

UNIVERSITÉ TOULOUSE III : PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 3033

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

PAR

Bilal YASSINE

LE 14 MARS 2017

La compétence du Chirurgien-Dentiste en France : État des lieux et perspectives

Directeur de thèse : Docteur Antoine GALIBOURG

Co-Directeur de thèse : Docteur Mathieu MARTY

JURY

Président : Professeur Franck DIEMER
1^{er} Assesseur : Docteur Vincent BLASCO-BAQUÉ
2^e Assesseur : Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN
3^e Assesseur : Docteur Mathieu MARTY
4^e Assesseur : Docteur Antoine GALIBOURG



Faculté de Chirurgie Dentaire

→ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

→ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

→ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

→ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section : Mme BAILLEUL-FORESTIER

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA

Assistants : Mme DARIES, Mr MARTY,

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section : Mr BARON

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Assistants : Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Assistant Associé : Mr BOYADZHIEV

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Mr HAMEL

Professeurs d'Université : Mme NABET, Mr SIXOU

Maîtres de Conférences : Mr HAMEL, Mr VERGNES

Assistant: Mlle BARON,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mr PARAYRE, Mr. ROSENSWEIG

57.01 PARODONTOLOGIE***Chef de la sous-section : Mr BARTHET***

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE, Mme KADDECH, Mme VINEL

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION***Chef de la sous-section : Mr COURTOIS***

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme CROS, Mme COSTA-MENDES

Assistant Associé : Mr DAUZAT

Adjoints d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE***Chef de la sous-section : Mr POULET***

Professeur d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE,

Assistant Associé : Mme FURIGA-CHUSSEAU

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT, Mr PUISSOCHET, Mr FRANC

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE***Chef de la sous-section : Mr DIEMER***

Professeur d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme. RAPP, Mr.MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr DUCASSE

Adjoints d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET, Mr.FISSE

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)***Chef de la sous-section : Mr CHAMPION***

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA, Mr. LEMAGNER

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA,

Mme.LACOSTE-FERRE, Mr.POGEANT, Mr.RAYNALDY, Mr.GINESTE, Mr.CHAMPION,
Mr.LE GAC, Mr. GAYRARD , Mr COMBADAZOU, Mr HENNEQUIN**58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE*****Chef de la sous-section : Mme JONJOT***

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR

Assistants : Mr. CANCEILL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI

Adjoints d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr VERGÉ, Mme BOUSQUET,
Mr MONSARRAT

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).*

Mise à jour au 03 FEVRIER 2017

À mes parents, pour m'avoir soutenu, conseillé et encouragé toutes ces années, au quotidien, dans les loisirs comme le travail, et avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui,

À Mathilde, ma lumière dans l'obscurité, mon ancre dans le réel, pour son énergie, son soutien de tous les instants, sa franchise indéfectible et sa patience inépuisable ou presque,

À mes sœurs Leïla et Marie et à mon frère Alexis, pour notre union malgré les différences,

À ma famille, dans son ensemble et ses individualités pour m'avoir évité de grandir dans un cadre fermé, monolithique et ennuyeux, et particulièrement

À Wacim, mon cousin et partner in crime (codename : Bobby),

À Hélène, ma cousine et compagnon de route de P1 avec qui la "solitude du coureur de fond" s'est faite moins pesante durant cette première année,

À Roberto Mauricio alias Roger ou Damien, The Dark, binôme emplâtreur empathiste, roi de l'embuscade, du reportage photo et des flash info et docteur ès sobriquets, pour ces années de clinique mémorables durant lesquelles j'ai pu compter sur lui tant dans la difficulté que dans les rires, mais aussi forcément pour ces folles embardées en cougar, ces ronds-points driftés en M(azda)3 et ces sorties murettes nez-fastes/nez-furious,

À la promo Dentafraise dans son ensemble pour cette ambiance agréable au cours de ces études,

À Pascaline et à tous les babos du jonglage et du cirque où qu'ils soient, pour avoir "ouvert mes chakras" et m'avoir permis de vivre de si beaux moments,

Au monde du Heavy Metal, pour la joie, la sérénité et l'épanouissement qu'il m'apporte au quotidien,

A tous ces patients qui nous font confiance et se laissent soigner par les mains encore inexpérimentées des étudiants, et aux praticiens qui nous confient leur cabinet

A toute l'équipe enseignante et tout le personnel de la fac et des centres de soins, pour leur implication, leur dévouement au quotidien et leur patience,

Merci.

**A notre président de thèse,
Monsieur le Professeur Franck DIEMER,**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Responsable de la sous-section d'Odontologie Conservatrice, Endodontie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- D.E.A. de Pédagogie (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- Vice- Président de la Société Française d'Endodontie
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse. Présenter ce travail avec un professeur reconnu pour ses qualités pédagogiques et sa rigueur scientifique est une source de fierté. Soyez assuré de notre reconnaissance pour ce temps que vous nous consacrez, ainsi que de notre profond respect.

À nos co-directeurs et jury de thèse,

Monsieur le Docteur Antoine GALIBOURG,

-Ancien- assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,

-Docteur en Chirurgie Dentaire,

-Master 1 : Biosanté,

-Ingénieur de l'Institut Catholique des Arts et Métiers,

-Diplôme d'Université d'Imagerie 3D

- Diplôme d'Université d'Implantologie

Ainsi que

Monsieur le Docteur Mathieu MARTY,

-Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,

-Docteur en Chirurgie Dentaire,

-CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,

-CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies cranio-faciales

Vos conseils, votre disponibilité et votre patience ont été d'une valeur inestimable tout au long de ce travail, mais également au cours de la pratique clinique. Pour ceci et pour votre soutien précieux et apprécié lors des vacations de prothèse et de pédodontie à Ranguéil, soyez assurés de notre sincère gratitude et de la très grande estime que nous vous portons.

**A notre jury de thèse,
Madame le Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN,**

-Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,

-Docteur en Chirurgie Dentaire,

-Ancienne Interne des Hôpitaux,

-Docteur de l'Université Paul Sabatier,

-Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Le dévouement que vous portez à votre double mission de soin et de pédagogie, ainsi que l'empathie avec laquelle vous vous en acquittez ne sont plus à démontrer. Vous compter parmi les membres de notre jury est donc d'une valeur inestimable : nous vous adressons ici nos plus sincères remerciements.

**A notre jury de thèse,
Monsieur le Docteur Vincent BLASCO-BAQUÉ,**

- Maître de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise Sciences, Technologies, Santé, mention : Biologie, Santé
- Master 2 de Recherche en « Physiopathologie des approches expérimentales aux nouvelles Thérapeutiques »
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- Diplôme Inter-Universitaire d'Endodontie de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse

Vous avez accepté de participer au jury de cette thèse, qui se présentait alors sous des auspices tumultueux, et nous avez ainsi rendu un grand service dans un moment critique. Nous n'oublions pas non plus votre sens de la pédagogie et notamment vos exercices de prise de notes et de synthèse originaux. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

Table des matières

Introduction	14
I / Axe théorique, légal et administratif	14
1. Chirurgien-Dentiste, compétence, capacité et efficacité.....	15
a) La compétence.....	15
b) La capacité.....	15
c) Deux ensembles intimes mais distincts.....	15
d) L'efficacité.....	16
e) Le Chirurgien-Dentiste.....	16
f) La Chirurgie-Dentaire : un secteur pluri-disciplinaire.....	17
Le dentiste : inscrit dans une chaîne de soins.....	17
Le dentiste : inscrit dans une équipe.....	17
Le dentiste : professionnel aux multiples casquettes et compétences...17	
g) Le champ de compétence du Chirurgien-Dentiste et sa dynamique.....	18
h) La formation initiale du Chirurgien-Dentiste en France.....	18
2. La compétence du praticien à l'ère de l'Evidence-Based Dentistry (EBD).....	20
a) EBD, entre idéal et standard.....	20
Origines.....	20
Expansion fulgurante et enracinement.....	22
Obstacles, limites et remises en question(.....	22
b) Compétence et Science : deux pôles pour une dialectique.....	24
c) Le patient, toujours « le pôle mal-aimé » de l'EBD.....	26

d) Les textes officiels Français et l'EBP.....	27
3. Le niveau de compétence et le développement des compétences.....	28
a) La compétence mouvante : où se trouve le « sommet de son art » ?.....	28
b) Dynamiques de la compétence : théories et représentations.....	28
Le développement des compétences et l'apprentissage.....	28
Les « Sables (mouvants) du Temps».....	31
Repères et évaluation.....	32
c) Cadre officiel : une histoire en cours d'écriture.....	33
Une obligation éthique et déontologique.....	33
Une obligation légale.....	33
d) Le Développement Professionnel Continu (DPC).....	38
Principes.....	38
Interface moderne.....	39
Spécificité dentaire ?.....	40
Spécificité de l'évaluation des compétences en odontologie ?.....	42
II / Axe pratique.....	45
1. La formation initiale : le nécessaire socle commun ? Un socle suffisant ?....	45
a) Un cadre légal, des facultés, des moyens.....	45
b)...Des enseignants et des étudiants : pédagogie et vie étudiante.....	47
c) Le public et le privé, deux mondes, deux idéaux en lutte ?.....	49
Neutralité ou indépendance du scientifique.....	49
L'indépendance de la recherche et de la formation.....	50

d) Sortie de la Faculté et vie professionnelle : la réalité du début d'exercice	52
Le précipice à franchir : du centre de soins au cabinet libéral.....	52
Adoucir la chute : le stage actif.....	53
d) Mobilités internationales : La compétence et la santé publique.....	56
Vers l'uniformisation ?.....	56
Égalité des chances et marché de l'enseignement supérieur.....	59
Inquiétudes légitimes et esprit corporatiste.....	64
2. La place de la compétence dans la vie professionnelle du praticien.....	66
a) Motivations en faveur du développement des compétences.....	66
b) Freins dans la dynamique du développement des compétences.....	66
c) La spécialisation en odontologie : flous artistiques et libertés du praticien	67
3. Les moyens facilitant le développement de la compétence en odontologie..	69
a) Formations complémentaires :.....	69
Universitaires.....	69
Privées.....	70
b) Communautés de pratique	71
c) Au quotidien.....	72
L'analyse des pratiques.....	72
Le papier : valeur sûre, valeur d'avenir ?.....	73
L'ère du « tout connecté » et ses outils.....	74
La place des réseaux sociaux.....	74
Les partenaires et l'équipe du cabinet	75

d) L'étranger : autres écoles, autres conditions, autres philosophies.....	75
Échanges universitaires.....	75
L'humanitaire.....	77
III / Perspectives : Remises en question de toutes parts, évolutions.....	78
1. Du loup solitaire au travailleur d'équipe.....	78
2. Mobilité et low-cost : société de l'impermanence et structures lourdes.....	79
Conclusion.....	80
Bibliographie.....	83

Introduction

Le métier de chirurgien-dentiste est en évolution permanente, sous bien des rapports.

Les conditions d'exercice de cette profession, toujours en mouvement, au contraire du praticien lui-même, qui selon le modèle classique reste immobile et reçoit les patients au sein de son cabinet, requièrent un large éventail de compétences.

Bien qu'*a priori* définies, encadrées et évaluées successivement par les appareils législateur, formateur et régulateur, ces compétences ne sont pas, que ce soit en ce qui concerne leur nombre ou en ce qui concerne le degré de leur maîtrise, déterminées par la formation initiale, et sont elles aussi changeantes.

Le présent travail a pour objet l'analyse des compétences des chirurgiens-dentistes et de la dynamique de leur évolution, dans la France de 2016. Ceci afin d'en faire un état des lieux et de dégager les perspectives qui se profilent pour l'avenir de la profession.

Après avoir revu les définitions des concepts et acteurs en jeu, nous nous arrêterons sur l'aspect légal et administratif de la compétence du chirurgien-dentiste et de sa dynamique. Nous prendrons un peu de distance par rapport à l'approche technocratique pour nous recentrer sur un questionnement pratique et sur la façon dont la problématique est vécue et peut être gérée par le praticien au quotidien. Nous terminerons sur les perspectives qui semblent se dessiner pour l'exercice de l'odontologie en réponse ou en lien avec le sujet de la compétence, depuis toujours source de remise en question voire de détresse, mais aussi de motivation et de passion, pour les praticiens.

I / Axe théorique, légal et administratif

1. Chirurgien-Dentiste, compétence, capacité et efficacité

Au vu de la proximité sémantique et des nombreux usages qui sont faits des termes clés que nous utiliserons tout au long de ce travail, une clarification s'impose.

a) La compétence

Terme vague et fourre-tout, le mot « compétence » peut se rapporter à des concepts variés et ne possède pas de définition unique rigoureuse d'un point de vue scientifique (1). Ainsi il aura par exemple un sens différent selon que celui qui l'utilise est gestionnaire aux ressources humaines, ergonomiste ou psychologue de l'orientation. Jacotot (2) la résume en un « savoir mobilisé, un savoir combiné, un savoir transféré et un savoir éprouvé ». Par souci de clarté nous considérerons qu'il s'agit certes d'un savoir-faire, fruit à la fois de la formation initiale, de la formation continue et de l'expérience personnelle(3), mais surtout d'un « savoir-faire en situation ».

b) La capacité

La capacité est couramment utilisée comme synonyme de la compétence (4) mais du point de vue légal il s'agit pour le professionnel du « pouvoir-faire », identique pour tous, à qualifications égales.(5) Elle relève donc d'avantage de la définition de la profession en général et de son champ d'action que de l'évaluation ou de l'expérience du praticien en particulier.

c) Deux ensembles intimes mais distincts

On le devinera aisément, la capacité et la compétence sont proches dans ce qu'elles signifient pour le praticien qui s'interroge sur les limites de son exercice. La première définit les limites de ce que le praticien est autorisé par la loi à faire, la seconde celles de ce qu'il peut s'autoriser lui-même à faire, en toute bonne conscience de son expérience et de son parcours. Le franchissement de l'une ou l'autre de ces limites peut conduire le praticien au tribunal (6)

d) L'efficacité

L'efficacité, autre notion importante, correspond au rapport entre résultat attendu et résultat obtenu. Souvent confondue avec efficience dans l'usage courant (7) elle en est cependant à distinguer, dans le sens où cette dernière ajoute la notion de quantité de ressources ou d'efforts fournis pour atteindre le résultat escompté. Une action efficace peut ainsi être faiblement efficiente (8). L'efficacité du Chirurgien-Dentiste peut être évaluée en ce qui concerne le soin prodigué, mais aussi dans ses qualités de gestionnaire du cabinet, ou en tant que manager d'équipe de soins... Les compétences, autrement dit les savoir-faires, conditionneront en partie l'efficacité du praticien, mais ne constituent pas les seules variables à prendre en compte. En effet selon Bandura on ne peut parler d'efficacité sans prendre en compte le « sentiment d'efficacité personnelle »(9). Celui-ci influence non seulement les choix faits par le sujet en situation professionnelle, mais aussi ses réactions émotionnelles face aux obstacles ainsi que sa capacité à persévérer ou à chercher de nouvelles solutions pour les surmonter(10).

e) Le Chirurgien-Dentiste

Selon le code de la santé publique : « les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire »(11). Celui-ci est défini comme tel : « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à [l'article L. 4127-1](#). »(12)

En France sont ainsi reconnues comme pouvant exercer l'Art Dentaire les personnes titulaires du diplôme français d'État de Docteur en Chirurgie-Dentaire ou de Chirurgien-Dentiste, les ressortissants étrangers pourvus d'un titre équivalent, sous certaines conditions, ainsi que les étudiants en chirurgie dentaire ayant validé leur 5^e année(13)

En tant que professionnel libéral, le chirurgien-dentiste jouit encore à l'heure actuelle d'une certaine latitude dans l'organisation de son exercice : horaires, secteur d'implantation, agencement des locaux, matériel et produits utilisés, emploi de personnel... Néanmoins, en tant que représentant d'une profession réglementée, il est aussi soumis à un cadre légal de plus en plus strict : normes d'asepsie, tri et traçabilité des déchets d'activités de soin, traçabilité des matériaux employés, adhésion à un organisme de gestion agréé, obligation de formation professionnelle continue... Ce cadre se rigidifiant et se complexifiant au fil du temps est à double-tranchant pour les professionnels qui vivent cette transition progressive : d'un côté ces évolutions témoignent de la médicalisation et

de la rigueur scientifique grandissantes du métier, à la fois source de sécurité sanitaire et de confiance des patients, mais aussi de fierté des praticiens. D'un autre côté la pression administrative fait peser le poids de responsabilités grandissantes et inquiète vis-à-vis de l'espace de liberté dans l'exercice du métier, (14) (15) qui semble s'amenuiser. Il est en outre tenu de respecter l'autorité et les recommandations de divers organismes : Conseil de l'Ordre, Agence Régionale de Santé, Haute Autorité de Santé, Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire notamment.

f) La Chirurgie-Dentaire : un secteur pluri-disciplinaire

- Le dentiste : inscrit dans une chaîne de soins

Travaillant la plupart du temps (85,8%) en libéral en cabinet(16) plutôt que dans une structure de soins, le chirurgien-dentiste n'est pour autant pas dispensé d'entretenir des contacts avec les professionnels de santé d'autres disciplines de son secteur géographique. Ceci se révèle de plus en plus vrai à mesure que sont mis au jour les liens complexes et multiples entre la cavité buccale et l'ensemble de l'organisme dans le maintien de l'homéostasie de celui-ci(17).

- Le dentiste : inscrit dans une équipe

Assistant(e) Dentaire Qualifié(e), Secrétaire Médicale, Prothésiste, Agents d'entretien, partenaires commerciaux, comptable, confrères collaborateurs ou associés... Le Chirurgien-dentiste est amené à collaborer avec d'autres professionnels pour mener à bien sa mission de soignant.(18) Ceci s'avère de plus en plus vrai à mesure que l'exercice libéral « à praticien unique » semble peu à peu remplacé par l'exercice en cabinet de groupe(19).

- Le dentiste : professionnel aux multiples casquettes et compétences

Outre ses compétences de clinicien, le chirurgien-dentiste doit faire appel à un éventail de compétences variées (particulièrement s'il exerce seul) : gestion des stocks, gestion du budget, relations avec les organismes payeurs et régulateurs, gestion de l'agenda et du temps de travail, relationnel, écoute et pédagogie avec les patients et leur famille, entretien et stérilisation du matériel, connaissance des normes... (14) (20) (21)

g) Le champ de compétence du Chirurgien-Dentiste et sa dynamique

Le code de la santé publique, dans les articles précédemment cités, détermine la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus attenants comme les limites anatomiques officiellement imposées au chirurgien-dentiste. Il définit son exercice comme consistant en la prévention, le diagnostic et le traitement, et lui permet en outre de prescrire tous actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de son art. On relève ici deux imprécisions : une imprécision quant aux limites anatomiques et une imprécision quant aux actes pouvant être pratiqués dans ces limites anatomiques. Ces imprécisions sont régulièrement le lit de conflits entre représentants de spécialités se partageant un territoire restreint (les « maxillaires et tissus attenants »). En contrepartie elles représentent aussi une marge de manœuvre pour le législateur à mesure qu'il est amené à faire évoluer le cadre légal de la profession de chirurgien-dentiste pour suivre l'air du temps. (3)

h) La formation initiale du Chirurgien-Dentiste en France(22)

En France, elle est confiée aux Unités de Formation et de Recherche (UFR) Universitaires exclusivement. A l'heure actuelle il n'existe pas en France de structure privée délivrant un diplôme de Chirurgien-Dentiste reconnu par le gouvernement Français. Bien qu'une structure privée délivrant un enseignement en sciences odontologiques ait ouvert ses portes à Toulon en novembre 2012 puis à Béziers, elle fait depuis son inauguration même l'objet de vives polémiques et de plusieurs actions en justice. Le devenir de cette structure et celui de ses étudiants, dont des témoignages amers sont recueillis et diffusés, restent ainsi des plus incertains.(23) Le cas de cette structure sera abordé plus loin.

Répartie en trois cycles, la formation initiale en odontologie est organisée selon des modalités fixées par arrêté, le dernier en date étant celui du 8 Avril 2013. Venu remplacer celui du 27 Septembre 1994, il inscrit notamment le cursus en chirurgie-Dentaire dans le cadre des crédits universitaires européens. Cette inclusion et les possibilités d'échanges et de passerelles qu'elle optimisait était jusque là rendue compliquée par l'organisation des études médicales françaises, non réparties en cycles Licence-Master-Doctorat retrouvés dans les autres filières universitaires.

Le premier cycle est composé de 6 semestres (180 crédits européens) dont les deux premiers correspondent à la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé), et est sanctionné par le Diplôme de formation générale en sciences odontologiques.

Le deuxième cycle, comprenant 4 semestres (120 crédits européens), est validé par l'obtention du Diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques, ainsi que par l'obtention du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). Celui-ci est une synthèse des connaissances et

compétences cliniques acquises au cours de la formation.

Le troisième cycle enfin, peut être soit court, avec 2 semestres supplémentaires, soit long, avec 6 à 8 semestres supplémentaires, pour les étudiants reçus au concours (non obligatoire) de l'internat en odontologie.

La formation dans son ensemble comprend selon l'arrêté en vigueur « des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques, ainsi que l'accomplissement de stages ». Les stages sont évalués et sanctionnés via un carnet de stage, et concernent obligatoirement non seulement les services d'odontologie, mais aussi les services hospitaliers hors des structures d'odontologie ainsi qu'un «stage actif d'initiation à la vie professionnelle auprès d'un chirurgien-dentiste, maître de stage agréé », de 250h.

Le programme et l'organisation précise des enseignements dépend de chaque Unité de Formation et de Recherche (UFR) odontologique. Il doit cependant être approuvé par le président de l'université dont elle dépend, et correspondre aux objectifs de formation, aux orientations de santé publique ainsi qu'aux contenus listés dans les annexes de l'arrêté. Des commissions consultatives peuvent aider à l'établissement et à l'actualisation de cette liste (actuellement la Commission Nationale des Etudes de Maïeutique, Médecine, Odontologie et Pharmacie(24)). Outre les contenus à caractère clinique brassant les diverses sub-spécialités de l'odontologie, on note la présence de contenus « périphériques », tels la communication, la psychologie, le droit, la gestion et autres, cités en France comme à l'étranger, comme domaines dans lesquels le nouveau diplômé se sent souvent insuffisamment préparé(25) (14) (24).

Le choix est laissé libre aux universités d'évaluer et de valider l'acquisition des connaissances et compétences soit par contrôle continu, méthode explicitement recommandée par le législateur, soit par un examen terminal, soit par une combinaison des deux méthodes.

L'ensemble du cursus est clôturé et validé après la soutenance d'une thèse, qui doit avoir lieu avant la fin de l'année civile qui aura vu la validation du troisième cycle.

En France les universités susceptibles de délivrer ces diplômes sont énoncées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, et sont soumises au dispositif de l'évaluation périodique des établissements.

2. La compétence du praticien à l'ère de l'Evidence-Based Dentistry (EBD)

a) EBD, entre idéal et standard

Le concept d'Evidence-Based Dentistry désigne une philosophie de l'odontologie qui prend de plus en plus d'importance à la fois dans la mentalité des praticiens à travers le monde et dans les textes qui encadrent leur exercice.

- Origines

Bien que le volume de publications et d'études scientifiques médicales double à un rythme toujours plus effréné(27), et que cette masse de connaissance soit depuis la fin du XXe siècle largement consultable de manière dématérialisée, la pratique médicale elle-même n'a pas évolué spontanément en accord avec cette explosion du volume d'information disponible quasi-instantanément(28). C'est dans ce nouvel « Océan Primordial », bouillonnant d'informations bien présentes mais non exploitées ou référencées efficacement qu'est ainsi apparue l'Evidence-Based Medicine, tel le code génétique d'une nouvelle pratique de soin, mais aussi d'enseignement.

L'EBM, décrite en 1991 pour la première fois dans la littérature médicale (29), se référait initialement à une pratique médicale basée sur « la faculté d'évaluer la validité et l'importance d'une preuve avant de l'appliquer à des problèmes cliniques quotidiens ». Elle a rapidement séduit non seulement en tant que nouveau paradigme de la pratique clinique, mais aussi en tant que paradigme pédagogique. De fait, elle s'oppose à la pratique médicale basée uniquement sur l'application de théories scientifiques universitaires, l'argument d'autorité et l'empirisme(28) (29). Elle veut aussi modifier la transmission des savoirs et de l'expérience, jusque là s'opérant principalement selon un modèle linéaire, d'un maître à ses apprentis. Ce dernier modèle étant le terreau d'écoles de pensées et de pratiques contradictoires et n'étant pas basé sur la preuve scientifique, il est par essence plus favorable aux querelles d'ego et d'influences qu'aux débats d'idées et aux saines remises en question à but scientifique. Cette conception s'intègre dans la pratique de professionnels d'horizons toujours plus variés mais gardant le soin ou l'aide à la personne comme dénominateur commun. Il a donc été convenu d'adopter les termes d'Evidence-Based Practice (EBP) ou Health Care (EBHC), car plus généraux donc plus fédérateurs. Ainsi non seulement médecins mais aussi chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes ou encore travailleurs sociaux participent à l'évolution de la communauté de l'EBP.(30) (28) Littéralement « dentisterie basée sur la preuve », l'EBD est donc la section odontologique de l'EBP.

L'odontologie, en tant que discipline éminemment technique et très impactée par les progrès technologiques en accélération ces dernières décennies, est particulièrement appropriée comme champ d'action de l'EBP. Celle-ci tend donc à s'imposer comme nouveau terreau de la dentisterie, afin de proposer aux praticiens un arsenal technologique, technique et conceptuel aussi efficace et à jour que possible.

En outre, l'EBP, loin de ne s'intéresser qu'au professionnel et de ne viser qu'à améliorer les conditions dans lesquelles il effectue ses choix thérapeutiques ou gère son activité, met un point d'honneur à donner toute la place qu'il mérite au patient. Il est d'ailleurs clairement énoncé qu'elle ne vise en aucun cas à fournir des outils de maîtrise des dépenses de soins(30). Le patient, désormais tout à fait capable de rechercher lui-même des informations sur sa santé et les thérapeutiques actuelles, et par ailleurs toujours plus promu comme « client roi » par la société de consommation, accepte de moins en moins de rester passif dans le choix thérapeutique. L'EBP prend acte de cet état de fait et en profite pour donner au patient le pouvoir qu'il désire retrouver sur les soins qui lui sont prodigués.

