domaine de la communication. Depuis le 1^{er} janvier 2011, elle occupe le poste de Cheffe du Service dentaire scolaire du canton de Fribourg.

Annexes