Le schéma conceptuel qui régit la prise de décision en EBP possède donc trois pôles :

- les données actuelles de la science, la preuve scientifique à travers la littérature spécialisée et son évaluation critique
- le patient, son cas clinique mais aussi le contexte social, culturel, budgétaire dans lequel il se trouve et surtout sa demande lorsqu'il consulte
- l'expertise personnelle du clinicien ou travailleur social, qui doit faire le lien entre la technique, les connaissances disponibles et le patient ainsi que son contexte

Ici le professionnel a désormais un rôle de conseiller voire de guide, puisque c'est lui qui dispose de l'éducation spécialisée dans son domaine et des outils nécessaires à l'interprétation et à l'évaluation de l'information. Dans ce système c'est donc au soigné que revient *in fine* la prise de décision dans le choix thérapeutique, prise de décision éclairée grâce aux lumières du professionnel.(30)

Les cinq étapes de la démarche décisionnelle en EBP :

1. Circonscrire une question précise suite à la confrontation avec un problème clinique.
2. Chercher la meilleure information, la meilleure « preuve » pour y répondre.
3. Étudier et évaluer de façon critique la validité, la pertinence, l'actualité de ces données et leur niveau de preuve.
4. Appliquer les informations obtenues de la meilleure façon possible au problème clinique.

5. Enfin évaluer *a posteriori* la performance de la procédure, de la technique, du matériau par exemple choisis lors de la démarche.

Des prérequis à une bonne pratique de l'EBP ont cependant été identifiés par les délégués de la seconde conférence internationale des développeurs et enseignants de l'Evidence-Based Health Care en 2003. Ces items reprennent certains de ceux listés par Hurd en 1998, concernant les capacités et schémas de pensée à acquérir par les étudiants pour leur garantir une bonne gestion de la littérature scientifique, et pour qu'ils soient qualifiables de « scientifiquement instruits »(31) :

- Distinguer la preuve de la propagande ou de la mise en avant publicitaire
- Distinguer la probabilité de la certitude
- Distinguer les données des simples affirmations
- Distinguer la croyance rationnelle de la superstition
- Distinguer la science de l'habitude et de la tradition

- *Expansion fulgurante et enracinement*

Au départ correspondant à un certain idéal de l'exercice clinique, l'objectif clairement avoué des tenants de l'EBP est de faire de cette philosophie une ligne directrice pour l'exercice quotidien de tout praticien, soignant ou travailleur social, et *a fortiori* de tout chirurgien-dentiste.

L'expansion mondiale et le succès de l'EBP ont vu naître de puissants outils : la Cochrane Collaboration, the Dental Elf, Trip Database notamment, qui permettent un accès facilité à l'*evidence* mais surtout à son tri.

Les facultés et écoles médicales tendent quant à eux à intégrer dans leur cursus des cours visant à donner aux étudiants leurs outils culturels et intellectuels pour évoluer efficacement au sein de ce nouveau paradigme clinique : lecture critique d'articles scientifique, auto-évaluation critique, analyse et formulation des problèmes et difficultés rencontrés etc.

Cette transition vers un nouveau paradigme d'exercice clinique est en outre de plus en plus reconnue, soutenue et actée par les appareils législateurs et régulateurs qui à diverses échelles ont inclus la conformité aux principes de l'EBP comme condition nécessaire à l'exercice du praticien et comme devoir de sa part.

- *Obstacles, limites et remises en question*(28) (32)

Si se maintenir à jour dans le domaine « noble » du soin représente certes un idéal -auquel tous n'adhèrent pas pour autant- cela reste aujourd'hui une gageure pour nombre de praticiens. Par ailleurs quoique séduisante et répondant concrètement à une crise de la pratique clinique actuelle, l'application de l'EBP a rapidement rencontré des obstacles, qui ont poussé une partie de ses adeptes à s'en détourner (33) (32) :

- Déception quant à la possibilité de systématiquement rechercher et trouver de l'information fiable pour tout questionnement rencontrés, difficulté à superposer telles quelles les recommandations issues d'études cliniques

sur populations contrôlées et les cas cliniques parfois complexes et présentant plusieurs couches de pathologies

- Biais dans les études, manque de fiabilité du fait de la multiplicité des intervenants, du grossissement des équipes et de la décentralisation de la recherche,(35) sur-utilisation, notamment à des fins marketing, du vocabulaire se rapportant à la « preuve scientifique »
- Volume d'information toujours difficilement gérable par le praticien au quotidien, nombre importants de protocoles décisionnels et pratiques fondés sur la preuve(36)
- Difficulté pour le praticien de rester centré sur le patient lorsque son attention et son questionnement sont concentrés sur la recherche de l'attitude thérapeutique la plus pertinente du point de vue des données actuelles de la science
- Des bénéfices statistiquement significatifs peuvent n'être que marginaux en pratique
- Lacunes des praticiens dans les compétences de base et les prérequis à l'exercice de l'EBP : faible sentiment d'efficacité personnelle pour la recherche et le tri de la preuve.

La particularité dentaire du challenge de l'EBP réside dans sa double composante intellectuelle et manuelle, et, on peut le penser, dans le fait que les choix thérapeutiques en jeu influencent plus la morbidité que la mortalité, hors contexte particulier.

On se retrouve donc :

- face à une masse de littérature à interroger concernant à la fois le bagage théorique et scientifique, mais aussi le bagage technique, matériel et technologique du praticien.
- un questionnement, un doute personnels permanents quant à ses choix thérapeutiques mais également quant à leur conduite, aux gestes utilisés et à la qualité de leur exécution. Ce doute permanent lié au perfectionnisme semble être lié au burn-out du chirurgien-dentiste (37).
- pour un enjeu généralement de l'ordre du confort de vie ou de l'esthétique, plus rarement de la santé, dans le sens où le patient l'entend.

Il est donc envisageable que l'aspect exigeant de l'EBD soit perçu parfois comme un carcan de plus venant se superposer aux autres contraintes déjà croissantes par ailleurs. Ceci peut faire de l'intégration systématique de l'EBD dans le quotidien de tout chirurgien-dentiste en France, un défi spécifique.

En revanche, si ce devoir de conformité aux « données actuelles de la science » peut être vécu comme une source de stress supplémentaire par le praticien, la systématisation de la mise à l'épreuve de tout nouveau concept, matériau ou technique selon des protocoles rigoureux et sur des échantillons représentatifs permet au contraire de fournir une base fiable et structurée aux

membres de la profession pour organiser leur pratique quotidienne. Ceci en leur donnant une alternative aux seuls discours commerciaux, de confrères ou de figures charismatiques de la profession.

L'EBD n'est par ailleurs pas qu'une éternelle course à l'armement ou un infantilisant renvoi perpétuel sur les bancs de l'école, et peut même être source - ou combustible - de la passion que vouent les chirurgiens-dentistes à leur métier.

Que ce soit par obligation pure et simple, par sens du devoir ou par goût, L'Evidence-Based Dentistry prend, malgré des difficultés, peu à peu sa place dans les mentalités et les habitudes professionnelles à travers le monde, et la France ne fait pas exception.

b) Compétence personnelle et données actuelles de la science : deux pôles pour une dialectique

Si les données actuelles de la science sont, selon la loi, à considérer comme référentiel, la chirurgie dentaire -on parle bien de chirurgie, étymologiquement « travail manuel »- ne peut se concevoir et s'exercer sans phases d'entraînement pratique, quel que soit l'acte ou le protocole envisagé. En effet, connaître la série d'actes envisageables selon les données actuelles de la science pour répondre à un cas clinique donné n'est pas suffisant. Il faut également pouvoir concrètement réaliser ces actes : maîtrise suffisante de la séquence gestuelle et du maniement des instruments nécessaires, mais aussi disponibilité sur place du plateau technique et du matériel correspondants à l'acte en question.

Dans leur quête de correspondance à ce référentiel scientifique sans cesse changeant, les chirurgiens-dentistes peuvent donc jouer sur trois axes de développement :

- la connaissance, le socle théorique scientifique
- le savoir-faire, la maîtrise des différents instruments et machines nécessaires à l'application clinique de ce socle scientifique
- l'accès au matériel leur permettant d'employer leur savoir-faire

Ainsi un exercice en accord avec les données actuelles de la science demande un investissement continu en temps et en argent de la part du praticien : tenir à jour ses connaissances, apprendre et s'exercer à effectuer des gestes nouveaux, se procurer de nouveaux matériaux et maîtriser les protocoles correspondants, renouveler ou modifier son matériel et son installation...et ceci tout en maintenant un volume d'activité clinique suffisant pour que le cabinet soit viable.

Dans l'hypothèse même où chaque nouveau diplômé partirait pourvu d'un bagage scientifique et technique suffisant à un exercice conforme aux données actuelles de la science à la date de l'obtention du diplôme, il apparaît clairement que le simple maintien à jour de ce bagage serait déjà en soi une gageure.

L'évolution continue de nos acquis scientifiques et technologiques influence le développement de nouvelles techniques et protocoles thérapeutiques, et donc la mise sur le marché de nouveaux matériaux, instruments et machines. Ceux-ci transforment l'exercice quotidien, et changent ainsi les compétences des praticiens. L'exemple emblématique de ce phénomène à notre époque est l'usage d'amalgames en odontologie restauratrice, progressivement délaissé au profit notamment des résines composites et des ciments verres-ionomères. Au fil des générations de dentistes, l'amalgame est de moins en moins enseigné, maîtrisé et utilisé en pratique quotidienne. Ainsi dans les cas où son indication resterait posée (par exemple restaurations postérieures chez un patient polycarié)(38), ce sont souvent des solutions plus modernes qui seront privilégiées car mieux maîtrisées. (39)

Ces conditions d'exercices changées posent à leur tour le cadre pour la poussée des recherches dans les directions qui dépendront par exemple des retours des praticiens quant aux machines et matériaux qu'on leur propose: simplification des protocoles d'utilisation des matériaux, modification de leur temps de prise, de leurs qualités mécaniques/thermiques/esthétiques, recherches pour faciliter leur manipulation... Les biomatériaux constituent ainsi un secteur de recherche dynamique, et les nouveaux matériaux prometteurs tels que biodentine(R), le MTA, ou plus récemment bioroot(R) concourent sans cesse à stimuler et mettre à l'épreuve la capacité d'adaptation et la souplesse d'esprit des praticiens.

Ainsi les deux pôles les plus « évidents » de l'EBD, le praticien et le cadre scientifique, sont en interaction constante, laissant encore trop souvent le pôle du patient en reste. L'approche du patient, la psychologie clinique, la communication ou la gestion des tensions par exemple, sont des éléments incontournables de l'exercice de l'odontologie. Officiellement incluse dans les programmes odontologiques français depuis 1978, la psychologie et la communication ne tiennent pourtant en pratique qu'une place minimale dans les enseignements(40).

c) Le patient, toujours « le pôle mal-aimé » de l'EBD

Dans une pratique chirurgicale pointue, où tout se joue sur des volumes de l'ordre du millimètre cube et des surfaces souvent inférieures au millimètre carré, l'effort de concentration est non négligeable et explique en partie ce repli du soignant dans le rôle de « technicien »(41) ; cependant cette pratique se fait sur patient non seulement totalement conscient, mais en plus globalement anxieux, et requiert donc également que le praticien sache communiquer avant, pendant et après le soin. Il doit en effet bien percevoir les besoins, les désirs, les objectifs mais aussi les peurs, les freins du patient par l'entretien voire lors d'un questionnaire écrit. Il doit ensuite savoir expliquer clairement le problème diagnostiqué ainsi que les solutions envisageables, certes au patient, mais aussi parfois à son entourage, à un représentant légal etc. Ceci en effet n'est pas qu'une simple question d'approche humaniste, c'est un devoir légal du praticien : le devoir d'information du patient. Le praticien devra également savoir rassurer le patient, avant le soin mais aussi tout au long de la procédure. Savoir également si le patient souhaite être tenu au courant de l'avancée des opérations, voir les clichés radiographiques par exemple ou s'il préfère en savoir aussi peu que possible et « attendre que ça passe ».(42) (43)

Le praticien tenu par ce devoir d'information, devra aussi informer son patient avec diplomatie de la survenue d'incidents pouvant modifier le pronostic ou les choix thérapeutiques envisageables notamment.

Cependant l'information transmise par le langage oral ou écrit ne suffit pas à représenter l'acte de communication et à prédire si le message est bel est bien transmis, compris, et accepté. Il est désormais accepté que la communication entre individus, et notamment le jugement et l'image qu'un individu façonne à propos d'un autre, se jouent pour une grande part à l'échelle non verbale. Les deux études ayant initialement suscité un engouement massif pour la communication non-verbale(44) (45) sont sujettes à d'importants biais, et les proportions souvent affichées et sur-exploitées de « 7 % de verbal, 38 % de paraverbal et 55 % de non-verbal dans la transmission d'un message » sont loin d'être généralisables. Néanmoins, les recherches en neurosciences, sociologie ou psychologie qui se sont depuis intéressées au sujet ont bel et bien confirmé l'importance des dimensions paraverbale et non verbale de la communication(46). (47) (48). Or il est facile de comprendre que si la théorie et la pratique des généralités de la communication sont simplement abordés au cours de la formation universitaire du futur praticien, une branche spécifique de la communication n'y soit *a fortiori* pas traitée dans le détail.

On relève donc une importante contradiction : d'un côté la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste requiert de vraies compétences de communicant et de psychologue, et ces domaines sont scientifiquement développés et documentés. D'un autre côté ces disciplines ne sont abordées que succinctement au cours de la formation initiale.

Loin d'être l'apanage des seuls dentistes ni même des professionnels de

santé(49), ce qu'on pourrait qualifier de « gouffre éducatif paradoxal » se retrouve dans des disciplines telles que l'enseignement. En effet certains vont jusqu'à ne considérer l'étude ou l'application de ces disciplines a priori fondamentales dans le transfert du savoir et du savoir-faire - acte de communication par excellence- que comme des obstacles à l'authenticité ou à la spontanéité de l'enseignant.(50) Quelle que soit l'explication de cette lacune, force est de constater qu'elle semble intéresser un système de formation, une société dans son ensemble plutôt qu'un cursus universitaire spécifique.

Ce constat, à l'heure où des spécialistes du sujet tels les psychologues vivent eux aussi la transition de l'EBP(51) (52), est une occasion indéniable de confirmer les propos des défenseurs de l'EBP affirmant que des praticiens de professions différentes appliquant l'EBP, sont plus proches les uns des autres, qu'ils ne le sont des praticiens de leur propre corps de métier non impliqués dans ce nouveau paradigme(28). La collaboration inter-professionnelle et inter-universitaire au cours de l'enseignement est prônée par les tenants de l'EBP. Dans l'objectif de replacer le patient au centre du paradigme de soin en dépit des corporatismes, ce type de collaboration inter-universitaire pourrait permettre par exemple d'apporter une solution à cette lacune dans la formation du chirurgien-dentiste Français.

d) Les textes officiels Français et l'EBP

L'Evidence-Based Practice a laissé son empreinte jusque dans le code de la Santé Publique français. En effet, la même volonté de promouvoir la rigueur scientifique et la ré-actualisation permanente des concepts guidant la pratique clinique y est exprimée. La présence de l'expression « conformes aux données acquises de la science » dans le code de déontologie du Chirurgien-Dentiste(53), loin d'être un hasard, fait de ce souci de rigueur scientifique une caractéristique fondamentale de la Chirurgie Dentaire.

Dans l'article traitant de la formation universitaire des futurs chirurgiens-dentistes, le premier type de thèse à être cité est « l'analyse d'une thématique selon les principes de la médecine ou de l'odontologie fondée sur la preuve ». Il est également cité, parmi les objectifs à atteindre par la formation, celui de fournir aux étudiants les connaissances et compétences qui leur permettront de « fonder la pratique professionnelle sur des bases scientifiques ». Comme on l'a vu l'application concrète dans l'enseignement odontologique de cette volonté de formater les futurs praticiens selon ce nouveau paradigme reste à un stade peu avancé en 2016, mais la machine est bel est bien enclenchée. Des enseignements et travaux pratiques concernant l'analyse d'articles et de leur niveau de preuve par exemple sont en effet proposés en France.

De la même manière, la promotion du Développement Professionnel Continu (DPC) d'une part, et de l'Analyse des Pratiques Professionnelles, (anciennement Evaluation des Pratiques Professionnelles ou EPP) d'autre part,

correspond à l'expression de cette volonté de l'Etat d'ancrer au quotidien ce souci de ré-actualisation continue des connaissances et des concepts régissant la pratique, si caractéristique de l'EBD. Des fonds à vocation incitative sont ainsi alloués aux praticiens pour favoriser les démarches de formation continue de leur part(54) (52) .

Le droit à l'information du patient décrit dans l'article L1111-2 du code de santé publique, et l'obligation pour le praticien d'obtenir le consentement éclairé du patient pour lui prodiguer des soins (article R4127-236) , sont cohérents avec le regain d'attention porté au patient dans la triade de l'EBP. En effet le patient est sorti de son statut passif et a la possibilité d'obtenir, dans le cas où il en exprime le souhait, un statut d'interlocuteur à part entière pour le professionnel médical, et dans tous les cas possède un rôle de décisionnaire incontournable.

3. Le niveau de compétence et le développement des compétences

a) La compétence mouvante : où se trouve le « sommet de son art » ?

De la même manière que l'adage veuille que chacun ait « sa croix » à porter, on peut considérer, comme Juzo Itami le fait dire à ses personnages dans *Tampopo* (1985), que chacun a « son échelle » à gravir. Il va plus loin en ajoutant : « certains passent toute leur vie sans même s'apercevoir de l'existence de cette échelle. » Bien que simpliste, cette image a le mérite d'être claire, et peut amener la question de savoir quelle sorte d'échelle le chirurgien-dentiste est amené à gravir tout au long de sa vie. Réputation, réussite financière, performances techniques de haute volée, exercice à la pointe de la technologie, service de proximité rendu à la société... Autant de baromètres internes et de motivateurs différents qu'on peut retrouver chez les praticiens en exercice(14), et qui peuvent chacun constituer en soi une sorte d'échelle personnelle à gravir.

Le sens donné à l'expression « le sommet de son art » varierait donc d'un praticien à l'autre, selon l'endroit où chacun place son échelle.

b) Dynamiques de la compétence : théories et représentations

▪ Le développement des compétences et l'apprentissage

Il est aujourd'hui couramment répandu, lors d'évaluations professionnelles voire scolaires, de représenter l'état des compétences de l'évalué à un instant « t » par un diagramme en étoile. Chaque branche de cette étoile correspond à une branche de la discipline dans laquelle l'individu est évalué, donc à une « sous-compétence », et la longueur de chaque branche est liée au score obtenu pour chacune de ces sous-compétences.

Cette représentation en diagramme, en plus de tracer un état des lieux plus fin et visuellement plus percutant, est en outre utile pour représenter l'évolution des compétences au fil du temps, par simple superposition ou juxtaposition de deux diagrammes par exemple. Elle permet également de mieux prendre conscience de la multiplicité des directions dans lesquelles la compétence du praticien peut s'étendre, et de réaliser que, loin de pouvoir espérer atteindre « le sommet de l'Art Dentaire », le praticien à la fois humble et passionné cherchera à étendre autant que possible les branches de sa compétence dans la ou les directions qu'il choisit.

La métaphore de l'échelle permet quant à elle de représenter la théorie de l'apprentissage souvent (à tort?) attribuée à Maslow en dépit de l'absence de traces dans sa bibliographie, mais également à la société Gordon Training International, à Robinson(56), ou encore à Broadwell(57), Socrate voire Confucius.

Ce modèle possède 4 (voire 5) jalons (58):

- Incompétence inconsciente
- Conscience de l'incompétence
- Compétence réalisée consciemment
- Compétence inconsciente
- (Compétence consciente de l'incompétence inconsciente : maîtrise et capacité à transmettre la compétence)

Cependant, tout comme la personnalité évolue dans certaines de ses composantes au fil du temps, de l'expérience et de l'environnement de chaque sujet(59), les priorités et les aspirations ainsi que le regard porté sur soi-même changent avec l'âge et l'expérience. On touche ainsi du doigt les limites de cette métaphore altimétrique, en même temps que celles d'une conception linéaire de la compétence, qui voudraient que cette dernière ne serait susceptible d'évoluer que dans une direction, au sens mathématique du terme.

Le monde de l'ingénierie a également apporté sa pierre à l'édifice de la représentation de la compétence dans notre monde médical : c'est de là que nous vient en effet la « courbe d'apprentissage »(60). Particulièrement adaptée aux disciplines techniques, celle-ci visera par exemple à modéliser l'évolution du degré de maîtrise d'un geste, d'une procédure chirurgicale par exemple, le plus souvent en fonction du temps ou en fonction du nombre de cas traités.

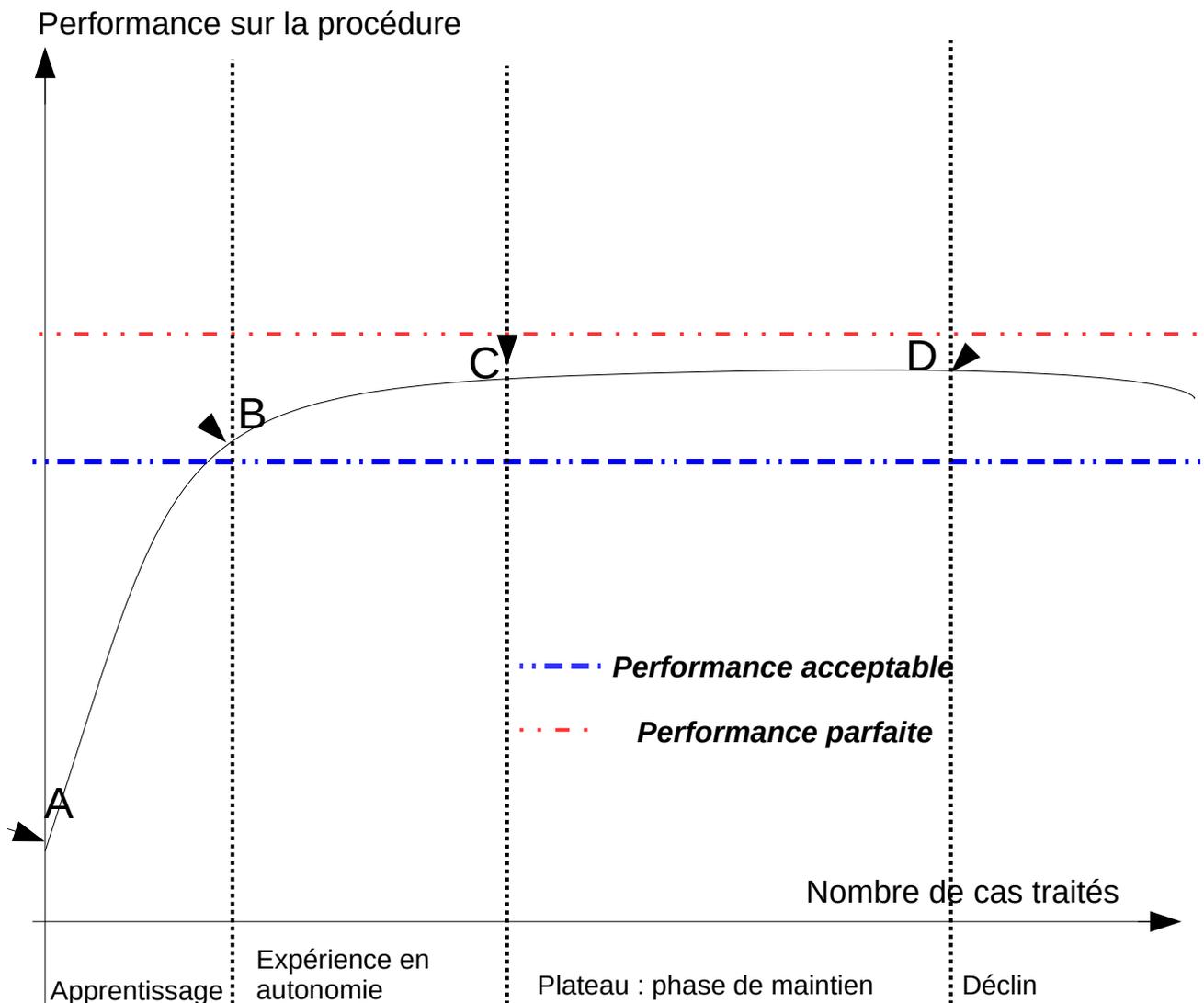


Figure 1 : Courbe d'apprentissage-type

Les 4 points A, B, C, D délimitent la courbe d'apprentissage en 4 phases :

- Le point A représente le départ de l'apprentissage. Il se poursuit jusqu'à un degré où le praticien peut appliquer la procédure en autonomie, de manière satisfaisante. C'est le point B de la courbe. L'amélioration de la performance peut suivre une progression en dents de scie, notamment si la compétence à maîtriser est complexe et fait appel à plusieurs actes, dont la rapidité d'assimilation peut varier. On notera qu'une courbe d'apprentissage « raide » ou « pentue », contrairement à ce qu'une analogie avec l'alpinisme pourrait laisser penser, indique que la compétence est maîtrisée au bout d'un nombre de répétitions réduit : elle est donc plus rapide à assimiler.

- La progression se poursuit, dans la portion entre les points B et C, au fur et à mesure que le praticien gagne en expérience dans la technique au quotidien. La progression est moins rapide : la maîtrise de la technique tend à s'approcher de la

perfection, inatteignable, qui correspondrait à l'asymptote de la courbe. Cette phase peut se voir perturbée par une courbe d'apprentissage secondaire, marquant un déclin transitoire de la performance, notamment lorsque le praticien prend en charge des cas plus complexes, ou même commet des imprudences par excès de confiance en ses nouvelles compétences.

-Par la suite une phase de maintien, correspondant au plateau entre les points C et D, se met en place. Le praticien a atteint son niveau de compétence « de croisière » dans la technique donnée.

-Enfin, la courbe peut s'infléchir de nouveau, marquant un déclin de la compétence. Celui-ci peut être lié à l'âge et ses répercussions psychomotrices, à des facteurs psychologiques...

On peut faire un parallèle entre ce modèle et celui de la « compétence inconsciente » :

- la phase d'apprentissage correspondrait à la phase d'incompétence consciente
- la phase de gain d'expérience en autonomie correspondrait à la compétence consciente
- la phase de maintien équivaldrait à la compétence inconsciente
- enfin la phase de déclin signifierait que le praticien, pour diverses raisons envisageables, retomberait vers l'incompétence inconsciente

La courbe d'apprentissage peut prendre plusieurs formes, selon notamment la (les) variable(s) mesurée : si c'est le temps nécessaire à l'accomplissement d'une tâche qui sert d'approximation à son degré de maîtrise, la courbe sera par exemple descendante.(61)

- *Les « Sables (mouvants) du Temps »*

La problématique de l'évolution de la compétence personnelle au fil de la carrière professionnelle, particulièrement à l'aune des considérations de correspondance à l'actualité scientifique, ne peut malheureusement pas se schématiser simplement par une dynamique soit positive soit nulle.

En effet, l'absence de démarche de formation continue ou de remise en question de ses pratiques professionnelles, par rapport à l'actualité scientifique et technologique, implique non pas une stagnation du niveau de sa compétence personnelle, mais bien un déclin progressif de celui-ci, et ce en dépit du phénomène d'accumulation de l'expérience personnelle. Une revue systématique concernant ce déclin de la compétence clinique au fil du temps a ainsi alerté les praticiens du milieu médical et encouragé les tenants de l'EBD dans leur volonté de répandre leur standard.(62)

La théorie de l'apprentissage de l'incompétence inconsciente vers la compétence inconsciente s'est enrichie, après avoir circulé un temps, d'une représentation non plus en échelle, mais en matrice ou en cercle. Le but étant de retranscrire une subtilité supplémentaire : la compétence n'est pas figée, des

remises en questions de celle-ci peuvent toujours survenir. L'oubli progressif, l'évolution de l'état des connaissances d'une discipline, la survenue d'erreurs répétées de causes non identifiées ou l'installation dans une routine complaisante, peuvent sans crier gare faire que le travailleur, l'artiste ou le sportif qui s'endort sur ses lauriers sombre de nouveau dans les limbes de l'incompétence inconsciente.

Dans le domaine de la chirurgie-dentaire, plusieurs phénomènes sont susceptibles de prendre part à ce « déclin par l'immobilité », à la fois de la « compétence absolue » du praticien, et de la compétence relative à son « paysage professionnel ». En ce qui concerne la relation entre déclin de la compétence et l'âge du praticien, il semblerait que ce lien soit complexe, et ne doive pas laisser supposer qu'une sorte de relation mathématique fasse loi(65) .

- Repères et évaluation

La Chirurgie-Dentaire est une discipline extrêmement - on pourrait même dire étonnamment - riche, compte tenu du territoire anatomique concerné. Riche en termes de variété de gestes, de technicité et de diversité de compétences utilisées quotidiennement dans l'omnipratique. Le référentiel édité en 2010 par le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, présente 11 situations types listées dans un but didactique. Bien qu'annoncées d'emblée comme non exhaustives, elles offrent un aperçu de la variété de compétences-clés à maîtriser par le praticien. Force est de constater à sa lecture que chacune de ces « compétences-clés » est en réalité à elle seule un regroupement d'autres compétences techniques, elles-mêmes faisant appel à d'autres compétences plus sommaires et ainsi de suite. Dans ces conditions, évaluer, et à plus forte raison quantifier précisément l'état de sa compétence en tant que praticien sans outil ou méthodologie claire paraît fastidieux, et c'est d'ailleurs une des raisons évoquées par les chirurgiens-dentistes lorsqu'on les questionnait sur ce qui les rebutait à se soumettre au système des ex- Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) au quotidien.(15)

Si les ressources de la Haute Autorité de Santé, de l'Association Dentaire Française ou du Conseil National de l'Ordre par exemple proposent des outils pour des bilans de compétences, des pistes méthodologiques (cf I- 3 b)), des guides ou recommandations de bonnes pratiques, il n'en reste pas moins que l'acte d'évaluation en lui-même n'est toujours pas protocolé à l'heure actuelle. Le chirurgien-dentiste ou la structure chargé de la responsabilité de ce moment clé de la démarche de DPC a donc à disposition un panel de références, mais pas de réel outil, de protocole d'évaluation à la fois suffisamment sensible et suffisamment fiable.

d) Cadre officiel : une histoire en cours d'écriture

- Une obligation éthique et déontologique(66)

Le code de Déontologie constitue une référence pour guider le praticien dans son comportement et ses choix thérapeutiques, afin de faire en sorte que l'exercice de la profession soit aussi humaniste et intègre que possible. C'est donc naturellement que la question de la compétence y est abordée, non seulement pour encourager son développement, mais aussi pour rappeler qu'elle doit être un critère décisionnel important pour le praticien. En somme le chirurgien-dentiste doit être conscient des limites de sa compétence, tenir compte de ces limites lorsqu'il établit ses plans de traitement, et sans cesse chercher à repousser ces limites.

Article R4127-204 : Le chirurgien-Dentiste doit s'interdire de réaliser des actes ou des prescriptions lorsque ses compétences ou les possibilités matérielles dont il dispose sont dépassées.

Article R4127-214 : sont décrits comme obligatoires l'entretien et le perfectionnement de ses compétences.

Article R4127-226 : la divulgation et la mise en application d'un procédé diagnostique ou thérapeutique sans que celui-ci n'ait été suffisamment éprouvé constitue au mieux une imprudence, au pire une faute grave, et est en tous les cas répréhensible.

Article R4127-233 : Le chirurgien-Dentiste s'engage à faire bénéficier son patient de soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, que ce soit par ses propres soins ou par les soins d'un confrère ou médecin à qui il adresse son patient.

- Une obligation légale(67) (68)

La loi HPST du 21 juillet 2009(69) instaure le DPC pour les professions médicales et le définit dans son article 59 comme «l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé».

Elle introduit en outre un intervenant clé, à savoir l'Organisme de Gestion du Développement Professionnel Continu (OGDPC). Il est généraliste et s'adresse à l'ensemble du corps médical mais est doté de sous-sections spécifiques à chaque profession. L'OGDPC est chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels médicaux et des structures de soins s'engageant dans des actions de DPC, ainsi que de la gestion des sommes allouées pour ces indemnisations.

Ces sommes proviennent de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, d'une dotation de l'État, ainsi que d'une quote-part d'une taxe sur l'industrie pharmaceutique.

Le décret n°2011-2115 du 30 décembre 2011(70) fait du Développement Professionnel Continu (DPC) une obligation légale. Il le définit comme comportant d'une part une analyse de la part des chirurgiens-dentistes de leurs pratiques professionnelles, et d'autre part une démarche d'approfondissement de leurs compétences et connaissances. Chaque année, le ministre chargé de la santé doit arrêter, après avis de la commission scientifique indépendante des Chirurgiens-dentistes, une liste d'orientations nationales de formation continue. Celle-ci doit être complétée ensuite, au niveau régional, par une liste d'orientations émanant des Agences Régionales de Santé (ARS).

Le décret n°2012-28 du 9 janvier 2012(71) met en place officiellement la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes introduite plus haut. Ses missions sont notamment :

- Formuler un avis sur les orientations nationales et régionales de DPC
- Evaluer, de façon périodique et lorsqu'une demande d'expertise lui est soumise par l'OGDPC, les structures inscrites comme rentrant dans le cadre du DPC
- Déterminer les formations universitaires pouvant être assimilées à des formations de DPC

Le DPC est décrit dans le texte de 2011 comme une démarche individuelle qui se doit d'être permanente. En tant que telle, cette démarche doit selon ce texte être effectuée par chaque praticien au moins une fois par an. Chaque praticien est tenu de s'inscrire auprès de l'OGDPC, suite à quoi il possède un compte permettant le suivi des formations entreprises et validées. Les formations suivies par les praticiens doivent, pour être conformes au système du DPC, s'inscrire dans la logique des orientations nationales ou régionales. Chaque formation est validée en fonction des cas, soit par la faculté responsable du diplôme universitaire reçu, soit par un organisme de DPC enregistré. Ces organismes doivent avoir été jugés favorablement par la commission scientifique indépendante des Chirurgiens-Dentistes, sans quoi les formations suivies en leur sein ne peuvent pas être comptabilisées comme validantes pour le DPC annuel. Les attestations de formation continue sont transmises au Conseil de l'Ordre des Chirurgien-Dentistes par les organismes de DPC, et c'est lui qui est chargé du contrôle, au moins une fois tous les 5 ans, de la régularité des formations suivies par les praticiens. Dans le cas où un manquement à cette obligation légale est constaté, le Conseil de L'Ordre peut établir avec l'intéressé un plan annuel personnalisé de DPC qu'il devra suivre, sous-peine de s'exposer à une suspension du droit d'exercice pour insuffisance professionnelle.

C'est la Haute Autorité de Santé qui énonce les modalités auxquelles doivent correspondre les actions de développement professionnel continu.

Après quelques années d'existence du DPC et de son OGDPC, bien qu'une augmentation du nombre de professionnels de la santé engagés dans ces démarches de formation ait été enregistrée, il apparaissait qu'un certain nombre de difficultés empêchaient une totale concrétisation de la loi. L'Inspection Générale des Affaires Sociales a donc été mandatée par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé pour effectuer un contrôle de l'OGDPC, au terme duquel elle a rendu un rapport détaillé en Avril 2014(55). Celui-ci relève « quatre strates » de difficultés et dysfonctionnements : conception, réglages, mauvaise conduite de projet, et divers blocages (financement des formations par l'industrie pharmaceutique, acceptation des organismes de formation et leur évaluation). L'IGAS émet ensuite des pistes pour améliorer cette situation, via quatre scénarios, qui consistent soit en des modifications de l'OGDPC dans sa gestion et/ou son champ d'action ainsi qu'en une re-définition des prérogatives des pouvoirs politiques (ayant une tendance à l'ingérence), soit en sa dissolution pure et simple pour retourner à un cadre de formation continue de droit commun et à une obligation uniquement déontologique.

Le législateur a donc inclus des modifications du DPC dans sa loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016(72) « de modernisation de notre système de santé », article 114 . On y donne une nouvelle définition au DPC et change par la même occasion certaines de ses caractéristiques. Ainsi le cycle de base durant lequel le praticien doit justifier d'une démarche de DPC est allongé de 1 an à 3. Il en va de même pour les orientations nationales, qui sont désormais valables trois ans. Celles-ci correspondent à des objectifs de santé publique mais également, au niveau de chaque profession, aux besoins identifiés et suggérés par les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) ainsi que ceux identifiés lors du dialogue conventionnel.

Le texte prévoit ensuite le remplacement de l'OGDPC par un nouvel organisme aux rôles similaires mais structuré différemment. Il s'agit de l'Agence Nationale du DPC, dont l'organisation et les missions sont détaillées dans le Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé(54).

L'ANDPC est composée de cinq types d'instances, qui se répartissent donc les missions de l'ancien OGDPC : le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé, le comité d'éthique des commissions scientifiques indépendantes, le conseil de gestion, et enfin plusieurs sections professionnelles.

Cette réforme du DPC est cependant mal accueillie par un nombre conséquent d'organismes représentant et/ou prenant part au système de DPC pour la chirurgie dentaire. Le 13 janvier 2015 est ainsi publié le *Manifeste pour la défense de la formation continue.*(73) Celui-ci a pour objet d'interpeller les pouvoirs publics sur la tournure jugée inquiétante que prend le dispositif de DPC dans le domaine odontologique. Dans une première partie les signataires (Ordre National, Association Dentaire Française, Conférences Nationale des doyens et chefs de service, syndicats...) réaffirment leur implication et leur intérêt pour le principe du DPC et les méthodologies formulées par la HAS. Ils consacrent la suite du communiqué à relever les dysfonctionnements, les changements négatifs récents et les inquiétudes qui en découlent quant à la qualité et la diversité de la formation continue odontologique française, à l'implication des praticiens et à l'avenir de la profession.

Dysfonctionnements relevés :

- Échec du dispositif de DPC générique à l'ensemble des professionnels de santé car trop complexe administrativement, trop mal doté financièrement (selon les chiffres issus du rapport de l'IGAS : 155 millions d'euros étaient alloués quand au moins 565 millions auraient été nécessaires) et mal géré.
- Perturbation des circuits pré-existants de Formation Continue odontologique par ce mastodonte administratif, qui s'est traduite par une contre-productivité de la réforme par délaissement de la FC par les praticiens désorientés. On note ici une apparente contradiction avec le rapport de l'IGAS qui parlait plus haut d'une augmentation de praticiens enregistrés dans une démarche DPC, mais il faut se rappeler que l'OGDPC concerne toutes les professions médicales, quand le Manifeste se veut exprimer les problèmes propres aux chirurgiens-dentistes.
- Contenu des orientations nationales de DPC jugé famélique au regard du vaste champ scientifique et technique à approfondir par les praticiens dans le domaine de l'odontologie. Ces orientations constituant les seules formations obligatoires, les signataires craignent un phénomène de nivellement par le bas de la compétence du praticien français se contentant de respecter la loi.

Les signataires requièrent en conséquence un entretien avec les pouvoirs publics intéressés (HAS, OGDPC, UNCAM, Ministère) pour débattre de mesures à prendre pour redresser la situation :

- redéfinition du parcours minimal de FC en durée et contenu pour chaque praticien
- mise en place d'une Haute Autorité de Formation Odontologique Continue, au rôle similaire à celui de l'OGDPC, mais lui spécifique à la profession, et donc exempt des travers de lourdeur, de complexité et d'inadéquation reprochés à celui-ci.
- Modification de l'article 59 de la loi du 21 juillet 2009 pour affirmer

clairement que le contenu obligatoire de DPC ne permet en aucun cas à lui seul de garantir un exercice de l'odontologie satisfaisant en termes de compétence et de sécurité.

Le Conseil National Professionnel des Chirurgiens-Dentistes a été créé en mai 2015. Présenté par l'Ordre comme « expression concrète et conséquence logique du *Manifeste pour la défense de la formation continue* », il n'est cependant pas une particularité dentaire, puisque le Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé, prévoit que chaque profession possède son CNP. Instance indépendante, il se veut intermédiaire entre représentants de la profession et instances dirigeantes du pays. Créé « par des chirurgiens-dentistes pour des chirurgiens-dentistes », le CNP « se donne » ainsi quatre missions :

- Favoriser le dialogue au sein de la profession dans toute sa variété
- Servir d'interface entre la profession et l'État et ses instances
- Reprendre la main sur la réflexion sur le DPC, ses orientations prioritaires, sur l'évolution des connaissances et les besoins de formations qui en découlent
- Définir le parcours pluriannuel de DPC individuel, et ce dans toutes ses composantes : analyse des pratiques, gestion des risques, formation continue etc

d) Les dispositifs en place, l'évaluation et la validation : le Développement Professionnel Continu (DPC)

- *Principes*(74) (75)

L'organisation du DPC a été pensée en accord avec le principe de la Roue de la qualité de Deming (ci-après).

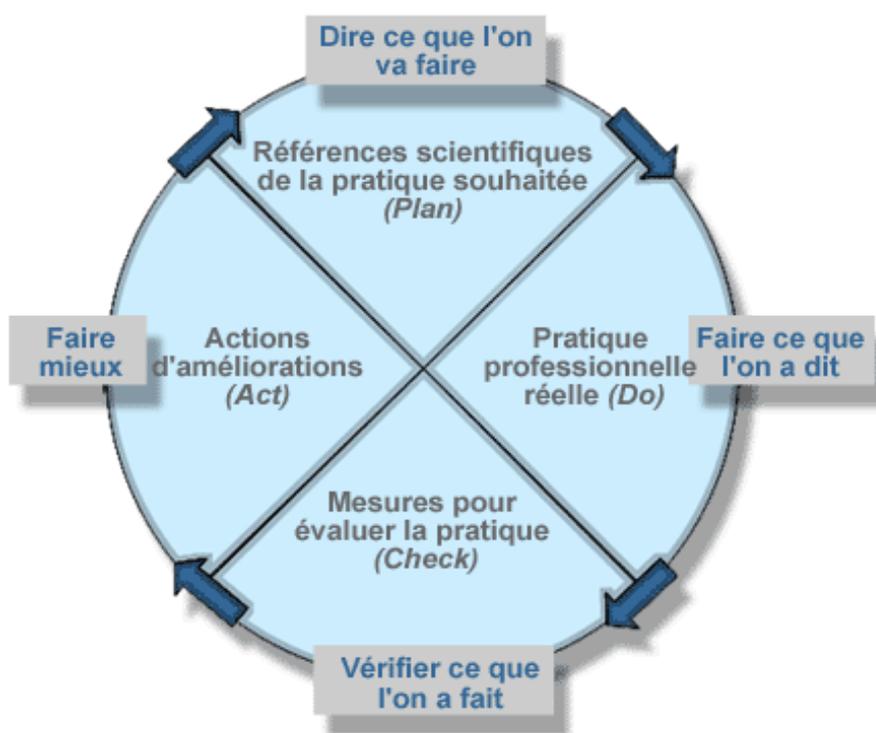


Figure 2 : Roue de la qualité de Deming (source site web de la HAS)

La HAS recommande de procéder à l'évaluation des pratiques en groupe, éventuellement en groupe pluri-professionnel. Cette évaluation ne peut se faire si on ne dispose pas de moyens de mesurer concrètement les écarts entre la pratique professionnelle réelle et les références scientifiques.

Depuis la loi de « Modernisation du système de Santé » les deux composantes distinctes du DPC appelées Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et Formation Continue (FC) sont regroupées, et ne sont pas considérées comme à satisfaire au cours de démarches distinctes. Ainsi chaque action de DPC doit désormais systématiquement posséder ces deux composantes pour être valide aux yeux de la loi. Les deux composantes doivent être articulées entre elles, chacune nourrissant l'autre, mais posséder chacune leur temps et leurs objectifs dédiés. Ces activités impliquant les soignants mais aussi éventuellement les patients (cas cliniques, analyse de pratiques...), la confidentialité à la fois pour les professionnels et leurs pratiques et pour les patients doit être garantie par la formation et son équipe.

La HAS dans son référentiel donne des exemples et des tableaux présentant différentes options d'organisation des actions de DPC, afin de permettre aux organismes de DPC de satisfaire aux exigences officielles tout en gardant une certaine latitude dans la création de leurs offres de formations.

Une action de DPC peut ainsi avoir pour approche dominante :

- L'analyse des pratiques, ou la pédagogie (approche dite cognitive), auxquels cas l'organisateur veillera à articuler l'autre composante au programme.
- L'intégration dans l'exercice quotidien, lorsque le travail en équipe nécessite d'établir des protocoles et de se soumettre à une analyse des pratiques collectivement
- Des activités spécifiques (accréditations, protocoles de coopération...)
- L'enseignement (formateur pour des actions de DPC, maîtrise de stage) et la recherche (publication d'article scientifique, recherche clinique)
- Une activité de simulation, de test de concordance de script.

On l'a vu, chaque participant doit pouvoir justifier auprès de son Conseil Ordinal de s'être acquitté de son devoir de DPC, et pour ceci une traçabilité des participants est nécessaire. Ainsi en plus de devoir conserver tout document pouvant servir de justificatif (fiche présenteielle, compte rendu de réunion ou d'évaluation...), chaque professionnel de santé doit remplir chaque année un bilan individuel d'activité, comprenant « au minimum »: les besoins identifiés par le professionnel, le programme de DPC suivi, et les actions d'améliorations mises en œuvre en accord avec les enseignements tirés de ce programme.

Chaque intervenant d'action de DPC doit également remplir certains critères : faire connaître aux participants dès le début de la formation les liens d'intérêts entretenus, ainsi que leur expertise méthodologique, pédagogique et scientifique.

- *Interface moderne*

L'État a mis en ligne la concrétisation dématérialisée de ses nouveautés printemps-été 2016 en termes de formation continue et de lien avec le professionnel de santé.

« www.mondpc.fr » : plateforme sur laquelle le praticien se rend pour s'enregistrer s'il exerce en libéral ou en centre de santé conventionné pour au moins 50 % de son activité. Le professionnel de santé y trouvera également des fiches pratiques concernant les diverses démarches auxquelles il doit se soumettre pour suivre une formation, justifier de son engagement dans un parcours de DPC et recevoir son indemnisation. Enfin il met à disposition de ses visiteurs un lexique de 22 pages édité par le vénérable OGDPC en son temps (février 2016), qui présente succinctement les nombreux intervenants du DPC en France.

« www.agencedpc.fr » : interface destinée à un public plus vaste ayant également une vocation communicationnelle, ce site publie diverses actualités concernant le dpc, des textes officiels aussi bien que l'information de la tenue de réunions ou la présentation d'intervenants nationaux. L'ANDPC recevant les inscriptions des organismes de DPC, elle joue bien le rôle d'intermédiaire annoncé officiellement : son site possède également un moteur de recherche permettant d'accéder à la liste des programmes de DPC enregistrés, selon différents critères. Il est possible d'affiner sa recherche : dates ou durée précises, nom ou code de l'organisme formateur, mots-clés, thème ou orientation, département, méthode suivie... Chaque résultat permet d'accéder à une fiche de détails sur la formation en question et une fiche de détails sur l'organisme formateur qui l'anime. En plus des références administratives permettant la traçabilité de l'organisme, y sont présentés le détail des objectifs visés, des publics concernés, des résultats de l'évaluation par les Comités Scientifiques Indépendants de chaque type de public susceptible d'être concerné, des dates et des programmes proposés.

Les deux sites renvoient l'un à l'autre et présentent en outre tous deux des informations de base, généralistes, sur le DPC .

- Spécificité dentaire ?

La chirurgie-dentaire en France, aussi bien dans son enseignement que dans sa gestion administrative, syndicale et son exercice professionnel quotidien, est nettement séparée de la médecine. Cette situation est le fruit de siècles de relations tumultueuses et changeantes entre corps de métiers séparés depuis le moyen-âge, au grès des jeux de pouvoirs, de décrets politiques et de revendications successives de part et d'autre notamment.

L'odontologie occidentale est passée par une sombre période de charlatanisme, du Moyen-Age à la Renaissance. Jugée indigne de docteurs de l'université de médecine et l'état des connaissances n'indiquant que peu de liens entre sa pratique et la santé du patient dans sa globalité, elle était laissée principalement aux barbiers-chirurgiens itinérants. L'« Art dentaire » amorce cependant le regain de ses lettres de noblesse sous Louis XIV, notamment grâce à son édit de 1699 sur les « experts pour les dents ». Par la suite et jusqu'à aujourd'hui, l'odontologie n'a cessé de se médicaliser et de gagner en crédibilité et rigueur scientifiques(76).

A l'ère de l'EBP, de sa vocation à l'union des soignants, voire des *care providers* derrière la bannière de la preuve scientifique et de l'approche centrée sur la personne en surpassant les corporatismes, il apparaît que la nette séparation entre médecine et odontologie qui perdure n'est qu'un stigmate de l'Histoire. Stigmate qui se répercute cependant jusque dans la prise en charge par la Sécurité Sociale des soins de médecine bucco-dentaire, au grand désarroi des patients. En 2014 l'odontologie représentait 5,6 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) générale, mais seulement 2,4 % des dépenses de l'assurance maladie sur le champ des soins et biens médicaux. Il en résulte que la répartition du financement des soins dentaires entre les trois principaux

financeurs, l'assurance maladie obligatoire (AMO), l'assurance maladie complémentaire et les ménages, fait peser plus lourd sur ces deux derniers que sur la première (64 % à eux deux contre 32,5 % à la charge de l'AMO)(77).

Si certains se félicitent que le cursus universitaire odontologique soit libéré de l'ancienne tutelle de la médecine, allégé en sciences médicales généralistes et que le nombre d'années d'étude soit ainsi moindre, il peut être intéressant de rappeler certains faits :

- les dernières décennies de recherche bio-médicale n'ont cessé de révéler de nouvelles intrications entre santé bucco-dentaire et état de santé général, que ce soit en termes de physio-pathologie ou de pharmacologie.
- des spécialités médicales, passant par des études médicales généralistes, comme l'ophtalmologie ou la biologie médicale, intéressent des domaines très pointus et « isolés », et peuvent s'exercer en libéral ou séparés de l'exercice hospitalier.
- l'enseignement pharmacologique et l'approche globale du patient en filière odontologique restent faibles comparativement à ceux de la filière médicale « généraliste », notamment en pratique clinique, ce qui est, particulièrement à la lumière de l'EBP, un non-sens scientifique et pédagogique. En effet l'étudiant français qui aborde la clinique odontologique pour la première fois arrive d'emblée avec un statut de « spécialiste » aux yeux du patient, quand il n'a été jusque là entraîné qu'à une gestuelle technique et n'est pas apte à endosser un réel rôle de soignant, comprenant notamment l'écoute, l'analyse contextuelle médicale et sociale, ainsi que la gestion des tensions, des incompréhensions voire des conflits.

Le cursus odontologique, nécessitant un apprentissage technique poussé, évolue peu à peu pour tenter de moins préparer des techniciens de la bouche, et plus des soignants spécialisés. Des disciplines intéressant l'humain dans sa globalité comme la physiologie, la pharmacologie ou la psychologie y trouvent ainsi une place de plus en plus importante. Cependant cette place reste principalement sous forme de cours magistraux : l'optimisation de leur articulation avec la pratique clinique reste un chantier en cours, et des réformes comme celle du passage en système Licence-Master-Doctorat peuvent indirectement permettre d'avancer dans ce sens(78).

Si l'Histoire met le praticien, le politicien et le régulateur français devant le fait accompli, la science dans son état actuel appelle en toute logique à une refonte, ou du moins à une harmonisation de la formation de ces filières médicales, cette fois sans lien de subordination ou fierté déplacée de part ou d'autre, et en minimisant les querelles de clochers. Des réflexions sont en cours sur ce sujet, et ont par exemple été mentionnées lors du Grenelle de la santé bucco-dentaire du 28 janvier 2016(79).

Cependant le contexte économique et social du « meilleur système de santé du monde » (comme paru en 2000, selon une étude de l'OMS basée sur 5 indicateurs. D'autres études ultérieures, peu médiatisées en France, tendent elles à montrer que le système de santé Français se classe en position intermédiaire, à niveau de vie comparable (80), (81), (82)) a ses particularités. Il montre une fois de plus que la science ne peut pas être considérée, encore en ce début de XXI^e siècle, comme une entité libre de l'influence du contexte dans lequel ses représentants oeuvrent, ni indépendante de la politique dans les directions qu'elle prend. Cette donnée représente probablement un obstacle au moins aussi important au lissage des différences et à l'uniformisation des cursus médicaux que l'ego des protagonistes à rassembler et de leur représentants.

Par ailleurs la concrétisation d'une telle « réunion » ou refonte universitaire appellerait des changements organisationnels lourds, difficilement envisageables dans un contexte budgétaire hospitalo-universitaire perpétuellement défavorable, particulièrement en odontologie, et un contexte administratif lourd.

Enfin, cette médicalisation accrue, cette refonte ou harmonisation des cursus supposeraient vraisemblablement un allongement des études. Dans un contexte Européen qui se veut tendre vers l'harmonisation et l'uniformisation, cette modification des filières médicales françaises viendrait ajouter, au moins temporairement, aux écarts de formation et de pratiques à l'échelle de l'UE(79). Mais cela ne représente-t-il pas justement une occasion pour la France d'endosser le rôle de leader dans cette dynamique de modernisation de l'enseignement médical ?

- *Spécificité de l'évaluation des compétences en odontologie ?*

Les ministères chargés de la santé au sein des gouvernements successifs de cette dernière décennie ont mandaté des missions et des groupes de travail afin de se pencher notamment sur la question de la qualification, de l'évaluation et de la re-qualification au cours de leur carrière des professionnels médicaux. Leur réflexion a été nourrie en observant par exemple les usages de pays voisins ou présentant un niveau de vie proche de celui de la France.

Le rapport de la mission officielle de 2006 du Pr Matillon (épidémiologiste) sur le sujet de l'évaluation du praticien en exercice trace quelques pistes :

- la réalisation de référentiels de compétences-clés par métiers, dans un premier temps pour les spécialités chirurgicales puis pour l'ensemble des spécialités médicales. Ces référentiels sont le fruit de collaboration entre représentants des professions dans leur diversité d'exercices, Ordres professionnels, et chargés de mission.

- un travail avec les établissements de santé, grâce notamment aux exemples étrangers des processus de revalidation/requalification/ré-accréditation, pour développer la mise œuvre de la régulation de la compétence médicale.

- poursuivre la réflexion sur le sujet en collaboration avec d'autres pays de l'Union Européenne, tout autant concernés par cette problématique.

Si la parution du référentiel métier et compétences du chirurgien-dentiste remonte à 2010, la mise en place de recommandations, de protocoles officiels d'évaluation des compétences du professionnel médical, y compris du chirurgien-dentiste en exercice, n'a en 2016 toujours pas eu lieu.

A ce stade il est important de relever que le rapport et les suggestions qui y sont faites, bien que censés concerner aussi bien la filière médicale classique que celle de l'odontologie ou de la maïeutique, ne paraissent bâtis qu'en fonction de la filière médicale classique, et que les autres semblent simplement supposées suivre les mêmes logiques. Il est explicitement fait référence aux chirurgiens-dentistes et aux sage-femmes, en particulier au fait qu'ils soient concernées par les mêmes obligations que les médecins, en termes de formation continue et d'évaluation des pratiques, cependant le reste du rapport se consacre uniquement à une réflexion centrée sur un exercice en « structure de soins » pour finir par *quasi* déléguer à ces dernières la tâche de l'évaluation et de l'accréditation du professionnel en exercice(83). Sachant que près de 9 dentistes sur 10 exercent en cabinet libéral sans administration pour les évaluer ou les « accréditer », il apparaît clair que ce rapport a été rédigé par une équipe peu au fait, malgré son rôle officiel et les ambitions annoncées, des caractéristiques de la profession de chirurgien-dentiste.

En novembre 2015, la HAS a publié un rapport dans la même logique(84), en poursuivant l'investigation et la réflexion sur l'évaluation du professionnel de santé, toujours en focalisant sur le problème de l'exercice en « structure de soins ». La logique est la suivante : puisque la compétence représente « un savoir agir en situation »(84), son évaluation doit dépendre : d'une part d'organisations oeuvrant à l'échelle de la profession ou de la spécialité, notamment au sortir de la formation initiale, d'autre part des structures de soins où ces compétences doivent s'exprimer au quotidien, en situation.

De la même manière que précédemment, l'orientation particulière de cette revue de la littérature ne nous permettra pas de superposer ses conclusions telles quelles à la chirurgie-dentaire telle qu'elle s'exerce dans son écrasante majorité en France. Cependant elle livre des pistes intéressantes. Elle cite notamment la technique de l'évaluation par les pairs, via visionnage d'enregistrement vidéo, comme une méthode d'évaluation apparemment fiable, et prometteuse, pour les spécialités chirurgicales, à partir d'une étude menée en 2013(85).

La chirurgie-dentaire fait concrètement partie des spécialités chirurgicales, en dépit de ce que pourraient laisser croire la séparation institutionnelle obsolète mentionnée plus haut, et un cadre opérationnel particulier. La chirurgie dentaire n'est concernée par le travail en bloc opératoire (avec ou sans anesthésie générale) ou en milieu hospitalier que pour une part mineure de son champ d'action. Le bien fondé d'une comparaison entre chirurgie « traditionnelle » en bloc opératoire et chirurgie dentaire ne repose pas, on l'aura compris, sur le cadre entourant la procédure chirurgicale.

Il repose tout simplement sur le fait qu'on cherche à évaluer dans les deux cas chez le praticien :

- une maîtrise gestuelle
- un temps d'exécution
- une ergonomie (organisation spatiale, travail d'équipe, « propreté » du site en cours de soin...)
- la pertinence de choix techniques en fonction du cas clinique et des données scientifiques disponibles
- et bien sûr un résultat, obtenu suite à la réalisation d'un geste thérapeutique, à évaluer en fonction de ce à quoi le patient est en droit de s'attendre d'après l'état actuel des connaissances, des matériaux et techniques disponibles, à partir de sa situation clinique de début d'intervention
- enfin si possible un taux d'échec, à court, moyen et long terme, selon la nécessité de ré-intervention par exemple

Si l'auto évaluation reste à l'heure actuelle le principal moyen pour le chirurgien-dentiste français de déceler les points qu'il doit chercher à corriger ou à améliorer dans sa pratique, et bien que des outils lui sont proposés pour la faciliter (référentiels compétences, échanges et discussions de groupe lors des actions de DPC...), cette démarche est biaisée par des facteurs personnels, d'ordre psychologiques notamment. C'est dans ce contexte que l'idée de l'évaluation par des pairs via enregistrement vidéo anonymisé pourrait apporter un complément dans l'arsenal de l'évaluation périodique du praticien. Le terme de « complément » est ici important car cette méthode possède elle-même ses biais : même si elle apporte l'objectivité d'un regard extérieur en double aveugle, elle n'exempte pas nécessairement le praticien de l'impact sur sa performance qu'a le fait de se savoir observé, et qui plus est évalué sur son travail.

On l'a vu, cette étude ignore les praticiens exerçant en cabinet, qui constituent pourtant une part importante des médecins ou chirurgiens-dentistes. Ceci, en plus de rendre bancal le projet de construction d'une politique d'évaluation à deux volets (profession - établissement) pour les praticiens sans établissement, rend également difficilement concrétisable la recommandation qu'elle émet de ne pas limiter l'évaluation et la régulation de la compétence à la gestion du manque de compétences. Cette recommandation se base sur les exemples du *privileging* pratiqué au sein des structures Etats-Uniennes et d'UNICANCER en France avec son principe d'attribution de part variable additionnelle aux revenus des praticiens en fonction de l'évaluation qui est faite de leur compétence. L'idée est de redonner à la compétence une place prioritaire dans l'organisation des équipes de soin et dans l'esprit de chaque praticien, en l'utilisant comme accès vers une meilleure rémunération, la possibilité de recourir à une plus grande palette d'actes dans la structure de soins, diverses responsabilités... Cette approche se voudrait donc jouer le rôle de la « carotte »,

en complément du rôle du « bâton » joué par le système de sanctions des manquements se rapportant au niveau de compétence de base ou à l'obligation d'entretien et de développement des compétences. Si cette idée est louable dans son principe (les budgets de l'Etat dédiés à l'indemnisation des praticiens en formation étant, comme on l'a vu(55), trop sous-dotés pour constituer une « carotte » à eux seuls), représente-t-elle une piste valable pour les praticiens exerçant en petite ou très petite structure de soins, quelle que soit leur spécialité ?

II / Axe pratique

1. La formation initiale : le nécessaire socle commun ? Un socle suffisant ?

a) Un cadre légal, des facultés, des moyens...

On l'a vu, la France régleme la profession de chirurgien-dentiste, depuis l'accès à sa formation jusqu'à son mode d'exercice, mais laisse également quelques zones de flou. Outre le flou persistant quant aux limites de l'exercice du praticien(86), le contenu réglementaire de la formation consiste plus en une série de lignes directrices qu'en un syllabus national officiel(22). C'est donc aux UFR qu'il incombe d'organiser leur enseignement ainsi que les modalités précises d'obtention des diplômes. Par la force des choses on a donc dès ce stade de l'organisation de la formation odontologique française, des disparités sur le territoire. Néanmoins, à la différence du cursus médical, sanctionné pour tous les étudiants en fin de 6^e année par un Examen Classant National, il est difficile d'obtenir des statistiques de « classement » des facultés odontologiques les unes par rapport aux autres. En effet le concours de l'internat en odontologie, bien que national, n'est passé que sur volontariat des étudiants(87). Opérer un classement par facultés sur les résultats qui y sont obtenus présenterait un important biais dans la sélection de la population cible, non représentative de « l'étudiant en odontologie en France ».

La pratique et donc l'enseignement et l'entraînement odontologiques nécessitent un plateau technique important et varié, et, comme on l'a vu, soumis à une ré-actualisation fréquente du fait de la vitesse des progrès technologiques. Partant de là il est aisé de concevoir que les sommes nécessaires à la mise à disposition et l'entretien de ce plateau technique pour des centaines d'étudiants chaque année au sein de chaque UFR sont extrêmement élevées. Déjà en 2006, l'Inspection Générale des Affaires de Santé et l'Inspection Générale des Affaires de l'Education Nationale et de la Recherche faisaient état du trop faible budget des universités et des centres hospitaliers pour assurer une formation correcte aux étudiants en odontologie. Le rapport en question avertit du problème que ce

déficit budgétaire et ce manque de matériel, commun aux 6 UFR auditées, ne manquerait pas de poser lors d'un desserrement du numerus clausus odontologique(88). Et ce manque s'est effectivement fait plus ressentir au fur et à mesure que l'afflux de nouveaux étudiants à former a cru. Face à ces besoins pécuniaires importants, chaque UFR adopte sa propre politique, aussi bien pour la collecte que pour la répartition des fonds. Ainsi, en fonction de l'UFR où l'étudiant s'inscrit, la participation financière qui lui sera demandée variera, selon qu'il lui incombe ou non de financer son propre matériel de travaux pratiques par exemple, ou si l'UFR, via des partenariats, de plus gros financements de l'université référente, les rentrées découlant de l'activité de formation continue et du sponsoring, fait reposer cet investissement sur d'autres bourses. Cette « liberté budgétaire », permise par la loi Libertés et Responsabilités des Universités(89), n'est là encore pas favorable à l'établissement, au maintien et *a fortiori* à la garantie d'un socle commun national.

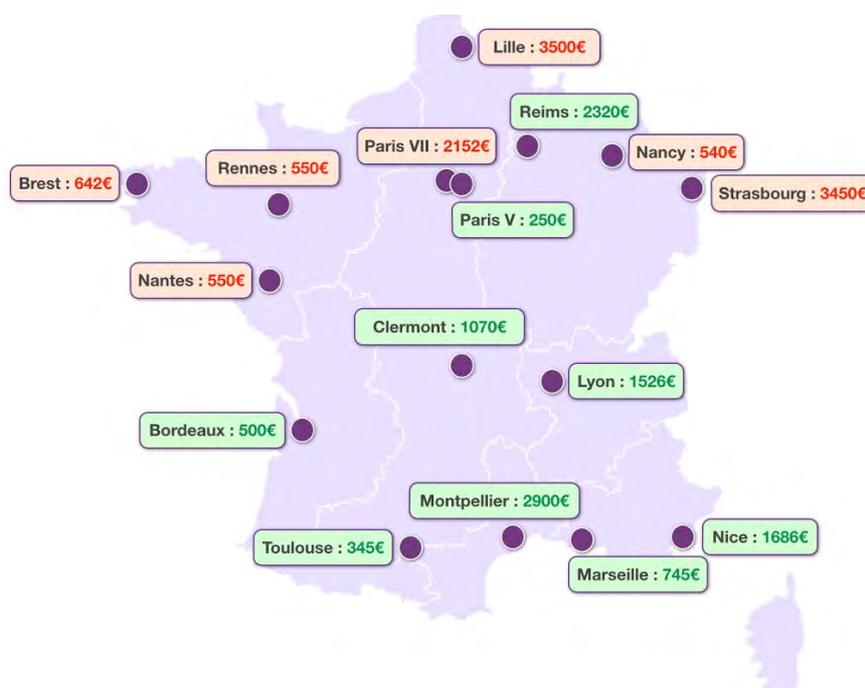


Figure 3: Dépenses demandées aux étudiants inscrits en DFGSO2 à la rentrée 2015 en fonction des UFR. (Source : <http://unecd.com/etudes/cout-de-la-rentree/>)

On constate sur la carte précédente des coûts qui peuvent varier jusqu'à un facteur dix d'une UFR à l'autre. Ces écarts ne semblent pas sans conséquence puisque l'Union Nationale de Etudiants en Chirurgie Dentaire alerte sur une tendance des étudiants nouvellement admis à suivre un cursus odontologique à choisir le lieu où ils suivront ce cursus en fonction du coût des études, voire, pour certains, à renoncer à ce cursus(90). Il est ainsi mis en avant un problème de sélection par l'argent après la sélection par concours pour la filière odontologique. Ce problème de sélection par l'argent, dénoncé également dans le cadre de

l'affaire Fernando-Pessoa/CLESI abordée plus loin, loin de se cantonner au secteur privé, concerne donc bel et bien l'enseignement public et semble même s'y aggraver.

De la même manière que l'État ne fixe pas de programme précis à l'échelle nationale et laisse la liberté aux équipes pédagogiques de chaque UFR d'organiser concrètement son syllabus, il leur laisse une grande latitude concernant la pédagogie et la sanction des diplômés. En effet, hormis l'indication d'un avis plus favorable à un contrôle des connaissances à la fois terminal et continu, l'État s'engage peu sur la question, laissant le soin à des organismes autonomes, de faire le travail de réfléchir aux modalités d'enseignement, d'entraînement, d'évaluation et de validation les plus pertinentes. Bien souvent ce sont des collègues d'enseignants-chercheurs et/ou praticiens qui se rassemblent pour réfléchir sur des questions de pédagogie et de « formation des formateurs » (91) (82). Si cet état de fait est un avantage en termes d'indépendance et de dynamisme de la communauté scientifique, il dessert la cause d'une uniformité de pratiques, d'exigences et d'efficacité pédagogique à l'échelle nationale, et donc l'obtention d'un réel « socle commun » en termes de formation initiale française. De fait, l'audit de 6 UFR précédemment cité relevait d'importantes disparités en termes de proportions de volumes horaires consacrées aux différentes composantes théorique, pré-clinique et clinique.(93)

Face aux difficultés que peut rencontrer un unique État dans l'uniformisation de son enseignement sur son seul territoire, on peut se demander dans quelle mesure une uniformisation à l'échelle de l'Union Européenne est réalisable, et si oui, le nombre d'années nécessaires pour y parvenir, d'autant plus si on se penche sur la chronologie des mesures européennes déjà prises à ce sujet(94).

b) ...Des enseignants et des étudiants : pédagogie et vie étudiante

Il est couramment énoncé que « l'étudiant travaille pour les examens », et que ceux-ci constituent non seulement la principale source de stress étudiantin, mais aussi ce qui va conditionner la façon dont les enseignements seront appris, révisés et retenus (ou non).(91) En 2007 une mission de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR) alertait son ministère de tutelle d'un comportement largement répandu dans la communauté étudiantine : l'abord des différentes composantes du cursus de façon stratégique, et une vision centrée sur l'évaluation plus que sur l'apprentissage. Ceci ayant pour conséquence la déconnexion des différents enseignements les uns des autres dans l'esprit des étudiants, une perte de motivation, et une diminution globale de la valeur ajoutée des cursus suivis(95) du fait notamment d'une tendance à l'oubli des matières bachotées, dès la fin des examens.

Des groupes de travail dynamiques, par exemple au sein de l'American

Dental Education Association (ADEA), ou l'Association for Dental Education in Europe (ADEE), visent à sortir l'odontologie du carcan de l'enseignement universitaire traditionnel, afin de rester en accord avec les évolutions de l'EBD, de l'uniformisation des pratiques autour de ce paradigme, de la judiciarisation des sociétés occidentales et de l'exigence croissante de garanties de la compétence des praticiens. S'appuyant sur la psychologie de l'enseignement et de l'apprentissage notamment, ainsi que sur des études de terrain (96),(97),(98),(99), de nouveaux horizons sont peu à peu dégagés pour la pédagogie en odontologie.

La qualité de vie de l'étudiant en odontologie en France dépend de facteurs communs aux étudiants en France ainsi que de facteurs spécifiques aux filières médicales et à la filière odontologique. L'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie-Dentaire (UNECD), dans la logique du rôle qu'elle s'attribue de représentation des étudiants en odontologie de France, réalise et publie diverses enquêtes, et présente leurs résultats aux conférences des doyens ou des chefs de service notamment, afin de nourrir les débats et la réflexion commune sur l'amélioration des études d'odontologie en France. Du 22 novembre au 6 décembre 2015 ont ainsi été recueillies de la part de 3863 étudiants (58,6 % des étudiants en odontologie en France) des informations sur divers le cursus odontologique français tel qu'il est vu et vécu par les étudiants qui le suivent. Souvent considérées comme stressantes (34 % des répondants) mais également satisfaisantes voire enthousiasmantes (respectivement 23 et 19,6 % des répondants), elles pâtissent cependant encore et toujours, de l'avis général, de certains travers, économiques, organisationnels et pédagogiques:

- disponibilité du matériel, nombre de fauteuils insuffisant
- nombre et disponibilité des enseignants
- manque de temps de pratique
- mauvaise préparation au rôle de soignant avant l'entrée en clinique
- forme de l'évaluation non pertinente
- manque de clarté des objectifs pédagogiques

Cette enquête récente a révélé que malgré les signaux d'alarmes qu'ont été les suicides d'étudiants au sein de quelques UFR françaises et qui ont alimenté les questionnements sur la qualité de vie de l'étudiant en chirurgie dentaire (100), (101), le cursus odontologique français est majoritairement vécu de manière positive. En contrepartie elle confirme également les faiblesses et imperfections du système qu'on pouvait intuitivement s'attendre à voir être soulevées.

c) Le public et le privé, deux mondes, deux idéaux en lutte ?

- Neutralité ou indépendance du scientifique

La Science a su garder une certaine image de marque, celle du désintéressement : indépendance politique et économique pré-supposée et souhaitée de la communauté scientifique, corrélée à une image « d'arbitre neutre » pour l'opinion publique - « Les scientifiques disent... », « C'est scientifique, c'est prouvé... ».(102) Loin d'être héritage de la séparation voulue par les Platoniciens entre la sphère théorique et la sphère pratique, cette idée a repris de l'importance avec le principe de neutralité axiologique en 1917(103). Celui-ci a été décrit par Weber initialement dans le domaine des sciences sociales ; la distinction entre les faits et les valeurs qu'on leur attribue subjectivement y est en effet décrite comme plus ardue que dans le domaine des « sciences naturelles », les sciences fondamentales ou « sciences dures ». Plus tard, cette volonté de séparer la science des « applications impliquées » qu'elle pourrait avoir, et de la clamer comme se devant neutre, a permis aux équipes scientifiques à l'origine de la bombe atomique de rejeter la faute de Hiroshima et de Nagasaki sur la sphère politique.(104) S'est ainsi installée une tradition de non-engagement du scientifique ou du « savant », et le corollaire entre « neutralité » et « scientificité », critiqué par exemple par Bourdieu(105), a pris racine dans la communauté universitaire, pour amener à la marque de fabrique de la production universitaire « respectable », que Deneault résume poliment par « C'est terne : c'est scientifique »(106).

Près d'un siècle de traductions approximatives et de détournement à des fins politico-idéologiques plus tard, un nouvel éclairage est apporté sur le texte de Weber via des remises en contexte, par Proctor(103) ou encore Kalinowsky. En effet pour celle-ci, Weber ne se livrait pas à une condamnation de l'engagement du scientifique ou à sa prise de position, du moment que celle-ci était clarifiée d'emblée. Sa critique viserait en réalité la malhonnêteté intellectuelle consistant à maquiller des jugements de valeurs en jugements de faits au sein d'un discours à prétention scientifique.(107) On retrouve ici certaines des préoccupations pédagogiques de l'enseignement dans le paradigme de l'EBD : déclaration des conflits d'intérêts pour les intervenants, auteurs ou formateurs, et enseignement aux étudiants à distinguer les faits des simples assertions ou de la propagande notamment.

Cet idéal de la neutralité comme garante de l'objectivité a possiblement concouru à l'enracinement dans l'esprit populaire de l'image plus péjorative du scientifique dans sa tour d'ivoire et de ses corollaires : déconnexion vis-à-vis des affaires courantes des citoyens, usage d'un langage à la fois trop technique et trop « neutralisé », sans effort apparent de le rendre accessible au profane, participant au phénomène de violence symbolique décrit par Bourdieu (108),(109).

Cependant cette neutralité ou ce détachement artificiellement ancrés en tant que principes au sein de la communauté scientifique(104), ne sont pas nécessairement traduits dans les comportements concrets, l'orientation des recherches et des publications de ses membres(110),(111), (112). Des compromissions consenties dans une quête de subventions publiques aux financements reçus de la part de professionnels du lobbying, le scientifique ne peut pas toujours se consacrer pleinement à un idéal de « science pour la science ». Des gouvernements aussi bien que des industries s'investissent ainsi dans ce type d'accord.(112) L'histoire fourmille ainsi d'exemples de prétextes à l'instrumentalisation de la science, parant du masque de la neutralité qu'on lui associe des desseins on ne peut plus politisés ou intéressés :

- Intérêts commerciaux, image de marque (industries du tabac(113), du sucre(110), des pesticides naturels ou synthétiques(114), des énergies fossiles(115)...),
- idéologies politico-économiques (justifications « biologiques » et essentialistes aux impérialismes, colonialismes et fascismes, conflits idéologiques de la guerre froide(116), gestion des questions climatiques(117)...),

Dans le cadre de la recherche et de l'enseignement universitaires, il peut être intéressant de se demander de quelle manière la quête et l'obtention des subventions et financements impacte le fonctionnement des UFR. La loi Libertés et Responsabilités des Universités, ayant ouvert "le marché" des universités aux investisseurs privés, rend la question d'autant plus pressante. Il paraît en effet illusoire d'imaginer qu'un financeur n'attend aucune sorte de contre-partie lorsqu'il fournit des fonds à une unité de recherche, quel que fût son domaine. Que penser alors, quand dès 2003 une revue de littérature relevait que la principale source de soutien financier pour la recherche biomédicale, en dehors des gouvernements, était l'industrie?(35)

- *L'indépendance de la recherche et de la formation*

Cette question posée, il n'en reste pas moins que le système hospitalo-universitaire français nécessite d'avantage de fonds pour fonctionner de manière optimale dans ses missions de soin, de recherche et d'enseignement. Avec la loi LRU, l'État a notamment envoyé un signal clair de désengagement de la gestion de l'Université française, confirmant une tendance au glissement des financements de la science de l'État vers le secteur privé(118). Il est donc logique que les acteurs de l'enseignement supérieur et de la recherche se tournent vers d'autres sources de financements, et donc vers d'autres entités que l'État et les citoyens, à qui devoir "rendre des comptes".

L'Université publique, en théorie indépendante, a pour mission de former les futurs chirurgiens-dentistes selon les données acquises de la science. On l'a vu cette formation passe par d'importantes phases d'entraînement technique : le simple nombre de fauteuils demande donc aux centres de soins une grande

quantité de fournitures, consommables, matériaux, ou ustensiles pour fonctionner. A cela s'ajoute un gaspillage important de matériaux par les étudiants, relevé dans le rapport de l'audit de l'appareil de formation odontologique : moins conscients des coûts, moins performants dans le domaine de l'ergonomie, devant parfois recommencer leur travail, les étudiants consommeraient d'autant plus dans leur pratique qu'un praticien autonome. Dans un contexte budgétaire défavorable, ceci ne plaide pas en faveur d'un investissement massif dans les matériaux récents et coûteux correspondants aux données acquises de la science. La faculté de chirurgie-dentaire ne peut dans ces conditions pas prétendre apporter une formation initiale, pour le volet pratique du moins, en adéquation avec les avancées technologiques, et *a fortiori* conforme aux données acquises de la science. Par ailleurs, comme mentionné dans ce même rapport, la simple organisation (gestion de l'espace et organisation des emplois du temps) d'un grand nombre de box de soins est déjà un défi en soi, relevé de manière inégale selon les UFR... Que penser alors de l'organisation de soins à plateaux techniques lourds et coûteux (CFAO, aides optiques, microchirurgie, laser...) que représentent les techniques de pointe ?

La formation initiale du chirurgien-dentiste ne peut pas se passer d'un certain rapport avec les fournisseurs d'instruments, de matériaux et de matériel. L'exhaustivité de la formation initiale théorique odontologique étant en elle-même absolument inatteignable (ne serait-ce que par la vitesse de croissance de la quantité de connaissance mentionnée au \ 2.), le caractère éminemment technologique de la filière ne fait qu'accentuer le couple de problèmes de « formation déjà datée dès l'obtention du diplôme » et de « formation pratique incomplète mais validée ». Des choix sont donc faits quant aux contenus, techniques et manipulations enseignés et pratiqués.

Une pédagogie ancrée dans le paradigme de l'Evidence-Based Practice est supposée former aux raisonnements, démarches, protocoles et actes soutenus par une littérature récente, rigoureuse et objective. Pour être en accord avec l'EBP et ainsi se montrer concrètement indépendante, l'UFR se devrait au minimum selon cette logique d'être transparente sur le processus qui préside à cette sélection de matériaux, de matériel et donc de partenaires commerciaux. Dans le cas contraire, on expose les patients à n'être soignés qu'avec ce que le praticien connaît, dans un sens restrictif et péjoratif, ou à recevoir des conseils et prescriptions orientés par les visiteurs médicaux et partenaires commerciaux reçus dans l'enceinte de la faculté.

Les tenants de L'Evidence-Based Practice le disent eux-mêmes : une éducation est requise pour son application efficace. Quel meilleur exercice à l'évaluation critique du discours d'un éventuel partenaire commercial, fournisseur ou laboratoire, régulièrement nécessaire pour le praticien au cours de son exercice, que d'impliquer les étudiants dans cette démarche au sein-même de la faculté ? Il n'est pas ici question de confier directement aux étudiants la

responsabilité des choix de leur UFR en termes de partenaires industriels et commerciaux. Cependant, leur donner de la visibilité sur les entretiens avec les différents candidats, sur les négociations, pourrait représenter une piste pédagogique conforme à l'EBP, par l'exercice de l'esprit critique face aux discours de représentants de diverses industries, mais pourrait également favoriser la responsabilisation de l'étudiant quant aux coûts de ce qu'il utilise en TP et en clinique. Les relations toujours plus étroites que semblent amenés à entretenir les universités et les partenaires industriels pourraient ainsi, au contraire d'aliéner les enseignants et étudiants, mieux armer ces derniers pour leur futur rôle d'entrepreneur, de gestionnaire et de praticien ancré dans le paradigme de l'EBP.

Une fois encore l'Université et l'enseignement médical français sont actuellement face à une opportunité de repenser leur organisation, leur fonctionnement, et d'évoluer pour toujours mieux remplir leur rôle, en accord avec le contexte dans lequel elles se trouvent.

d) Sortie de la Faculté et début de la vie professionnelle : la réalité du début d'exercice

• *Le précipice à franchir, la montagne à gravir : du centre de soins au cabinet libéral*

Le passage de la vie d'étudiant à celle du professionnel marque, en odontologie comme ailleurs, une cassure. Dans la filière odontologique, celle-ci vient notamment des différences d'exercice existant entre le centre de soins hospitaliers, où l'étudiant fait ses armes, et les cabinets libéraux, où il exercera le plus souvent une fois diplômé. On peut classer les écarts relevés en deux types :

- Rattachés à la pratique en elle-même(14) :
 - La différence de rythme de travail
 - La différence de matériel (type, quantité disponible ou qualité)
 - Le travail en autonomie totale
 - Un plus grand rôle de communicant, pour ne pas dire de commercial, propre à une activité de soin dont la convention avec la Sécurité Sociale impose au praticien de savoir parler d'argent avec ses patients.

- Rattachés à l'organisation personnelle et à celle du cabinet, aux responsabilités périphériques du praticien autonome(25) :
 - Multiplicité des rôles à assumer en plus de celui de soignant
 - Impréparation au rôle de gestionnaire
 - Impréparation au rôle de manager
 - Méconnaissance des diverses formalités à remplir en début d'exercice, du Droit des entreprises, du cadre réglementaire de la profession en général

Il est à noter que des enseignements type « insertion professionnelle » sont bel et bien dispensés en 2016, conformément à l'arrêté du 8 avril 2013, dans l'UFR de Toulouse par exemple. Ils consistent en des cours magistraux et brassent le type de questions organisationnelles évoquées plus haut. Mais un enseignement semestriel suivant le format classique cours magistraux/examen terminal est-il le medium de choix pour répondre à cette problématique ? La place qui lui est donnée est-elle suffisante ?

Les causes de burn-out chez le praticien relèvent en effet souvent de difficultés périphériques au soin(26), concernant l'organisation et la gestion du cabinet, ainsi que la communication avec les patients(119),(120) et les différents partenaires du praticien. Ces derniers domaines sont ceux cités comme principales source de sentiment de manque de préparation à la vie active chez le jeune praticien (26). Par ailleurs si le phénomène de burn-out reste faiblement représenté chez les jeunes praticiens(26), il n'en reste pas moins plus fréquent que chez les aînés (37),(121),(122). Là encore, la prise de conscience de ce phénomène de la part des autorités responsables de l'organisation de la formation odontologique est manifeste à Toulouse: le burn-out est bien abordé au cours du cursus, toujours sous forme de cours magistral. Cependant les mêmes questions que précédemment se posent : ce format est-il le plus pertinent pour préparer les futurs praticiens à faire face à une crise intérieure de ce type ? Il est avéré que « le meilleur traitement du burn-out reste sa prévention », mais là encore, les outils pour s'en prémunir sont-ils transmis à l'étudiant ? Les travaux sur le sujet, pouvant remonter à près de 20 ans, concluent que l'apprentissage de la gestion du stress et une formation de sensibilisation devraient faire partie du cursus odontologique, notamment sous formes d'ateliers : entraînement à la relaxation musculaire, coping, relaxation émotionnelle, techniques de communication, résolution de problèmes, techniques d'adaptation au stress...(123),(121),(122). Le fait que ces recommandations soient encore très pauvrement entendues ou suivies peut en partie être éclairci par le tabou persistant en 2016 sur ce type de désordre ou de détresse psychique, qu'elle qu'en soit l'origine.

- *Adoucir la chute : le tremplin du stage actif*

A défaut d'imposer un système d'alternance classique ou de stage en immersion complète durant une durée déterminée, il est permis à l'étudiant en sixième année, sous autorisations délivrées par le conseil départemental de l'Ordre et l'UFR dont il dépend, d'effectuer des remplacements en cabinet libéral(124),(125). Il lui est également imposé, depuis 2006, d'effectuer un « stage actif » auprès d'un praticien en exercice en dehors de la faculté, tel que vu dans la partie I. Cette idée de stage chez un praticien extérieur au centre de formation n'est pas exclusive à l'odontologie française. Ce stage répond en effet à une problématique commune à un grand nombre de formations odontologiques à travers le monde, et est désigné dans les publications par l'expression « vocational training »(126). En juin 2013 se sont déroulées les Premières journées nationales du stage actif, à Clermont-Ferrand. Cette rencontre avait pour

but de faire un point sur les différentes pratiques et diverses formes de la mise en application de cette obligation dans le cursus odontologique à travers le territoire national, ainsi que de réfléchir à une harmonisation de ces pratiques. L'Ordre des Chirurgiens-dentistes, dans sa lettre n°120(127), ainsi que l'Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire(128), donnent dans leur compte-rendu les pistes de ce vers quoi devrait tendre le stage actif de fin de cursus à l'échelle nationale :

- Le format de stage en immersion totale, à privilégier sur des demi-journées ou des journées simples étalées au fil des semaines
- L'idée de plusieurs stages actifs en immersion totale est encouragé
- L'idée de permettre aux étudiants d'effectuer des stages dans différents cabinets est encouragée
- Le choix du lieu est laissé à l'étudiant
- La durée minimale d'un stage de deux mois fait consensus, mais dans le cas où plusieurs stages en immersion totale sont réalisés, cette durée est diminuée à six semaines
- Une harmonisation des méthodes d'évaluation des stages entre les UFR est encouragée ; carnets de stage, rapport de la part du maître de stage et du stagiaire etc
- Une harmonisation de la manière dont la loi (notamment concernant la durée de 250h de stage) est appliquée entre les UFR est encouragée
- L'évaluation devrait être faite par les enseignants et non par l'administration
- Instituer un enseignant référent de stage dans chaque UFR est encouragé
- Le statut du stagiaire doit rester le même que celui initialement défini dans le code de la santé publique (129)

Si ces dispositions témoignent de la conscience qu'ont les autorités universitaires et ordinales des importantes différences entre la pratique en UFR et celle en autonomie en cabinet, leur résultat reste mitigé et leur objectif n'est que partiellement et inégalement atteint. Des différences existent entre UFR, mais également à plus petite échelle, d'un lieu de stage à l'autre. Si le principe du stage actif est globalement favorablement accueilli comme une évolution positive du cursus, il représente néanmoins des contraintes organisationnelles à la fois pour la faculté, le centre de soins hospitalier et le praticien maître de stage. Le site de la faculté d'odontologie de Clermont-Ferrand propose une synthèse des comptes-rendus de stage effectués entre 2008 et 2013, à la fois du point de vue des stagiaires et de celui des maîtres de stage.(130)

Une étude réalisée auprès de la première promotion de stagiaires après l'entrée en vigueur de son caractère obligatoire apporte également une idée des apports de ce stage pour les étudiants (131).

Les principaux succès du stage actif relèvent de ce qui permet d'adoucir la chute du passage du monde hospitalo-universitaire au monde libéral:

- Pour les étudiants qui se voient effectivement confier des patients, un meilleur entraînement à la prise en charge globale du patient, en contraste avec les plans de traitements élaborés en équipes pluri-disciplinaires, ou même simplement faisant intervenir différents enseignants aux opinions parfois divergentes
- Pour ceux qui effectuent leur stage en immersion totale, un réel avant-goût de la vie d'un cabinet libéral, des rapports entre ses acteurs, des liens qui peuvent se former avec les patients
- Donner à l'étudiant un aperçu plus large des gammes de produits, consommables, ustensiles ou installations disponibles pour organiser sa future pratique
- Initier l'étudiant à l'utilisation de logiciel professionnel, aux aspects administratifs et comptables, encore abordés de manière souvent trop théorique durant le cursus

Des sources de réserves sont cependant également émises :

- Le caractère "actif" du stage est parfois fictif, l'étudiant se retrouvant parfois en tant qu'observateur uniquement
- La question du degré d'immersion de l'étudiant est inégalement traitée selon le lieu de stage voire d'un étudiant à l'autre au sein du même cabinet(127)
- Le temps alloué au total pour le stage est lui aussi variable.
- La durée minimale de deux mois, objet de consensus lors des journées nationales du stage actif, est pourtant massivement décrite comme insuffisante dans les témoignages de stagiaires comme de maîtres de stage.
- Des flous persistent de manière générale dans l'organisation, l'encadrement et l'évaluation du stage. S'ils permettent aux différentes entités encadrant le stage de garder une marge de manoeuvre pour se coordonner, ou encore de ne pas faire peser de trop fortes contraintes, possiblement rédhitoires pour les potentiels candidats au rôle de maître de stage, elles sont indubitablement source d'inégalités entre étudiants en termes de valeur ajoutée du stage actif.

Le travail d'harmonisation sur le front du stage actif de fin de cursus est donc un défi de plus pour l'odontologie française et son enseignement en ce début de XXI^e siècle. Les participants aux Premières Journées Nationales du Stage Actif ont bien relevé qu'harmonisation des objectifs, contenus et évaluations ne signifiait pas nécessairement rendre identique absolument. Les différences d'organisation des centres de soin et des facultés, parmi les différents pôles d'enseignement du territoire sont telles qu'imposer une norme du jour au lendemain serait voué à l'échec.

e) Praticiens Français, venant d'autres pays de l'Union Européenne, ou d'ailleurs : La compétence et la santé publique

- Vers l'uniformisation ?

L'Europe comptait en 2014 près de 350 000 Chirugiens-Dentistes en activité(132),(133) dont 42 000 en France. La facilité de déplacement intra-européen permet de nombreux mouvements de ces professionnels. En témoigne notamment la proportion d'inscriptions à l'Ordre National des Chirugiens-Dentistes en 2014 de 34,7 % de praticiens à diplôme étranger, dont 32,7 % à diplôme européen(134).

La reconnaissance mutuelle des diplômes pour la chirurgie-dentaire entre pays membres de l'UE (directive 78/686/CEE), ainsi que la première directive jetant les bases d'un socle commun de formation minimale (directive 78/687/CEE) datent de 1978. La liberté de circulation des Chirugiens-dentistes issu des États-membres au sein de l'espace Européen est effective, elle, depuis 1980(135). Si cette facilité de mouvements des personnes à l'intérieur de l'espace européen est un gain de confort et de liberté à l'échelle individuelle, elle ne va pas sans amener son lot de défis à relever pour la cohésion de l'UE. L'Odontologie est concernée puisque la discipline n'est pas réglementée selon les mêmes modalités au sein de tous les États Membres : les conditions d'admission au sein du cursus et les parcours de formation ne sont ainsi pas identiques, de même que les conditions de sanction et d'obtention des diplômes.(94) Ainsi parmi les 199 écoles dentaires européennes existant à ce jour, les disparités sont parfois préoccupantes, et pour cause : la directive européenne 2005/36 CE, dans son annexe V, point 5.3.1, décrivant les sujets obligatoirement abordés au cours de la formation odontologique initiale, est très vague, se contentant de lister des grands thèmes tels que "matériaux dentaires", "pharmacologie", "radiologie"...(136) Elle ne garantit donc en aucun cas un contenu standard correspondant aux données actuelles de la science pour les formations initiales odontologiques au sein de l'UE, que ce soit en termes de théorie, de pratique clinique, de sécurité du patient ou de gestion des risques. Le nombre de spécialités odontologiques reconnues varie lui aussi d'un État-Membre à l'autre : la parodontologie par exemple est reconnue en tant que spécialité au sein de 12 pays seulement, ce qui n'est pas le cas pour 16 autres, dont la France et l'Allemagne(137). Enfin l'organisation de la profession et sa position sur le réseau des soignants n'est pas non plus uniforme d'un pays à l'autre : là où certains dentistes peuvent déléguer une partie des soins à des hygiénistes ou techniciens dentaires, d'autres doivent gérer l'ensemble de la demande de soins du territoire seuls ou tout au plus assisté d'une aide-opérateur. Cette situation, associée aux classiques « problèmes démographiques » de l'offre de soins dentaires(138), a suscité la réflexion sur la pertinence d'une autorisation d'exercice partiel de la chirurgie-dentaire, pour les cas par exemple où des hygiénistes voudraient s'installer dans un pays où leur profession n'existe pas. Cette réflexion, dont la pertinence est soutenue par une revue de la littérature

concernant l'efficacité des « dental therapists » comparée à celle des dentistes pour la série d'actes concernés(139), suscite cependant de vives débats.

La volonté de la commission Européenne de créer une identité européenne passe par des dynamiques d'harmonisation scientifiques et universitaires tels le processus de Bologne, son système Licence-Master-Doctorat et ses crédits européens (ECTS), par des directives de libre circulation et installation, de reconnaissance automatique des diplômes et d'harmonisation des contenus universitaires. Chaque État-membre possédant son propre système de santé ainsi que ses particularités culturelles, structurelles et universitaires, les instances politiques européennes, bien que conscientes de la problématique des disparités en matière de formations initiale et continue au sein de l'UE, se sont cependant jusqu'à récemment cantonnés à donner un cadre vague et à émettre des recommandations à l'intention des instances nationales, en leur laissant le soin de légiférer chacune à son niveau en fonction de son contexte(140).

On l'a vu pourtant, les dernières décennies ont vu se développer l'Evidence Based Practice, synonyme de disponibilité et d'échanges internationaux de données scientifiques, mais également de mobilité des scientifiques et des praticiens eux-mêmes. Ainsi même si la législation Européenne s'est gardée d'imposer une harmonisation des cursus et pratiques de manière précise et stricte, les dispositions prises pour faciliter la mobilité et les échanges entre professionnels Européens ont facilité l'organisation par ces derniers d'associations, de rassemblements et de groupes de travail internationaux. Ils ont dès lors pris à cœur d'œuvrer pour la concrétisation de cette harmonisation ou tout simplement pour l'enrichissement mutuel via des échanges soutenus.

La plus ancienne de ces associations d'odontologistes européens, le European Union Dental Liaison Committee (EU DLC) a été créée en 1961, et fut renommée Council of European Dentists (CED) en 2006. Association à but non-lucratif, elle se veut représentative de l'ensemble des praticiens Européens auprès des instances politiques. Si ses objectifs ne concernent pas l'harmonisation des pratiques en elle-même, ils visent à la fois la défense des intérêts des praticiens, de la santé publique et de la qualité de l'odontologie européenne. Pour ce faire elle mobilise des groupes de travail sur des sujets d'actualité ou des thèmes phares du développement et de la modernisation de la profession. Le CED émet des recommandations pour orienter les institutions européennes sur le sujet de l'odontologie et de la santé bucco-dentaire, et sert de relais pour les associations d'échelle nationale.(141) Est également édité périodiquement depuis 1997 un « Manual of Dental Practice » par le CED, qui se veut un guide pratique, et un panorama de l'exercice de l'odontologie et des professions affiliées, au sein de chaque pays de l'Union Européenne. Il est notamment destiné aux praticiens qui s'expatrient.(142)

Fondée en 1975, L'Association for Dental Education in Europe (ADEE) s'occupe quant à elle des questions spécifiques à la formation odontologique à l'échelle européenne : non seulement vis-à-vis de sa qualité globale, mais aussi en ce qui concerne les questions d'harmonisation entre les systèmes de formation des différents États-membres, ainsi que la pédagogie ou les méthodes d'évaluation.(143) Parmi ses membres, on trouve principalement des facultés de chirurgie-dentaire et des associations de spécialistes : en France participent ainsi les UFR d'odontologie de Paris V et Paris VII, celles de Nantes et de Clermont-Ferrand, ainsi que l'European Association for Osseointegration de Paris(144). Outre son rôle de conseillère aux instances européennes, elle participe au mouvement qui, fondé sur l'Evidence-Based Practice et sur les valeurs Européennes d'échange scientifique et universitaire, cherche à repenser la formation et l'évaluation odontologique. C'est donc dans ses publications qu'on trouvera des éléments plus précis et plus modernes que ceux listés dans les directives Européennes, concernant les contenus et l'organisation d'un cursus odontologique européen harmonisé et d'actualité. Deux travaux en particulier représentent une synthèse de recommandations et de pistes intéressantes pour l'avenir, touchant l'organisation, la pédagogie, l'évaluation, et bien sûr les compétences à acquérir par les étudiants : « Profil et compétences du futur odontologue européen »(92), et «Contenu, structure, pédagogie et évaluation dans le curriculum de la formation initiale odontologique européenne »(145).

L'ADEE cherche à développer un réseau d'éducateurs et universités dispensant des enseignements odonto-stomatologiques. Pour ce faire elle a notamment recours à des programmes tels DentEd(146) et LEADER(147) et leur système de visites des centres de formations odontologiques volontaires par des pairs, membres de l'ADEE. Ces visites sont fondées sur le système de « peer-reviewed self-assessment » : elles se font après que le centre de formation ait rédigé et soumis à l'ADEE un rapport sur son activité, son organisation, les difficultés rencontrées, les problèmes à résoudre et objectifs de développement par exemple. L'équipe de visiteurs vient ensuite faire sa propre évaluation de la situation sur quelques jours, et compare ses observations et idées avec celles fournies dans le rapport d'auto-évaluation. Dans son rapport sur l'impact de ces programmes, l'ADEE clarifie « It was not expected that the visitors' views would be regarded as *ex cathedra* statements but rather as statements to reflect upon and, where desirable and practicable, acted upon. This developmental approach is in marked contrast to the inspectorial, judgmental stance adopted by some European Governments in their approach to Higher Education and Dental Health. »(146) Ainsi pour l'ADEE c'est bel et bien le centre de formation qui devrait s'engager dans une démarche volontariste d'amélioration. Cette démarche est accompagnée, enrichie des expériences et idées de pairs issus d'autres centres de formations odontologiques eux-mêmes inscrits dans une démarche similaire.

On a ainsi un exemple de dynamique d'harmonisation européenne et d'élévation des standards de qualité reposant sur des rouages différents et complémentaires de ceux de la « régulation par la coercition ». Celle-ci est classiquement utilisée par les gouvernements, entre autres *via* les organismes ordinaux (même si ce n'est pas l'unique rôle de ces derniers).

Depuis le 3 Avril 2004 il existe une entité chargée de fédérer à l'échelle Européenne ces organismes de régulation, conseils ordinaux et représentants de la profession : la FEDCAR (Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators). Il est ainsi possible aux organismes régulateurs nationaux équivalents du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes français, de présenter une position commune auprès du législateur de Bruxelles, afin de travailler à renforcer cette unité territoriale et identitaire européenne par une plus grande cohérence professionnelle à l'échelle de l'Union(148). Lors de la réunion de la FEDCAR du 27 mai 2016 à Barcelone, des initiatives internationales ont été présentées sur ce thème de l'uniformisation de la formation(137) :

-l'International Society of Dental Regulators (ISDR, soit l'équivalent de la FEDCAR à une échelle plus vaste) s'est fixé pour objectif en 2017 de définir une liste de critères validant la qualité de la formation dentaire.

-les programmes de visites et de certification de l'ADEE ont également été présentés.

On peut voir que les problématiques de l'assurance d'une formation odontologique de qualité, d'uniformisation voire de standardisation de l'odontologie et de son enseignement, peuvent se retrouver à plusieurs échelles nationales et internationales. Et pour cause : elles sont liées à l'évolution de la science, de la technologie et de la profession dans leur ensemble ainsi qu'à la santé publique des populations, quelles qu'elles soient. A l'ère où les vitesses de déplacements des personnes et des communications dématérialisées ne cessent d'augmenter, cette notion de « santé publique internationale » ne peut être ignorée, rendant ces questions d'harmonisation scientifique et d'élévation des standards de qualité incontournables également.

- *Égalité des chances et marché de l'enseignement supérieur privé* (149), (150), (151), (152), (153), (154), (155), (23), (156)

Le cas de « Fernando Pessoa France/ Centre Libre d'Enseignement Supérieur International (CLESI)/ Ecole Supérieure d'Etudes Médicales (ESEM) est particulièrement intéressant pour notre problématique puisqu'il soulève un certain nombre de questionnements et souligne des difficultés liées à la reconnaissance et au contrôle des compétences, ainsi qu'à la mobilité grandissante des professionnels de santé.

Lors de son ouverture tambours battants en novembre 2012, l'Université Fernando Pessoa annonçait offrir entre autres une voie détournée, une deuxième (ou troisième voire quatrième) chance aux étudiants français désireux de

poursuivre un cursus odontologique autrement qu'en passant par le concours de la PACES. Il était mis en avant, pour assurer ses candidats de la légalité de la démarche et de la validité des diplômes, que la formation était en partie assurée au Portugal (pour les dernières années du cursus) et entièrement supervisée et accréditée par le gouvernement Portugais, l'université Fernando Pessoa se présentant comme une antenne de l'Université du même nom au Portugal. De la sorte les étudiants étaient supposés recevoir des diplômes de Chirurgiens-dentistes portugais, puis grâce aux directives européennes mentionnées plus haut, ils seraient libres ensuite de s'installer et d'exercer en France sans démarche supplémentaire.

Bien que rencontrant immédiatement un public pour ses offres, la structure a également suscité un tollé chez les représentants de la profession : syndicats, Ordre professionnel, associations étudiantes etc.

Les motifs de colère et de protestation étant :

- Frais de scolarité jugés exorbitants et favorisant un enseignement supérieur médical et paramédical à deux vitesses : concours obligatoire, mais possibilité de court-circuit moyennant finance.
- Opacité sur les critères présidant aux conditions d'embauche des membres de l'équipe pédagogique, et donc remise en question de l'expertise scientifique et/ou pédagogique de celle-ci : pas de schéma classique enseignant-chercheur/praticien hospitalier, maître de conférences, assistant hospitalier etc soumis à évaluation.
- Opacité sur le contenu théorique, pratique et clinique de la formation et sur son niveau d'exigence.
- Accusation d'escroquerie pure et simple, lorsqu'il est apparu que contrairement aux annonces faites, le diplôme délivré n'était pas accrédité par le gouvernement portugais. Par ailleurs les accords conclus avec l'étranger ne garantissaient en aucune manière l'acceptation automatique de ses étudiants dans d'autres universités habilitées à délivrer un diplôme de chirurgien-dentiste européen, ni même ne garantissaient un nombre de places réservées à ses étudiants dans chaque promotion. Ceci ajouté à l'absence de validation de crédits ECTS pour les deux années passées à Toulon ou Béziers et la faiblesse du programme suivi a rapidement fait remonter des retours d'étudiants déçus car contraints de rattraper des matières, des semestres voire de redoubler à leur entrée dans les universités européennes vers lesquelles ils avaient été dirigés par le CLESI. Les étudiants engagés financièrement dans ce cursus long puis délocalisés au Portugal ou ailleurs devaient ainsi se retrouver avoir fait ces sacrifices lourds, en temps et en argent, inutilement.

Le centre de formation s'est en outre immédiatement fait un ennemi du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, qui a porté plainte le mois suivant son ouverture pour utilisation abusive du terme « université » et défaut de demande d'autorisation d'ouverture. Dans l'année suivant cette action a

par ailleurs été publié une loi modifiant le Code de l'Éducation. Il s'agit de la loi n°2013-660 du 22 juillet 2013, mise en application par l'arrêté du 21 juin 2014. Dans le chapitre III du Titre V du Code de l'Éducation concernant les établissements d'enseignement supérieur privés, elle instaure ainsi de nouvelles conditions à remplir pour obtenir une autorisation à leur ouverture, notamment en ce qui concerne ceux dispensant des enseignements médicaux et paramédicaux.

Les points modifiés ou créés accentuant la situation d'illégalité de Fernando-Pessoa France sont les suivants :

Article L731-1 :

« Les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique et les formations paramédicales sont soumises à l'agrément conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, dans les conditions fixées à l'article L. 731-6-1. »

Article L731-4 :

« La liste des professeurs et le programme des cours sont communiqués chaque année aux autorités désignées à l'alinéa précédent. »

Article L731-6-1 :

« Pour les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique et les formations paramédicales dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, la déclaration mentionnée à l'article L. 731-4 doit également comporter [une convention de l'établissement en question avec un établissement de santé et une université dispensant un enseignement de la filière concernée, et un dossier prouvant la solidité de ses moyens et ambitions pédagogiques] »

La bataille judiciaire et médiatique livrée en France autour de ce centre de formation dure depuis 4 ans. Les périodes d'instructions judiciaires et les procès intentés par les différents acteurs (rectorats et syndicats professionnels notamment) se superposant à la période de publication de l'amendement au code de l'Éducation, puis à celle de l'arrêté de sa mise en application, cette affaire a vu plusieurs rebondissements s'opérer. Ceci au point d'être qualifiée de « feuilleton Pessoa » dans la presse. Le dernier rebondissement en date est la décision prise par la cour d'Aix-en-Provence en septembre 2016 de faire fermer la filière odontologique du CLESI/ESEM sur ses deux sites, suites aux plaintes concernant l'irrégularité de la structure vis à vis des procédures pré-ouverture obligatoires. Le jugement concernant l'accusation de « tromperie sur les qualités substantielles de prestations de service » n'est lui toujours pas rendu.

Si la justice française semble avoir décidé que cet établissement devait cesser la partie de son activité concernant l'odontologie, le fait que cette filière ait pu s'implanter et fonctionner quelques années en France n'est ni anodin, ni dépourvu de signification, à l'instar des arguments avancés par la défense ou ses partisans.

- Les attaques les plus souvent reprises dénonçaient les tarifs du cursus et la promotion d'un système éducatif à deux vitesses, en permettant aux classes aisées de donner plus facilement une chance de plus à leurs rejetons via leur pouvoir d'achat, contrairement aux familles plus fragiles économiquement.

La structure incriminée a répondu que leurs frais restaient moins coûteux pour les familles que si elles choisissaient la solution alternative consistant à envoyer directement leurs enfants suivre un cursus odontologique dans un autre pays de l'Union Européenne. Cette pratique existant en effet depuis des années, connue de tous et contre laquelle il n'a pas été observé de mobilisation semblable à celle visant le CLESI, constitue dans les faits une autre forme de « contournement du concours par l'argent », elle visiblement acceptée. Par ailleurs, dans les filières commerciales ou du génie civil par exemple, elles aussi soumises à un écrémage des apprenants avec les systèmes de Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles, il est ancré dans les mœurs françaises que certaines écoles demandent des frais plus élevés que d'autres, publiques ou privées. La profession d'architecte, elle aussi réglementée, possède également des voies d'accès par l'enseignement supérieur privé. Même les écoles de kinésithérapie privées existent déjà sur le territoire et n'ont pas suscité autant d'émoi à leur arrivée, alors qu'elles offrent elles aussi la possibilité de passer outre le numerus clausus. On peut donc se poser la question de la raison qui justifierait un tel tollé sur le caractère privé ou payant d'une formation supérieure ou même sur son prix élevé, réaction réservée à une filière médicale. Par ailleurs des cours privés payants proposent depuis longtemps des systèmes de "prépa médecine" pour accompagner des candidats au concours de première année (ce qui a encouragé l'organisation par les associations étudiantes de tutorats, afin d'offrir un système d'accompagnement à tous, et non uniquement à ceux qui pouvaient payer des cours privés). Enfin comme on l'a vu précédemment, cette problématique concerne également les universités françaises publiques, demandant à leurs étudiants des investissements très inégaux d'une UFR à l'autre.

- D'autres attaques mettaient en avant le fait que le numerus clausus français, par sa difficile sélection, garantissait des praticiens « de qualité », et prenaient pour étayer le propos le cas de pays européens où les écoles odontologiques privées sont nombreuses et moins régulées, et où des étudiants peuvent sortir diplômés sans avoir pratiqués certains actes critiques, voire sans avoir pratiqué sur patient.

Ici il est questionnable d'établir un lien de causalité entre le type de sélection opéré lors du concours de la Première Année Commune Aux Études de Santé et la qualité des praticiens qui en ressortiront. En effet, ce raisonnement confond régulation de la formation et sélection préalable à l'accès à cette formation. De plus il est clair que la nature même de ce concours ne permet en aucun cas de pré-supposer de la compétence future des praticiens une fois formés, tant la forme qu'il prend est éloignée de toute activité et de tout cheminement intellectuel opéré par le professionnel de santé au quotidien dans son activité. Tout au plus permet-elle de sélectionner sur des critères comme la mémoire ou la capacité de travail. Mais le raisonnement clinique ou la dimension humaine restent anecdotiques au cours de cette année qui s'apparente plus à une compétition de chevaux de trait qu'à une sélection de futurs soignants. Si la régulation de la formation odontologique reste un gage de sécurité du patient et de compétence du praticien, elle n'implique pas nécessairement une sélection à l'entrée cadrée par un *numerus clausus* pour autant, ni par un concours, cadre par essence diamétralement opposé à la sélection de personnalités altruistes.

- Il a également été fait mention du danger que pourrait représenter l'ouverture d'un trop grand nombre de cursus odontologiques non soumis au *numerus clausus* pour la démographie professionnelle française, à l'instar de ce qui est observable en Espagne notamment, où le nombre de nouveaux diplômés a explosé, mettant les chirurgiens-dentistes en situation de compétition féroce et de précarité.

Si verser sans transition dans la dérégulation totale de la formation voire de l'exercice de la chirurgie-dentaire causerait inmanquablement du tort, au moins autant aux patients qu'aux professionnels, il est avéré aujourd'hui que la France se dirige vers une baisse des effectifs de praticiens et de professionnels de la santé. L'Organisation Nationale de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) dans son rapport de 2007 mentionnait en effet un déficit entre praticiens quittant la vie active et praticiens s'y engageant.(157) En outre, comme mentionné plus haut, le tiers des primo-inscrits au tableau de l'Ordre des chirurgiens dentistes en France possède un diplôme autre que français, mais surtout, 40% de ces praticiens diplômés à l'étranger exerçant en France sont de nationalité Française, et il ne leur est pas intenté de procès pour contournement du *numerus clausus* pour autant.

Cet épisode crée incontestablement un précédent dans l'Histoire de la Chirurgie-Dentaire française et européenne. Il est à la fois symptomatique d'une époque et révélateur d'imperfections, de failles voire d'échecs et de défis à relever. Ceci concernant la construction Européenne, ses systèmes d'enseignement supérieur, et la politique de santé publique française sur le long terme. Il est donc nécessaire aux pouvoirs publics d'y voir un avertissement et de réfléchir sérieusement à une correction de ces failles, sur le long terme. En effet la réaction du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche avec son

amendement au Code de l'Éducation ne s'était pas faite attendre et prouve une certaine vigilance des pouvoirs publics sur la question de l'enseignement supérieur, mais pas une vision politique de long terme pour autant. Le texte en son état actuel demande plusieurs démarches avant ouverture et permet un plus grand contrôle des filières privées d'enseignement supérieur en santé. Il n'interdit cependant pas en soi l'existence de filières odontologiques privées hors numerus clausus, du moment qu'elles souscrivent aux exigences citées plus haut.

Quant à savoir si la prochaine tentative d'ouverture d'une telle filière, cette fois en règle et ayant fait preuve de sa volonté et des moyens de délivrer des enseignements « consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science », se verra acceptée ou rencontrera de nouveaux obstacles en suscitant une nouvelle levée de boucliers...

- *Inquiétudes légitimes et esprit corporatiste*

Les vifs débats autour de ce cas particulier, très médiatisé, se sont récemment vus alimentés par la publication d'une étude. Celle-ci, réalisée dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du titre de docteur en chirurgie-dentaire, traite du paysage de l'enseignement supérieur odontologique en Europe(158). Elle cible 23 372 étudiants, en dernière année de formation ou ayant terminé leur cursus en 2015, et appartenant à un des 26 pays membres dotés d'organismes de formation. 964 réponses provenant de 19 de ces pays ont été enregistrées, et si la valeur statistique de l'étude doit pondérer l'interprétation de ses résultats, il n'en reste pas moins que ceux-ci ont suscité moult émois et de vives inquiétudes, comme en témoigne la presse professionnelle. Les résultats ayant notamment retenu l'attention sont ceux indiquant qu'un étudiant sur dix a déclaré que son activité clinique se serait limitée à un rôle d'observateur, et que certains actes de pratique quotidienne n'avaient jamais été réalisés par une fraction conséquente des répondants : réhabilitation par prothèse fixée pour un étudiant sur trois, le retraitement endodontique pour un étudiant sur deux notamment. L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes français a exprimé dans un communiqué du 02 septembre 2016 son souhait que la diffusion de cette étude amène à réfléchir autant les étudiants souhaitant se délocaliser que les organismes formateurs européens(159). Cependant, ainsi que le fait remarquer son auteur, « quand bien même ces chiffres seraient, par aléas statistiques, surreprésentés, cette population existe », et c'est ce simple fait qui anime les débats et fait espérer une modification de la directive 2005/36 CE. Modification vainement attendue par les organismes tels la FEDCAR et l'ADEE jusque là, au point que ceux-ci en sont venus à se charger eux-mêmes de la responsabilité de combler cette faiblesse législative en prenant leurs propres mesures d'harmonisation, citées plus haut.

Des affaires et enquêtes de ce type, ajoutées aux statistiques des nouveaux inscrits à l'Ordre (en terme de pays d'obtention des diplômes) contribuent à alimenter chez une partie des praticiens Français un certain "corporatisme chauvin". Ces éléments se retrouvent dans une enquête qualitative

menée auprès de praticiens de la région Rhône-Alpes(64). Un sentiment d'injustice vis-à-vis de l'accès à la formation causé par le système obsolète, au vu du contexte européen, du numerus clausus français, est évoqué :

- des étudiants, on le suppose de familles relativement aisées, vont faire leurs études à l'étranger puis reviennent exercer en France, quand ceux issus de familles plus modestes n'ont pas cette possibilité
- l'ouverture éventuelle de centres de formations privés type Pessoa/CLESI/ESEM, comme on l'a vu, suscite le même sentiment d'injustice, pour des raisons similaires
- des ressortissants étrangers qui ne sont pas passés par le système de numerus clausus peuvent exercer en France sans difficulté grâce à la reconnaissance automatique des diplômes

En complément de ce sentiment d'injustice, l'absence de réelle harmonisation des formations odontologiques européennes, dont les effets sont ceux cités dans l'étude de Mazevet, incite à la méfiance certains praticiens qui souhaitent céder leur cabinet ou trouver un collaborateur par exemple. Il est cependant à noter que d'autres praticiens voient au contraire l'affluence de praticiens d'horizons différents comme une opportunité, propice à un enrichissement mutuel.(64)

Les inquiétudes vis-à-vis du niveau moyen de compétence des praticiens formés hors du parcours français, si elles reposent sur un socle concret d'écart de pratiques au sein de l'Union Européenne, ne relèvent de fait pas que de la compétence des pouvoirs politiques Français, qui ne peuvent de toute façon pas refuser une main-d'œuvre médicale nécessaire, dont la formation ne lui a de surcroît rien coûté... Plus qu'à l'isolationnisme ou au chauvinisme (on l'a vu, des écarts conséquents se retrouvent de toute façon entre formations odontologiques françaises), ces questionnements ne devraient-ils pas inciter à redoubler d'efforts, dans une recherche commune d'amélioration des standards de qualité, des soins comme de la formation, au sein de l'Union Européenne voire au-delà ? La réalité du contexte européen, des mouvements grandissants de populations (et donc de patients(160)) et de professionnels, rendrait presque caduques les notions de santé publique nationale, comme celle de régulation de ces formations de santé au seul échelon national. Les particularités de chaque territoire ne devraient pas faire oublier la réalité de la dissolution des frontières et du raccourcissement relatif des distances.

2. La place occupée par la compétence dans la vie professionnelle du praticien.

a) Motivations en faveur du développement des compétences

On peut retrouver divers moteurs à la dynamique de développement des compétences en chirurgie-dentaire. Qu'elles soient d'ordre purement légal, qu'elles relèvent de motivations pragmatiques voire mercantiles ou qu'elles répondent à un besoin personnel du praticien, ces démarches bénéficient en fin de compte, sous réserve qu'elles n'aboutissent pas à un comportement ou une attitude thérapeutique trop agressive, au patient.

Les motivations retrouvées sont les suivantes :

- Être en règle avec la loi et en particulier l'obligation de formation continue tri-annuelle
- Être capable de proposer toujours plus de solutions aux problèmes que ses patients peuvent présenter
- Posséder une « valeur ajoutée » sur le « marché dentaire » en tant que praticien formé à telle technique ou tel procédé
- Multiplier les postes de recettes sur lesquels le cabinet peut compter en se formant à un ou plusieurs domaines aux tarifs non-opposables
- Défiscaliser, « lisser son chiffre d'affaires »
- Être en phase avec le progrès, y participer voire le promouvoir
- Lutter contre la routine
- Se sentir compétent, réduire le stress qui accompagne certains actes complexes, accroître la confiance en soi au quotidien grâce à un sentiment d'efficacité personnelle accru
- Entente entre les travailleurs du cabinet favorisant la mise en place de nouveautés, les investissements : formation, culture, objectifs communs.

b) Freins dans la dynamique du développement des compétences

En 2013, 10% des chirurgiens-dentistes ont satisfait à leur obligation de DPC. On voit donc que bien que des moteurs existent dans l'esprit et dans l'environnement du praticien pour le pousser à se former tout au long de sa carrière, leur action se voit fortement contrecarrée par des freins :

- Surcharge de travail, notamment en zone à faible densité de praticiens, et sentiment de ne pas pouvoir « abandonner son poste » le temps de se rendre en formation
- Sentiment, également en zone sous-dotée, et faute de réseau de spécialistes alentours, que le praticien ne peut pas se permettre de trop se spécialiser lui-même, pour rester omnipraticien
- Manque de temps pour se pencher sur la question, faire son choix parmi

- l'offre de formations disponibles et effectuer les démarches nécessaires
- Défiance vis-à-vis des formateurs, sentiment que "chaque formateur détient sa vérité"
 - Fierté, dogmatisme, conviction de faire déjà au mieux ou simple réticence caractérielle au changement
 - Sentiment d'être trop proche de l'arrêt de l'activité pour rendre la formation bénéfique ou rentable
 - Sentiment ou conviction d'être trop ancré dans ses habitudes de travail pour pouvoir les changer sans que cela bouleverse la bonne marche de la structure ou n'affecte négativement son fonctionnement
 - Sentiment ou conviction que le temps nécessaire à maîtriser une nouvelle technique dépassera de toute façon le temps durant lequel celle-ci restera scientifiquement pertinente (comparaison entre la courbe d'apprentissage et la vitesse d'évolution du métier)
 - Réticence à se lancer dans l'investissement de nouveau matériel utilisé pour une ou des techniques plus modernes, ou coût de fonctionnement de telle ou telle nouvelle technique jugé trop élevé
 - Recours faible à certains actes pour raisons économiques : couverture sociale française favorisant, par les différences de remboursement, l'adhésion des patients à certaines techniques par rapport à d'autres, en dépit parfois de ce que l'état actuel des connaissances odontologiques préconiserait. La progression au sein d'une courbe d'apprentissage étant directement fonction de la répétition de l'acte en question, un praticien qui obtient un faible taux d'adhésion de la patientèle à une technique, progressera plus lentement vers la maîtrise de cette dernière.
 - Entente entre les travailleurs du cabinet peu propice aux changements d'organisation, aux expériences et aux investissements inhérents à l'apprentissage de nouvelles techniques : intérêts, points de vue ou objectifs de développement divergents au sein de l'équipe par exemple

c) La spécialisation en odontologie : flous artistiques et libertés du praticien

La spécialisation, en odontologie française, renvoie à deux types de phénomènes :

- Le praticien a opté pour un troisième cycle long, suite au concours national de l'internat, et prépare un diplôme de spécialiste au sein d'une des trois voies (médecine bucco-dentaire, orthopédie dento-faciale ou chirurgie orale) qu'offre cet internat. Une fois inscrit au tableau de l'Ordre en tant que spécialiste, ses actes se cantonnent au domaine de sa spécialité.
- Le praticien a suivi un cursus « standard », avec un troisième cycle court qui lui octroie un diplôme de Docteur en chirurgie-dentaire, et l'atteste comme capable de réaliser une large gamme d'actes : il est donc aux yeux de la loi omnipraticien, ou « dentiste généraliste ». La spécialisation renvoie

dans ce cas au fait que l'omnipraticien a orienté sa pratique au fil de son exercice, en fonction de ses préférences pour tel ou tel domaine, des besoins spécifiques de la population qu'il soigne, des formations complémentaires suivies, et de la façon dont il a équipé son cabinet(63). Un omnipraticien pourra de fait concentrer sa pratique sur la parodontologie ou l'implantologie par exemple. On se rappelle qu'au sein de l'Union Européenne, le nombre de spécialités reconnues d'un État-membre à l'autre varie. Ceci reste une imperfection dans le système de reconnaissance automatique des diplômes, mais n'empêchera par exemple pas un parodontologiste Belge d'exercer sa spécialité en France, du moment qu'il le fait sous un titre d'omnipraticien(161). Par ailleurs, pour chaque spécialité existe en France une commission à laquelle l'omnipraticien peut soumettre son dossier, pour être reconnu comme spécialiste de fait, sans être passé par l'internat.(162) Cependant le champ d'actes dans lesquels le praticien s'est spécialisé doit correspondre au champ d'actes auquel sont formés les spécialistes par l'internat. Un praticien qui s'est spécialisé dans la chirurgie orale, mais ne s'est pas formé ou n'exerce pas sur l'ensemble de la gamme de la spécialité officielle de chirurgie orale, verra ainsi sa demande de reconnaissance de statut de spécialiste refusée(137).

Le statut d'omnipraticien n'interdit pas de réaliser des actes appartenant au champ de compétences d'un spécialiste : il peut légalement mettre en place des traitements d'orthodontie ou réaliser des actes chirurgicaux.

Des limites se posent malgré tout sur l'exercice de cette liberté de « spécialisation officieuse » :

- Comme on l'a vu au I/ 1., la compétence et la capacité sont deux choses distinctes. La capacité ne résume pas à elle seule ce que le praticien peut s'autoriser à faire : l'exercice légal (et serein) se situe à l'intersection de la capacité réglementaire et de la compétence personnelle du praticien.
- On rappelle ainsi que le code de déontologie stipule dans l'article R4127-204 : « Le chirurgien-Dentiste doit s'interdire de réaliser des actes ou des prescriptions lorsque ses compétences ou les possibilités matérielles dont il dispose sont dépassées. » La responsabilité du praticien est alors engagée s'il effectue un acte que le diplôme autoriserait, sans que sa compétence soit confirmée par exemple par la formation continue ou une pratique régulière de ce type d'acte.
- Au moment de souscrire à un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle, le praticien qui souhaite par exemple être assuré pour les actes d'implantologie, devra fournir une preuve qu'il est effectivement compétent pour les réaliser : attestation de formation, de D.U. etc.

La question de la spécialisation du praticien, qu'elle soit le fait d'une évolution progressive au cours de la carrière ou qu'elle résulte du parcours de formation initiale, reste à l'heure actuelle sujette à évoluer, dans le cadre de la construction Européenne, mais aussi dans le cadre d'une réflexion propre à l'organisation des filières médicale et odontologique et de leurs rapports avec les organismes financeurs, au sein de chaque État-membre. Elle est en effet actuellement le point de certaines frictions sur plusieurs plans :

- Différentes spécialités sont reconnues au sein de l'UE pour les praticiens de l'Art Dentaire
- Différentes voies d'accès existent, sur un même territoire, à ces spécialités :
 - la chirurgie orale peut être exercée après un parcours de médecine également
 - au sein de la profession de chirurgien-dentiste, différents parcours personnels peuvent conduire à la spécialisation, et à la reconnaissance de cette spécialisation

3. Les moyens concrets utilisables pour répondre à la problématique de la compétence en Chirurgie Dentaire.

a) Formations complémentaires :

- Universitaires

Les universités ont pour mission, comme établi dans la loi Savary de 1984, de proposer aux praticiens un panel de formations complémentaires en sus de la formation initiale.(163) Longtemps représentée principalement par les Diplômes Universitaires (DU), les Certificats d'Études Spécialisées, les DESCB et CECSMO et un internat non qualifiant(140), cette offre s'est aujourd'hui complétée de la possibilité de se spécialiser après concours via un internat qualifiant, déjà abordé précédemment.

- Les DU et Diplômes Inter Universitaires (DIU), comme leurs noms l'indiquent, sont délivrés par et au nom de la (ou des) université(s) qui les organisent. Ils ne sont donc ni reconnus, ni régulés par l'État. Ils permettent notamment d'approfondir des connaissances dans un domaine ou d'élargir sa pratique. Pour cela ils peuvent s'organiser sur une ou plusieurs années, et le nombre d'heures de formation et les frais d'inscription et de participation qu'ils nécessitent varient, et sont à la discrétion des organisateurs.
- Les Certificats d'Études Supérieures sont réglementés par l'arrêté du 27/07/2010 et son annexe(164). D'une durée minimale de 1 an, ils visent également à fournir au praticien diplômé des connaissances et savoir-faires approfondis, et permettent la validation de 16 ECTS : 12 ECTS validés dans 3 UE spécifiques, et 4 ECTS validés dans une UE en sciences fondamentales au choix parmi une liste donnée dans l'annexe de l'arrêté.

- Les Diplôme d'Études Supérieures en Chirurgie Buccale (DESCB) et Certificat d'Études Cliniques Supérieures Mention Orthodontie (CECSMO) ont été supprimés en 2012 pour laisser place au système d'internat qualifiant.

Dans l'état actuel des choses cependant, l'université permet d'avantage une formation de spécialisation ou de remise à niveau, voire d'acquisition de titres valorisants pour un cabinet, qu'une formation réellement continue et suivie correspondant aux modèles édictés par la HAS : définition d'axes de formation prioritaires selon les ARS, EPP et roue de la qualité... Néanmoins, les membres des équipes pédagogiques des universités peuvent être amenés à collaborer, dans le cadre d'actions de DPC organisées au sein de celles-ci, avec une société scientifique ou un organisme formateur éventuellement.

- Privées

Ces formations complémentaires peuvent être dispensées sous des formats et dans des cadres plus souples ou moins contraignants que ceux retrouvés dans les formations universitaires. Elles peuvent être organisées par des sociétés savantes, des sociétés commerciales, les organisations et associations locales ou nationales de formation continue. Les formations privées font intervenir des praticiens généralement reconnus dans leur discipline de prédilection, et ceux-ci peuvent être amenés à intervenir dans le cadre de formations organisées par différents groupes. Par ailleurs on l'a vu, cette offre de formations riche et variée sur le territoire fait souvent intervenir des partenariats, entre sociétés savantes et sociétés commerciales, entre sociétés savantes et une université etc. Les formations peuvent s'organiser sous la forme classique de cours magistraux pour les plus théoriques, mais également sous forme de travaux dirigés et travaux pratiques lorsqu'un apprentissage gestuel est en jeu, voire des séances cliniques. Ces dernières années se développe également le marché de la formation en e-learning, c'est-à-dire à distance, mettant à profit les avancées dans les technologies de l'informatique et des communications.

Exemples de sociétés savantes :

- ADF (Association Dentaire Française)(165)
- GSSOS (Groupement de Sociétés Scientifiques Odonto-Stomatologiques)(166)
- L'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) (167)
- L'ADDA (Académie de Dentisterie Adhésive)(168)
- La SFMDS (Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil)(169)
- La SFHAD (Société Française de l'Histoire de l'Art Dentaire)(170)
- L'ANCD (Académie Nationale de Chirurgie Dentaire)(171)
- CNEOC (Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice)(172)
- SFOP (Société Française d'Odontologie Pédiatrique)(173)
- CNO (Collège National d'Occlusodontologie)(174)
- CNEPO (Collège National des Enseignants en Prothèse Odontologique)(175)

Les Associations Départementales de Formation Odontologique Continue (ADFOC) regroupent des praticiens et formateurs par département. Ces associations départementales sont regroupées au sein de l'Union Nationale de Formation Odontologique Continue (UNAFOC).

On le voit, les éventails de thèmes de formations, comme d'organismes formateurs et de formats et supports de ces formations sont larges. Si le site de l'ANDPC par exemple répertorie un grand nombre de formations, il ne propose pas de hiérarchisation, de guide décisionnel avec des critères d'orientation pour aider le praticien à faire un choix parmi celles-ci. Hormis les listes d'orientations de formation continue (citées au I/ 3. c) ."une obligation légale"), le praticien s'orientera principalement, comme il en ressort des entretiens réalisés pour les études qualitatives précédemment citées (63), (15), (14), (64), à partir de critères subjectifs. De la même manière que le patient se trouve souvent démuni et réduit à utiliser des méthodes peu objectives lorsqu'il cherche un praticien, telles le bouche à oreille ou la lecture d'avis d'internautes, le praticien qui cherche une formation s'avance dans sa formation scientifique de manière fort peu scientifique et objective. De plus, on peut se questionner sur le rôle que joue l'offre elle-même sur l'orientation de ce choix, et notamment sur l'existence d'effets de mode. A titre d'exemple, une recherche basique sur le site de l'ANDPC, pour l'année 2017 et sans précision de lieu, renvoie 3 offres de formation avec le mot-clé "implantologie", et aucun résultat avec les mot-clés "dermatologie" ou "dermatologie-buccale". Sachant qu'en ce qui concerne les patients, le domaine de l'implantologie relève du champ de la morbidité quand celui de la dermatologie buccale peut relever relativement plus fréquemment de la mortalité, des questions se posent sur ce qui modèle ce marché de la formation continue.

b) Communautés de pratique

Issues des milieux industriels et savants, les communautés de pratiques se sont développées aux alentours des années 1990. Elles correspondent dans leur définition la plus couramment utilisée à «des groupes de personnes qui partagent une préoccupation, un ensemble de problèmes ou une passion à propos d'un sujet et qui approfondissent leurs connaissances et expertise dans ce domaine en interagissant de manière régulière.»(176). Elles sont le fruit de la mutation technologique, sociale et économique qui a lieu depuis quelques décennies et qui marquent la transition vers une "économie de la connaissance"(177) ou une "société du savoir".(178) Ces formes de réseaux volontaristes possèdent souvent une forte composante identitaire : jargon, supports d'échanges qui leur sont propres, productions communes notamment. Ils sont basés sur une organisation horizontale, démocratique et orientés sur un but ou une thématique commune. Ayant principalement émergé sous la forme de réseaux intranet au sein de grandes entreprises ou institutions possédant plusieurs antennes éloignées

géographiquement, ces communautés ont permis le partage d'expériences, d'informations et de ressources entre représentants de même profession ou de secteurs d'activités proches et complémentaires.

L'odontologie a également sa part de communautés de pratiques :

- Des sociétés savantes peuvent être qualifiées de communautés de pratiques: elles mettent à profit les compétences de chacun de leurs membres pour produire des référentiels au terme d'échanges et de réunions, organisent des congrès...
- Des réseaux de soins correspondent également à cette définition : lorsque des praticiens d'une localité décident de se regrouper autour d'un site internet regroupant des dossiers patients, de se concerter pour mettre en place des protocoles de diagnostic ou d'éducation thérapeutique et préventive auprès des patients par exemple, c'est également une communauté pratique qui se forme.(179)

Une communauté de pratique peut permettre de "renforcer" les individus grâce à la mise en commun de savoirs, d'expertises, de documents. A l'inverse, la communauté de pratiques peut favoriser l'innovation, l'émulation dans une discipline grâce à la mise en commun de ressources individuelles et surtout à la rencontre et la synergie de différentes expertises et compétences complémentaires qu'elle permet. De nos jours cependant, elle peut se voir "avalée" par les réseaux sociaux. Ceux-ci, désormais, sont à la fois d'ampleur planétaire, tout en permettant des "partitions" de l'espace social virtuel, suite aux nombreuses requêtes et inquiétudes exprimées concernant la confidentialité des données. Ils peuvent ainsi permettre simplement, grâce à leur interface connue de beaucoup, l'organisation et le regroupement de communautés de pratiques. Cependant, étant généralistes, ces réseaux sociaux ne peuvent pas offrir toutes les fonctionnalités d'un réseau spécifiquement dédié à toutes activités susceptibles de rassembler des communautés de pratiques. Ainsi, plus qu'un outil de remplacement des communautés de pratiques, ils peuvent être vus comme des outils supplémentaires à leur naissance, à leur alimentation en nouveaux membres, et à leur coordination pour leur différentes productions.

c) Au quotidien

- L'analyse des pratiques

L'expression "Analyse des pratiques" a remplacé dans la loi de modernisation du système de santé celle d' "Évaluation des Pratiques Professionnelles".(72) Ce qu'on pourrait prendre pour un effet de manche politique correspond en fait à une certaine nécessité. En effet, du temps où le terme précédent faisait référence, il semble qu'une proportion non négligeable de praticiens, mal informée, avait tendance, quand elle l'avait déjà entendu, à

l'interpréter comme renvoyant à un dispositif gouvernemental ou ordinal d'inspection des cabinets dentaires, et donc à un élément de pression administrative supplémentaire. Ces données, issues d'une étude en vue de l'élaboration d'un outil destiné à faciliter ces EPP, donnent un certain éclairage à l'accueil froid qui a pu être fait à ce système d'EPP.(15) En réalité ce système faisait référence à une auto-évaluation de la part du praticien. Cette auto-évaluation devait l'amener à identifier les points de pratiques perfectibles, notamment en comparant sa propre pratique à un ou des référentiels de bonnes pratiques. Une fois que les praticiens étaient informés de la réelle nature des EPP, ils avaient tendance à se montrer plus favorables à ce dispositif, même si certaines réticences, notamment d'ordre pratiques, persistaient. L'analyse des pratiques au quotidien, si elle était favorablement jugée comme démarche positive, à la fois pour le praticien et pour sa patientèle, représentait malgré tout une démarche jugée chronophage, particulièrement sans autre outil que des référentiels.

La modification de la démarche qualité correspondant aux nouvelles recommandations de la HAS, visant à rendre l'analyse des pratiques dépendante de chaque programme de DPC, va peut-être permettre aux praticiens de se sentir moins livrés à eux-mêmes face à une contrainte administrative supplémentaire. Si les discussions avec les autres participants aux actions de DPC et avec les formateurs apportent un regard extérieur à ces analyses de pratiques, il n'en reste pas moins qu'elles reposent essentiellement sur l'auto-évaluation, au quotidien, de son activité et des changements qu'on y opère, pour les patients comme pour soi, et notamment dans la période suivant l'action de DPC.

- *Le papier, support antique ayant fait ses preuves : valeur sûre, valeur d'avenir ?*(180),(181), (182)

Au quotidien, pour le praticien désireux d'accroître ses compétences tout en restant libre des contraintes de lieux et de temps, les supports papiers ont de longue date représenté une aide précieuse : presse spécialisée, livres, guides édités par des sociétés savantes sont autant d'outils ayant fait leurs preuves. Malgré tout on l'a vu, la compétence en odontologie ne va pas sans pratique, et apprendre un protocole par simple lecture est loin de garantir une assimilation adéquate par le praticien : le volet exercice pratique est absent de la démarche, tout comme la présence d'une aide de la part d'un tuteur expérimenté, capable d'attirer l'attention sur des défauts d'exécution par exemple. S'il reste un socle à la fois sûr, souple et généralement peu coûteux au maintien à jour des connaissances et des avancées techniques et technologiques, le recours à l'information sur support papier n'en reste pas moins un socle : en tant que tel, il ne peut pas remplir toutes les exigences d'une démarche de formation continue et d'accroissement des compétences.

- L'ère du « tout connecté » et ses outils

Depuis quelques années, la prolongation de la facilité d'accès et d'usage de l'information sur support papier prend place dans les mœurs des praticiens, sous la forme, d'un côté de la mise en ligne de nombreux contenus scientifiques, regroupés au sein de bases de données thématiques, et d'autre part des formations en ligne, ou e-learning. Ces dernières, qui gardent l'avantage d'être moins contraignantes et moins coûteuses qu'une formation présentielle, apportent la possibilité d'assister à la réalisation d'un acte de soin par retransmission vidéo, mais également de pouvoir communiquer avec les intervenants et de leur poser des questions. Là encore cependant, reste la lacune du volet pratique. Cette lacune n'est peut-être pour autant pas amenée à perdurer : en effet le développement des technologies haptiques (ici les technologies visant à permettre à un usager de percevoir par le toucher l'effet de manipulations virtuelles qu'il réalise sur un objet 3D affiché sur un écran) est une perspective intéressante dans la formation, initiale et continue, de métiers techniques tels que la chirurgie-dentaire.(99), (183), (184), (185)

- La place des réseaux sociaux

Comme on l'a vu précédemment, les réseaux sociaux peuvent remplir certaines fonctions qui les rapprochent du support de communautés de pratiques. Ainsi se sont constitués des groupes, confidentiels ou non, de chirurgiens-dentistes, en fonction de domaines de spécialité, en fonction de secteurs géographiques, ou simplement dans le but de partager des anecdotes du quotidien des cabinets dentaires. Ce phénomène permet aux praticiens de rompre leur isolement professionnel, longtemps considéré comme pratiquement une part inévitable de l'exercice de la dentisterie, tout particulièrement en milieu rural. Cette récente évolution de l'accessibilité des praticiens à une zone d'échanges entre professionnels dématérialisée contribue à contrecarrer les effets néfastes de l'isolement sur l'évolution de la compétence du praticien : échanges autour de cas cliniques (avec mise en ligne de clichés photographiques et radiographiques par exemple), partages d'informations sur la tenue de formations à venir, partages de publications... Ainsi les réseaux sociaux, en même temps qu'ils ouvrent aux praticiens de tous horizons une fenêtre supplémentaire sur d'autres cabinets et d'autres exercices, donnent une nouvelle dynamique à la profession dans son ensemble en la sortant de son individualisme réputé. Cette nouvelle forme d'échanges et de partage entre professionnels, paraît "démocratique" et égalitaire dans son principe, puisque chacun peut participer aux discussions et présenter des cas cliniques. Elle peut ainsi faciliter le *peer-review*, intéressant pour aider le praticien qui cherche à s'évaluer. Cependant elle n'est pas exempte de certains travers. Ainsi les membres les plus actifs, les plus à l'aise avec ce média, se donnent une plus grande visibilité au sein de la communauté, et peuvent obtenir une certaine autorité ou un certain statut, faisant compter leur voix plus que celle d'autres utilisateurs du groupe. On retrouve ici un statut similaire à celui du "mandarin" universitaire, et une organisation de la transmission des savoirs

finalement toujours centrée sur des figures d'autorité charismatiques. Ce phénomène doit attirer l'attention sur le fait que la modernité d'un médium de communication ou d'échanges entre professionnels n'est pas en lien avec la modernité de la nature de ces échanges ou des relations qui s'y développent : on retombe dans un schéma d'influence classique, contraire aux principes du paradigme de l'Evidence-Based Practice.

- Les partenaires et l'équipe du cabinet

La chirurgie-dentaire n'est pas que l'affaire du chirurgien-dentiste. On l'a vu, celui-ci est en effet amené à coopérer avec d'autres professions. Sa performance dépend donc, en plus des variables personnelles telles que ses compétences et ses équipements, qui lui sont propres, non seulement de la performance de ses partenaires professionnels, mais également de la synergie qui se met en place (ou non) entre eux. Il est facile de comprendre qu'un praticien qui aura de bons rapports avec son prothésiste, dans le sens où chacun apporte sa compétence à la mise en œuvre du traitement dans l'intérêt du patient et est capable d'écouter l'autre, dans les impératifs avec lesquels il doit composer par exemple, ne peut que voir sa compétence globale s'accroître. Lorsqu'il s'agit du développement des compétences des équipes de chirurgie, l'idée que la compétence n'est pas que l'affaire du chirurgien, et que la courbe d'apprentissage pour une procédure serait en fait le reflet de la vitesse d'apprentissage de l'ensemble de l'équipe opérante, émerge(60). De la même manière, la notion d'équipe au sein des mentalités des professionnels de la santé bucco-dentaire fait son chemin, et l'offre de formations du secteur dentaire s'étoffe, s'adressant également de plus en plus aux assistant(e)s du praticien.(182) La France n'a pour le moment pas instauré de profession d'hygiéniste ou de "thérapeute dentaire", mais c'est déjà le cas de beaucoup de pays, européens ou non, et cette évolution pourrait, en étoffant l'équipe de soins bucco-dentaires d'un nouveau membre, contribuer à faciliter la montée de l'échelle de la spécialisation par nos praticiens, comme cela s'est vu ailleurs(186), (187). On peut supposer que la qualité d'ensemble d'une gamme de soins serait plus élevée si elle était partagée par une équipe de soignants chacun spécialisé dans son domaine... à la condition toutefois que cette équipe soit coordonnée et fonctionne en synergie, plutôt que de façon cloisonnée.

d) L'étranger : autres écoles, autres conditions, autres philosophies

- Échanges universitaires (186), (187), (188),

Il est permis aux étudiants suivant un cursus de Chirurgie-Dentaire en France, de réaliser au plus deux semestres consécutifs à l'étranger durant leur deuxième cycle, ou un semestre à l'étranger durant leur troisième cycle, ceci « sous réserve d'une cohérence pédagogique » et après accord du ou des responsables pédagogique(s). Ces semestres d'étude à l'étranger sont validés par l'établissement mais pris en compte par l'établissement d'origine, afin de ne pas pénaliser les candidats à ces échanges culturels et de les encourager.

Dans le cadre du programme Erasmus, des partenariats peuvent s'établir entre universités européennes. Ces accords peuvent ainsi voir s'effectuer des échanges étudiants, pour un trimestre à deux semestres, mais également, généralement une fois que les liens entre universités se sont développés, des échanges enseignants. En effet il est permis aux enseignants une "mobilité pour enseignement", pour aller délivrer de 5h à six semaines de cours dans une université partenaire, et une "mobilité pour formation", cette fois pour se former eux-mêmes (visite d'observation, ateliers, conférences) entre 5 jours temps plein et 6 semaines.(189)

Ces mobilités universitaires, particulièrement dans le cadre de l'Union Européenne, son processus de Bologne et son programme Erasmus, sont inégalement mises à profit selon les universités potentiellement concernées. Le secteur de l'odontologie française présente des disparités dans ce domaine également : là où certaines UFR sont impliquées dans ce type d'échanges depuis le milieu des années 90, d'autres n'ont franchi le pas qu'en 2010. De la même manière, en termes d'importance des flux entrants et sortants, le pourcentage d'étudiants concernés par ces échanges peut varier de quelques dixièmes de pourcent à près de 5 pourcent de l'effectif total. Des pistes d'échanges hors du cadre de l'Union Européenne sont également explorées. Dans tous les cas, ces échanges, s'ils ne s'improvisent pas, au vu des difficultés qu'ils peuvent poser (niveau de langue, coûts, encadrement des étudiants reçus par la structure d'accueil, couverture d'assurance notamment), présentent des intérêts à l'échelle individuelle aussi bien qu'à l'échelle collective. Excellents exercices d'ouverture d'esprit et d'adaptabilité pour les participants, ces échanges permettent de mettre en perspectives les pratiques et organisations des universités et centres de soins, les différences de besoins de soins des populations locales, les différents systèmes de couverture sociale... Et les participants à de tels échanges ne manquent pas de faire part à leur retour des enseignements tirés de leur expérience, et de contribuer à l'enrichissement du reste de la communauté universitaire, en alimentant des processus de saine remise en question.

Cependant, hormis les obstacles de type administratifs ou financiers, les échanges universitaires, pour être exploités au mieux, dans un climat sain, nécessitent d'être effectués dans un cadre de partenariat d'égal à égal. Ce problème revêt une importance d'autant plus grande lorsqu'il s'agit d'échanges entre futurs professionnels de santé. Un étudiant de l'UFR d'odontologie de Bordeaux, ayant effectué un séjour dans une université Bolivienne s'interroge : l'accueil réservé par la patientèle Bolivienne locale aux étudiants Français ne serait-il pas meilleur que celui fait par la patientèle française aux étudiants Boliviens ? Il précise qu'en termes de contenus, les deux programmes de formation ne lui ont pas paru différer de manière critique.

Les échanges universitaires, s'ils sont souvent révélateurs de différences, à la fois de pratiques culturelles, professionnelles et universitaires, et peuvent parfois rebuter pour des questions pratiques, sont cependant certainement une piste de développement à encourager, notamment en ce qui concerne les échanges enseignants, qui par définition ont un impact plus large.

Ce type de pratiques peut, pour l'odontologie Française, Européenne et au-delà, être un facteur très favorable à une certaine « harmonisation douce » des pratiques et des standards de qualité, favorisant en retour le développement d'un climat serein, débarrassé des crispations concernant les différences qualitatives, pour les échanges internationaux, qu'ils soient professionnels ou universitaires.

- *L'humanitaire* (190), (191), (192), (193), (194)

Le praticien a, aussi bien durant son cursus universitaire que durant sa vie professionnelle, la possibilité de s'engager dans des missions et des programmes à visée humanitaire. Ceci peut se concrétiser en France auprès de populations fragilisées tels que les sans-abris, ou bien à l'étranger, au sein de dispensaires, d'hôpitaux ou de structures de soins pré-existantes, mais également via des unités de soins et cabinets dentaires mobiles qui se déplacent et vont ainsi directement au contact des populations cibles (bus, camions réaménagés...). Des missions et des camps fonctionnent ainsi par exemple en Afrique du Nord, en Afrique Subsaharienne, en Asie du Sud-Est ou encore en Amérique latine.

Cette aide humanitaire, bien que ne correspondant pas à un besoin d'aide concernant des urgences vitales, répond à un réel besoin de populations locales. Elle s'inscrit ainsi généralement dans le cadre de l'aide humanitaire au développement : le but est, en plus d'une action curative et de soutien des équipes médicales locales, d'avoir une action dont les effets se répercuteront sur la plus longue durée possible, par de la prévention, de l'éducation à l'hygiène, la mise en place de partenariats avec des équipes soignantes locales...

A l'instar des échanges universitaires, ces actions humanitaires sont marquantes pour les participants. Elles développent elles aussi la souplesse d'esprit et la capacité d'adaptation des praticiens : conditions de travail différentes et contraignantes, barrières linguistiques, intégration au sein de populations et d'équipes de soin de cultures et formations différentes... Cependant elles ont également pour les praticiens ou futurs praticiens un impact en termes d'habitudes d'économie du soin, une plus grande sensibilité aux questions de santé publique, et une plus grande aisance avec le discours et la démarche de prévention au quotidien. Dans ce domaine également, une meilleure coordination entre UFR odontologiques, voire des filières de santé en général, permettrait sans doute des projets de plus grande ampleur, mieux préparés (en faisant intervenir des expériences, réseaux et compétences complémentaires, et en évitant des redondances), plus pérennes (en alimentant régulièrement un même programme avec des volontaires issus de plusieurs UFR différentes à tour de rôle par exemple), que si l'offre humanitaire est sous forme morcelée et désordonnée.

III / Perspectives : Remises en question de toutes parts, évolutions

1. Du loup solitaire au travailleur d'équipe

Autrefois professionnel pour qui liberté rimait souvent avec solitude, le chirurgien-dentiste voit son exercice adopter une répartition toujours plus grégaire. Sur l'organigramme de l'entreprise qu'est le cabinet dentaire, on observe non seulement une agrégation dans le sens horizontal, lorsque des confrères s'associent, mais aussi dans le sens vertical, lorsque la structure emploie des salariés (praticiens ou assistant(e)s et secrétaires notamment).

Plateau technique toujours plus étoffé, toujours plus imposant, toujours plus onéreux, normes toujours plus restrictives et précises, que ce soit du point de vue de l'agencement et de l'accessibilité des locaux, de la sécurité, de la chaîne de stérilisation et bientôt de la traçabilité, du coût des matériaux et des fournitures... Tous ces frais d'installation, de mise aux normes, d'entretien et de fonctionnement, associés à une stagnation de près de trente ans des tarifs des actes de soins opposables en dépit de toute logique économique, contribuent à pousser les praticiens à s'associer pour partager le poids financier toujours plus important qui pèse sur leurs épaules. Ainsi les cabinets de chirurgie-dentaire sont de plus en plus souvent des structures où exercent 2, 3 voire plus de praticiens, qui emploient une ou plusieurs assistantes, mais qui en contre partie possèdent une installation avancée représentant un investissement majeur difficilement assumable pour un praticien seul, à plus forte raison en début d'exercice : appareil de radiographie panoramique ou imagerie 3D, moteur endodontique de rotation continue ou de réciprocité, laser, aides optiques, système de prise d'empreintes optiques et système Cerec, etc.

D'autre part, les avancées scientifiques continues et l'enrichissement incessant de l'arsenal diagnostique et thérapeutique de cette spécialité, qui vont de pair avec un élargissement de son champ d'action, rendent inévitable le développement de sub-spécialités et donc l'émergence de praticiens hyper-spécialisés, qui vouent leur exercice et leur plateau technique principalement à une de ces facettes de la profession. Endodontie, Occlusodontie, Parodontologie, Implantologie, sont ainsi souvent des domaines qui appellent des praticiens à s'hyper-spécialiser, parfois de manière exclusive et en dehors de la nomenclature officielle, celle-ci souffrant d'un retard chronique sur l'état des connaissances.

Cette diversité d'exercice à l'intérieur d'une même profession est un autre catalyseur de l'agrégation des praticiens en cabinets de groupe, puisqu'elle permet à une structure d'offrir à ses patients un panel thérapeutique à la fois pointu et couvrant une grande partie du spectre de l'odontologie, en accueillant des praticiens hyper-spécialisés dans différents domaines.

L'alourdissement progressif et inexorable de la charge administrative qui incombe au praticien libéral, la multiplication des interlocuteurs auxquels il doit s'adresser (notamment les mutuelles), l'étoffement des protocoles de désinfection-stérilisation de l'instrumentation et la complexification des techniques de soins poussent quant à eux à l'emploi d'aides pour le chirurgien-dentiste, que ce soit uniquement pour se libérer de la charge administrative grâce à une secrétaire médicale, ou également pour la gestion des stocks et de la stérilisation, voire pour le travail à quatre mains, grâce à la formation et l'emploi d'une assistante dentaire qualifiée.

2. Mobilité et low-cost : société de l'impermanence et structures lourdes.

L'exercice de l'odontologie, en plus de marquer une tendance au regroupement et un gain d'importance du salariat, semble marquer une tendance vers une plus grande mobilité des praticiens. Qu'il s'agisse des jeunes praticiens qui retardent leur installation "définitive" au sein d'un cabinet, au contraire de leurs aînés, ou des praticiens salariés de centres de soins affichant un turn-over incomparable avec celui d'un cabinet libéral, la représentation traditionnelle du dentiste qui fonde son cabinet et y exerce confortablement en solitaire jusqu'à la retraite s'écorne.

Alors que l'arsenal technologique s'alourdit, autant en termes d'encombrement spatial qu'en termes budgétaires, le praticien lui-même semble devoir être de moins en moins enraciné dans sa pratique, de plus en plus précarisé, voire éthéré, dans tous les sens du terme :

- De plus en plus employé au sein de structures et de moins en moins "seul maître à bord" car de moins en moins capable d'assumer seul l'ensemble des charges administratives et les nécessaires investissements
- Continuellement amené à revoir ses connaissances et ses techniques, et ce à une vitesse sans cesse croissante
- Descendu du piédestal de soignant paternaliste vers le statut d'accompagnateur, plus facilement remis en question par le patient, voire poursuivi en justice

Ces dernières années en France est apparue une tendance qu'on pourrait qualifier de « dérive libéraliste au détriment du libéral », sous la forme de centres de soins dentaires, employant des chirurgiens-dentistes en tant qu'associations, et contournant ainsi l'interdiction aux investisseurs privés, de participer à une activité de cabinet dentaire. Pratique répandue en Espagne depuis plusieurs années déjà, où l'absence de prise en charge des activités de soins dentaires par une assurance maladie obligatoire rendait la population plus réceptive, elle y a donné lieu à plusieurs condamnations pour fraude et escroquerie(195). Les pratiques frauduleuses des dirigeants reposaient notamment sur des politiques managériales et de gestion agressives, et des thérapeutiques abusives par leur

caractère injustifié. Ceux-ci profitaient d'un contexte particulier et de l'abondance de praticiens permise par l'ouverture de nombreuses écoles dentaires privées, ayant conduit à ce qui est appelé « la bulle dentaire » en Espagne. Cette forme de centre de soins a rapidement alarmé les représentants français de la profession à son arrivée sur le territoire. Les tentatives d'alerter les pouvoirs publics se sont un temps heurtées à un mur, jusqu'à ce que les scandales du même type que ceux survenus en Espagne, se déclarent à leur tour en France(196).

En plus des préoccupations de santé publique que ce type d'affaires soulève, la compétence du chirurgien-dentiste, en tant que corps de métier, y est remise en question. Soumis à d'importantes pressions managériales, les praticiens employés par ces associations engagent leur responsabilité dans des traitements parfois exécutés selon des contraintes de temps, de matériel et d'hygiène contraires à ce qui serait requis pour garantir une qualité et une pérennité adéquates. Si une des chaînes majeures en France a dû stopper ses activités, d'autres continuent de s'implanter et de s'étendre à travers le territoire. Connaissant les dynamiques démographiques de la profession, on peut se demander si ce type de centres de soins ne répondrait pas simplement, en plus de profiter de la tendance vers une approche consumériste du soin qui s'accroît chez le patient, à une certaine évolution du métier de chirurgien-dentiste, cohérente avec l'évolution de nos sociétés occidentales.

Conclusion

Cet état des lieux de la compétence en chirurgie dentaire et des dynamiques qui l'animent en 2016, en France et à l'international, soulève, on l'a vu, plusieurs questions, et laisse entrevoir des perspectives pour la profession.

A la fois libéré de l'isolement par la montée en puissance des réseaux et communautés de toutes sortes et du numérique, et toujours plus tributaire de lourds plateaux techniques et encadré par des exigences toujours plus présentes et pressantes des pouvoirs publics comme des patients, le praticien voit son cadre et ses repères se transformer.

Le prestige, et le confort que le chirurgien-dentiste a perdu d'un côté, en même temps que sa position de notable cossu, lui reviennent d'un autre côté, par le gain de crédibilité scientifique et médicale accompagnant son entrée dans le paradigme de l'Evidence-Based Practice, et l'attrait qu'exerce sur le public la haute technologie dont il s'équipe.

La compétence du praticien est un enjeu central de ces transitions, puisqu'elle contribue, on l'a vu, à la définition même du métier de chirurgien-dentiste. Elle voit ses contours questionnés, retravaillés, à l'instar de ceux des compétences des métiers de la santé en général.

Parfois point de crispations entre acteurs placés à différentes échelles ou jouant différents rôles, la question de la compétence du soignant est en contre-partie également moteur de travaux fédérateurs à l'échelle internationale et pluridisciplinaire.

Il existe une certaine tension entre :

- d'un côté, cette dynamique méliorative des standards et de l'exigence envers la compétence du praticien et la qualité globale du soin prodigué,
- de l'autre, la consumérisation de la santé, accompagnée d'exigences croissantes de rentabilités, donc de maîtrise de coûts et de moyens des structures de soins, publiques comme privées, à toute échelle.

Cette tension se retrouve partout, indépendamment du système de santé concerné, et correspond à ce qu'on pourrait résumer par une équation dont les termes simplifiés seraient :

- "qualité"
- "rentabilité"
- "accessibilité"

Chaque terme dépend lui-même de plusieurs variables, qui sont fonction du contexte (échelle et localisation géographiques, populations, système de santé, législation...) auquel on s'intéresse.

En France, on retrouve cette tension sur fond de bataille médiatique et politique :

- Les forces extra-professionnelles tendent à faire croître la valeur des

termes de qualité et d'accessibilité du soin, et à considérer comme acceptable voire souhaitable de faire ainsi diminuer mécaniquement celle du terme de rentabilité.

- Les forces intra-professionnelles tendent à faire croître la valeur du terme de qualité, mais considèrent en revanche que la rentabilité est un support de la qualité, et ne peut donc mécaniquement pas aller dans le sens inverse. L'évolution de l'accessibilité, démographique comme tarifaire, n'est quant à elle pas souvent considérée comme du ressort du praticien à titre personnel.

Les préjugés ont la dent dure, et l'image péjorative du dentiste effrayant, voire malhonnête, perdure dans l'esprit collectif.

En contrepartie, l'évolution de la profession vers la médicalisation et la vitrine technologique que peuvent être les cabinets dentaires font au contraire croître la confiance qu'ils inspirent à leurs patients, et finiront peut-être par avoir raison de ces vieilles croyances.

On peut rêver qu'un jour, tel l'enfant qui n'a plus peur du noir en grandissant, le patient à qui on a permis de grandir en lui redonnant la responsabilité de ses traitements et de sa santé, ne nourrira plus ce traditionnel ressentiment envers le dentiste... A moins que ce nouveau pouvoir, ajouté à l'envoûtante berceuse du consumérisme, ne lui fasse prendre un statut d'enfant roi ?

Lu le directeur de thèse



*Vu le président du jury
Pr F. Diemer*



Bibliographie

1. Gilbert, P. (2006). La compétence: concept nomade, significations fixes. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 12(2), 67-77.
2. Jacotot D. Juridique. À quoi sert la compétence ? *Lettre Ordre Nat ChirDent* 2008;66:28–9.
3. Capacité et compétences du chirurgien-dentiste : distinction, étendue et limites. L'exemple de la chirurgie reconstructrice pré- et péri-implantaire orale - EM|consulte [Internet]. [cité 17 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/753260>
4. Définitions : compétence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648>
5. ONCD, La lettre n63, Décembre 2003 [Internet]. 2015 [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/lordre/la-lettre-de-lordre/detail-la-lettre-de-lordre.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=14&cHash=f359f88461791848fda0dc18e9bd03eb
6. Jacotot D. La responsabilité civile appliquée à l'ODF. *Int Orthod.* 2008;6(4):385–392.
7. Définitions : efficacité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/efficacit%C3%A9/27928>
8. Définition de efficacité - Concept et Sens [Internet]. [cité 17 févr 2016]. Disponible sur: <http://lesdefinitions.fr/efficacite>
9. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris: Éditions De Boeck Université, 2003. *Orientat Sc Prof.* 2004;(33/3):475–476.
10. Lecomte J. Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs.* 2004;Hors série(5):59.
11. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 23 févr 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FB4598BCCBD4AA4876E48AFF17D9A1FD.tpdila11v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171282&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160223

12. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 23 févr 2016]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FB4598BCCBD4AA4876E48AFF17D9A1FD.tpdila11v_3?idSectionTA=LEGISCTA000020897548&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160223
13. Article L4141-1 En savoir plus sur cet article...Modifié par Ordonnance n°2008-507 du 30 mai 2008 - art. 25.
14. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Le métier de chirurgien-dentiste, caractéristiques actuelles et évolutions, Plein Sens 2007.
15. Falla C., Apprendre de ses erreurs Création d'un outil d'Évaluation des Pratiques Professionnelles en odontologie Étude d'acceptabilité auprès des chirurgiens - dentistes, 2015.
16. ONDPS, Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes, 2013 (rapport).
17. Vergnes J.-N., Nabet C., Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ?, La Santé de l'Homme n417, Jan-Fév 2012, pp7-8 (revue INPES).
18. M. SANZ ET AL.: « Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies », EUROPEAN JOURNAL OF DENTAL EDUCATION, vol. 12, 15 February 2008 (2008-02-15), pages 101 - 110.
19. DOC_2.pdf [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/news/DOC_2.pdf
20. Competencies for the New General Dentist : American Dental Education Association [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur:
http://www.adea.org/about_adea/governance/Pages/Competencies-for-the-New-General-Dentist.aspx
21. Pole Emploi, Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) , fiche J1103 : Médecine Dentaire, 2015.
22. Arrêté du 08 Avril 2013, consultable sur : http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71552&cbo=1.
23. Études de santé : le Clesi condamné à fermer sa formation en odontologie - Educpros [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur:
<http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/le-clesi-condamne-a-fermer-sa-formation-en-odontologie.html>
24. Décret n° 2015-813 du 3 juillet 2015 relatif à la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie. 2015-813 juillet, 2015.
25. Camelot F., Le risque psychosocial en odontologie, 2012 (thèse).

26. Gorter, R. C., Storm, M. K., Brake, J. T., Kersten, H. W., & Eijkman, M. A. J. (2007). Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. *International dental journal*, 57(4), 279-285.
27. Densen P. Challenges and Opportunities Facing Medical Education. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2011;122:48-58.
28. Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., ... & Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC medical education*, 5(1), 1.
29. Guyatt, G. H. (1991). Evidence-based medicine. *ACP Journal Club*, 114(2), A16-A16.
30. Policy on Evidence-Based Dentistry [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-positions-policies-and-statements/policy-on-evidence-based-dentistry>
31. Hurd PDH: Scientific Literacy: New Minds for a Changing World. *Science Education.* 1998, 82: 407-416.
32. Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis?. *Bmj*, 348, g3725.
33. McAlister, F.A., Graham, I., Karr, G.W. et al. *J GEN INTERN MED* (1999) 14: 236. doi:10.1046/j.1525-1497.1999.00323.x.
34. McAlister FA, Graham I, Karr GW, Laupacis A: Evidence-based medicine and the practicing clinician. *J Gen Intern Med.* 1999, 14: 236-242. 10.1046/j.1525-1497.1999.00323.x :
35. Druss BG, Marcus SC. Growth and decentralization of the medical literature: implications for evidence-based medicine. *J Med Libr Assoc.* oct 2005;93(4):499-501.
36. Alper BS, Hand JA, Elliott SG, Kinkade S, Hauan MJ, Onion DK, et al. How much effort is needed to keep up with the literature relevant for primary care? *J Med Libr Assoc.* oct 2004;92(4):429-37.
37. INOCENTE J. Le stress professionnel et le burnout chez les chirurgiens-dentistes. rôle de certaines caractéristiques personnelles et contextuelles dans l'ajustement au stress professionnel : une étude longitudinale et comparative entre la France et le Brésil, 2010.
38. Jager S. Les résines composites fluides : données actuelles, 2011.
39. Ben Hadj Sghaier M., Le remplacement de l'amalgame, 2012.
40. Ruga A., L'abord du patient au cabinet dentaire Approche psychologique et outils de communication, 2013.
41. Amzalag A. Codes de la relation dentiste-patient. Paris : Masson 2007.

42. Mons M., Empathie et odontologie, 2015.
43. Bodot L., Evaluation de l'anxiété vis à vis des soins dentaires au CHU de Toulouse en 2015, 2015.
44. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. MEHRABIAN, ALBERT; FERRIS, SUSAN R. Journal of Consulting Psychology, Vol 31(3), Jun 1967, 248-252. <http://dx.doi.org/10.1037/h0024648>.
45. Decoding of inconsistent communications. MEHRABIAN, ALBERT; WIENER, MORTON Journal of Personality and Social Psychology, Vol 6(1), May 1967, 109-114. <http://dx.doi.org/10.1037/h0024532>.
46. Hennel-Brzozowska A., La communication non-verbale et paraverbale, perspective d'un psychologue. Synergies Pologne n5-2008 pp. 21-30.
47. Cosnier J., Les gestes du dialogue, la communication non-verbale, Psychologie de la motivation , 21, 129, 138,.1996.
48. Krejdlin G., Le langage du corps et la gestuelle (kinésique) comme champs de la sémiotique non-verbale : idées et résultats, Cahiers slaves, n°9, UFR d'Études slaves, Université de Paris-Sorbonne, 2007.
49. Hermann A., Apports théoriques de la communication dans les interactions pharmacien-patient à l'officine. 2015.
50. Barrière-Boizumault M., Les Communications non verbales des enseignants d'Éducation Physique et Sportive : Formes et fonctions des CNV, croyances et réalisation effective des enseignants, ressenti des effets par les élèves, 2013.
51. Durieux N., L'evidence-based practice en psychologie et en logopédie, Oct 2014 (Conférence) : <http://hdl.handle.net/2268/173132>.
52. American Psychological Association, Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2005.
53. Code de Déontologie du Chirurgien-Dentiste, Titre 2, Art R4127-233. Consultable sur : [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
54. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé | Legifrance [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/8/AFSH1608338D/jo/texte>
55. IGAS, Rapport_2013-126R : Contrôle de l'organisme gestionnaire de développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé, 2014 (rapport).

56. Conscious Competency - The Mark of a Competent Instructor - The Personnel Journal - Baltimore , July 1974, Volume 53, PP538-539 - [supplied by The British Library - Shelf Mark 6428.065000].
57. Teaching For Learning (XVI.) - Gospel Guardian vol.20, no.41, pg.1-3a [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.wordsfityspoken.org/gospel_guardian/v20/v20n41p1-3a.html
58. conscious competence learning model matrix- unconscious incompetence to unconscious competence [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.businessballs.com/consciouscompetencelearningmodel.htm>
59. Morlon E.M., Le modèle psychobiologique de Cloninger pour évaluer la personnalité du patient douloureux : étude en médecine générale, 2012.
60. Hopper, A. N., Jamison, M. H., & Lewis, W. G. (2007). Learning curves in surgical practice. *Postgraduate medical journal*, 83(986), 777-779.
61. Maruthappu M, Carty MJ, Lipsitz SR, et al. Patient- and surgeon-adjusted control charts for monitoring performance. *BMJ Open* 2014;4:e004046. doi:10.1136/bmjopen-2013004046.
62. Choudhry, N. K., Fletcher, R. H., & Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal medicine*, 142(4), 260-273.
63. Duvergne M., Le développement des compétences et les facteurs influençant leur mise en application en cabinet libéral : étude qualitative, 2016.
64. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, Etude sur les chirurgiens-dentistes des zones sous dotées de la Région Rhône-Alpes - Février 2014 pp44-45 (rapport). Disponible sur : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/URPS_Chirurgiens-Dentistes.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/URPS_Chirurgiens-Dentistes.pdf
65. The aging surgeon: When is it time to leave active practice? [Internet]. *The Bulletin*. 2014 [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: <http://bulletin.facs.org/2014/04/the-aging-surgeon-when-is-it-time-to-leave-active-practice/>
66. Consulter le Code de déontologie : Ordre National des Chirurgiens Dentistes [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
67. Haute Autorité de Santé - Loi relative au dispositif de DPC [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_758816/fr/loi-relative-au-dispositif-de-dpc

68. Haute Autorité de Santé - Réglementation relative au dispositif de DPC [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732957/fr/reglementation-relative-au-dispositif-de-dpc
69. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
70. Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes | Legifrance [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/12/30/ETSH1125195D/jo>
71. Décret n° 2012-28 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes. 2012-28 janv 9, 2012.
72. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFSCTA000031912690>
73. Chirurgiens dentistes de France : Manifeste de la défense de la formation continue [Internet]. Le Courrier du Dentiste, portail de formation dentaire continue francophone. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/nationales/chirurgiens-dentistes-de-france-manifeste-de-la-defense-de-la-formation-continue.html>
74. Haute Autorité de Santé - Développement professionnel continu (DPC) [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
75. Haute Autorité de Santé - DPC les fondamentaux [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288637/fr/dpc-les-fondamentaux
76. REGARDS SUR L'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE, DE L'ÉPOQUE ROMAINE À NOS JOURS [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/4592847-Regards-sur-l-histoire-de-l-art-dentaire-de-l-epoque-romaine-a-nos-jours.html>
77. Mikou M., Roussel R., Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ?, Les dépenses de santé en 2014 - DREES, 2015 (dossier). In.
78. Alquier F., Mise en place de la réforme LMD à la faculté d'odontologie de Toulouse : Bilan et perspectives après un an. 2012, (thèse).
79. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, Imaginer la médecine bucco-dentaire de demain - Le livre blanc de la santé bucco-dentaire, 2016. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/livre-blanc/files/downloads/Livre_blanc_ONCD.pdf.

80. Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index, 2015 (rapport) [Internet]. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf
81. US Health System Ranks Last Among Eleven Countries on Measures of Access, Equity, Quality, Efficiency, and Healthy Lives [Internet]. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.commonwealthfund.org/publications/press-releases/2014/jun/us-health-system-ranks-last>
82. Granger B. Classements et déclassements | Dernières nouvelles du front [Internet]. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.dernieresnouvellesdufront.com/?p=56>
83. Matillon Y., Modalités et conditions d'évaluations des compétences professionnelles médicales, 2006 (rapport de mission).
84. Haute Autorité de Santé, L'évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé, 2015. (rapport d'étude).
85. Birkmeyer J et al Surgical Skill and Complication Rates after Bariatric Surgery. *New England Journal of Medicine*. 369;15 October 2013.
86. Fronty Y, Jordana F. Capacité et compétences du chirurgien-dentiste : distinction, étendue et limites. L'exemple de la chirurgie reconstructrice pré- et péri-implantaire orale. *EMC - Médecine buccale* 2013;8(3):1-20 [Article 28-965-I-10].
87. Code de l'éducation - Article L634-1. Code de l'éducation.
88. IGAS, IGAENR, Audit de l'appareil de formation odontologique, 2006 (rapport). disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000140.pdf>.
89. LOI n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités. 2007-1199 août, 2007.
90. Coût de la rentrée | UNECD [Internet]. [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <http://unecd.com/etudes/cout-de-la-rentree/>
91. CNEOC, Petit guide de pédagogie médicale et évaluation clinique, Sept 2011.
92. ADEE, Profil et compétences du futur odontologiste européen, mise à jour 2009. Disponible sur : http://www.adee.org/documents/taskforces/fr_profil_et_compences_propositions_de_corrections.pdf.

93. IGAS, IGAENR, Audit de l'appareil de formation odontologique, 2006 (rapport). 2.1.1 Une formation exigeante qui doit organiser la complémentarité entre acquis théorique, acquisition des gestes techniques et formation à l'approche du patient. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000140.pdf>.
94. Deza A., Evolution des études odontologiques dans le cadre européen, 2013 (thèse).
95. Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche. L'évaluation des étudiants à l'Université : point aveugle ou point d'appui ? 2007 (Rapport) [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/IGAERN_/06/2/evaluation_22062.pdf
96. Albino JE, Young SK, Neumann LM, Kramer GA, Andrieu SC, Henson L, Horn B, Hendricson WD. Assessing dental students' competence: best practice recommendations in the performance assessment literature and investigation of current practices in predoctoral dental education J Dent Educ. 2008 Dec;72(12):1405-35. Review.
97. Carly L. Taylor, Nick Grey, Julian D. Satterthwaite. Assessing the Clinical Skills of Dental Students: A Review of the Literature. Journal of Education and Learning; Vol. 2, No. 1; 2013.
98. Kramer, G. A., Albino, J. E., Andrieu, S. C., Hendricson, W. D., Henson, L., Horn, B. D., ... & Young, S. K. (2009). Dental student assessment toolbox. Journal of Dental Education, 73(1), 12-35.
99. Gal, G. B., Weiss, E. I., Gafni, N., & Ziv, A. (2011). Preliminary assessment of faculty and student perception of a haptic virtual reality simulator for training dental manual dexterity. Journal of dental education, 75(4), 496-504.
100. Ils se rassemblent demain à Nice après le suicide de Xavier, étudiant en dentaire [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: [/faits-divers-justice/ils-se-rassemblent-demain-a-nice-apres-le-suicide-de-xavier-etudiant-en-dentaire-38](#)
101. La fac dentaire bouleversée après le suicide d'un étudiant [Internet]. leparisien.fr. 2015 [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/montrouge-92120/la-fac-dentaire-bouleversee-apres-le-suicide-d-un-etudiant-13-11-2015-5273809.php>
102. AGONE, n18-19 : Neutralité et engagement du Savoir. « De la neutralité du savoir à l'autonomie de sa production », pp29-46. 1998 [Internet]. [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: http://atheles.org/lyber_pdf/lyber_379.pdf
103. Proctor R. N., Value-free science? : Purity and power in modern knowledge, Cambridge : Mass, 1991.

104. Strasser, B. J., & Joye-Cagnard, F. Une science« neutre » dans la Guerre froide: la Suisse et la coopération scientifique européenne (1951-1969). 2005 [Internet]. [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: http://biologie.unige.ch/assets/brunostrasser//Strasser_RSH_2005.pdf
105. Pierre Bourdieu au forum. 05/10/98 [Internet]. [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.homme-moderne.org/societe/socio/bourdieu/Bfna1098.html>
106. Deneault A., La médiocratie. Montréal :Lux éditeur 2015.
107. Pfefferkorn R. L'impossible neutralité axiologique. Raison Présente, Nouvelles Editions Rationalistes, 2014, réduction et émergence dans les sciences, pp.85-94. < hal-01294305 >.
108. Palheta U. Violence symbolique et résistances populaires. Éducation Social Cah CERFEE [Internet]. 1 mars 2015 [cité 16 janv 2017];(37). Disponible sur: <https://edso.revues.org/1117>
109. VIOLENCE SYMBOLIQUE « Lexique » bourdieusien [Internet]. [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: <http://1libertaire.free.fr/LexiqueBourdieu.html>
110. Kearns CE, Schmidt LA, Glantz SA. Sugar Industry and Coronary Heart Disease ResearchA Historical Analysis of Internal Industry Documents. JAMA Intern Med. 2016;176(11):1680-1685. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5394.
111. Bad Science [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.badscience.net/>
112. Bad Science: A Resource Book, 26 Mars 1993, Bates Number: 2074143969, Legacy Tobacco Documents Library. Disponible sur: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/snc52c00/pdf>.
113. Foucart DL et S. Comment le lobby du tabac a subventionné des labos français. Le Monde.fr [Internet]. 31 mai 2012 [cité 21 janv 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sciences/article/2012/05/31/guerre-du-tabac-la-bataille-de-la-nicotine_1710837_1650684.html
114. Finck-Haynes T., Cook C., Buzz Kill: How the Pesticide Industry is Clipping the Wings of Bee Protection Efforts Across the U.S., 2016 (rapport pour Friends Of the Earth). Disponible sur : http://webiva-downton.s3.amazonaws.com/877/bf/7/8352/FOE_BuzzKillReport_7_web.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: http://webiva-downton.s3.amazonaws.com/877/bf/7/8352/FOE_BuzzKillReport_7_web.pdf
115. Shields A. Un proche conseiller de Trudeau doit démissionner. Le Devoir [Internet]. 15 oct 2015 [cité 21 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.ledevoir.com/politique/canada/452539/le-copresident-de-la-campagne-de-trudeau-donne-des-conseils-de-lobbying-a-transcanada>

116. Uztopal, D. La réception en France du lyssenkisme, les scientifiques communistes français et la conceptualisation de la « science prolétarienne » (1948-1956). Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique, (122), 121-141. 2014.
117. Mazzucchi, N. (2013). Le climat, enjeu de puissance internationale. Géoeconomie, (4), 75-92.
118. Laperche B. Les critères marchands d'évaluation du travail scientifique dans la nouvelle économie La science comme « force productive » et 'outil marketing '. Innovations. 2003;no 17(1):105-38.
119. Wasoski, R. L. (1994). Stress, professional burnout and dentistry. Journal-Oklahoma Dental Association, 86(2), 28-30.
120. Möller, A. T., & Spangenberg, J. J. (1996). Stress and coping amongst South African dentists in private practice. The Journal of the Dental Association of South Africa= Die Tydskrif van die Tandheelkundige Vereniging van Suid-Afrika, 51(6), 347-357.
121. Rada, R. E., & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. The Journal of the American Dental Association, 135(6), 788-794.
122. Singh P , Aulak D S , Mangat S , Aulak M . The significant factors contributing to burnout in dentistry. Occup Med (Lond) 2016; 66: 27–31.
123. Bourassa, M (1998). Le stress en médecine dentaire. In : Bourassa, M. Dentisterie Comportamentale : Manuel de Psychologie appliquée à la médecine dentaire. France : Frison-Roche.
124. Code de la santé publique - Article L4141-4. Code de la santé publique.
125. Dentistes ON des C. Exercice étudiant [Internet]. 2014 [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/exercice-de-lart-dentaire/exercice-etudiant.html>
126. Influence du stage actif chez le praticien sur le sentiment de compétence professionnelle de l'étudiant en chirurgie dentaire Influence du stage actif chez le praticien sur le sentiment de compétence professionnelle de l'étudiant en chirurgie dentaire - pmed20090013.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2009/05/pmed20090013.pdf>
127. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, La Lettre n°120, Sept 2013. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/La_Lettre_120.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/La_Lettre_120.pdf

128. unecd. Stage actif de T1 : consensus sur les solutions de demain | UNECD [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://unecd.com/stage-actif-de-t1-consensus-sur-les-solutions-de-demain/>
129. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E0C2035CC3109FD2DAA0A63A2284ACFB.tpdila08v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006190879&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170123
130. Le stage a été en tous points bénéfique pour moi - Synthèse0813.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://webodonto.u-clermont1.fr/uploads/sfCmsContent/html/258/Synthese0813.pdf>
131. Baudin H., Impact du stage actif sur l'acquisition des compétences professionnelles de l'étudiant en chirurgie-dentaire, 2008 (thèse) [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://webodonto.u-clermont1.fr/uploads/sfCmsContent/html/262/these-Baudin.pdf>
132. Council of European Dentists, Manual of Dental Practice 2015 (Edition 5.1). Téléchargeable sur : <http://www.cedentists.eu/library/eu-manual.html>.
133. Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists - Statistics Explained [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists
134. ONCD. Actualités [Internet]. 2008 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=531&cHash=84264ccf16988d4b686b027138a91aa8
135. Berrier N., Rapport sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice des professions médicales. Sénat, Première session ordinaire de 1980-1981 - Annexe au procès verbal de la séance du 3 décembre 1980. [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/1980-1981/i1980_1981_0136.pdf
136. Directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:fr:PDF>.
137. ONCD, La lettre n°149, juil-août 2016 [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/LA_LETTRE_149_JUILLET_AOUT.pdf
138. DREES, Les dépenses de santé en 2015, fiche 43 : Comparaisons internationales des soins dentaires, 2016.

139. Phillips E, Shaefer HL. Dental therapists: evidence of technical competence. *J Dent Res*. 2013 Jul;92(7 Suppl):11S-5S. doi: 10.1177/0022034513484333. Review.
140. Obellianne L., La formation continue chez les chirurgiens-dentistes : besoins et accès. 2003 (thèse).
141. About [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cedentists.eu/about.html>
142. EU Manual [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cedentists.eu/library/eu-manual.html>
143. Carrassi A., ADEE The first 25 years, 2000. [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: http://www.adee.org/documents/ADEE_The_First_25_Years.pdf
144. ADEE Members in France - Association for Dental Education in Europe [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.adee.org/about/members.php?action=filter&id=FR>
145. Manogue, M., McLoughlin, J., Christersson, C., Delap, E., Lindh, C., Schoonheim-Klein, M. and Plasschaert, M. (2011) Curriculum structure, content, learning and assessment in European undergraduate dental education – update 2010, *Eur J Dent Educ* 15 (2011) 133–141 [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: http://www.adee.org/documents/taskforces/task_force_ii_curriculum_struct_content_learning_assessment.pdf
146. Impact_Report_DentEd_Visitation_Process - IMPACT_REPORT_DentEd_Visitation_Process.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: http://www.adee.org/visitations/IMPACT_REPORT_DentEd_Visitation_Process.pdf
147. ADEE-Leaders-15.08.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.adee.org/leader/ADEE-Leaders-15.08.pdf>
148. FEDCAR | Fédération des Autorités Compétentes et Régulateurs Dentaires Européens [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://fedcar.eu/fr/>
149. Université Fernando Pessoa : ouverture d'une information judiciaire à Toulon [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/universite-fernando-pessoa-ouverture-de-l-information-judiciaire-a-toulon.html>
150. Fernando-Pessoa à Béziers : une rentrée encore repoussée [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/fernando-pessoa-a-beziers-une-rentree-encore-repousee.html>

151. Entre le CLESI et Fernando-Pessoa : la rupture est consommée [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/le-clesi-et-fernando-pessoa-la-rupture-est-consommee.html>
152. 2014-09-18-Jugement-TGI-Toulon.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.union-dentaire.com/wp-content/uploads/2014/09/2014-09-18-Jugement-TGI-Toulon.pdf>
153. Affaire Fernando-Pessoa : Toulon et Béziers condamnés à fermer - Educpros [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/fernando-pessoa-toulon-et-beziers-condamnes-a-fermer.html>
154. Études de santé : le Clesi reste ouvert, malgré les batailles judiciaires - Educpros [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/etudes-de-sante-le-clesi-reste-ouvert-malgre-les-batailles-judiciaires.html>
155. Index - Depeche.pdf - article-AEF-2.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.union-dentaire.com/wp-content/uploads/2016/06/article-AEF-2.pdf>
156. Code de l'éducation | Legifrance [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E9398B03FB3F782F4927CBEFF8C49A7E.tpdila22v_3?idSectionTA=LEGISCTA000027748359&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20161116
157. untitled - Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf
158. Mazevet M., Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne, 2016 (thèse) [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8385be00-20f0-4111-b2d4-2e41210fe140>
159. ONCD. Actualités [Internet]. 2008 [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=636&cHash=911a9fe0bf658bfeaec73f4f443d2f4c
160. MAQUETTE Santé en Europe Noir et blanc.indd - hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf

161. ONCD. Actualités [Internet]. 2008 [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=466&cHash=dd4c0ee136f560b5ab9372fad18c7855
162. ONCD. Les spécialités en odontologie [Internet]. 2012 [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/devenir-chirurgien-dentiste/les-specialites-en-odontologie.html>
163. Fac-similé JO du 27/01/1984, texte 0431 | Legifrance [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JPDF2701198400000431&pageCourante=00431
164. Certificats d'études supérieures de chirurgie dentaire [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid52969/esrs1000291a.html>
165. ADF - Association Dentaire Française - Nos Actions [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/nos-actions>
166. Les associations membres [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/ladf/les-associations-membres/edit?Id=5>
167. Présentation | UFSBD [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/qui-sommes-nous/presentation-generale/>
168. ADDA Formations dentiste facettes adhesives [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.adda-nationale.fr/index.php>
169. Objectifs | Société française de médecine dentaire du sommeil [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.sfmds-sommeil.org/objectifs>
170. SFHAD [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/>
171. Académie Nationale de Chirurgie Dentaire [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.academiedentaire.fr/academie/l-academie-nationale-de-chirurgie-dentaire>
172. Site officiel du CNEOC [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: http://www.cneoc.eu/jcneoc/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=42&Itemid=71
173. Société Française d'Odontologie Pédiatrique [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: http://www.sfop.asso.fr/Site_SFOP/SFOP.html
174. Collège National d'Occlusodontologie. Présentation - COLLEGE NATIONAL D'OCCLUSODONTOLOGIE [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: http://www.occluso.com/670_p_34754/presentation.html

175. CNEPO - Collège National des Enseignants en Prothèse Odontologique [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cnepo.fr/>
176. WENGER E, SNYDER W, MC DERMOTT R. *Cultivating communities of practice : a guide to managing knowledge*. Boston : Harvard Business School Press, 2002, 284 p.
177. Créer et animer des communautés de pratique : préconisations pour une entreprise de formation et de conseil - document [Internet]. [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: https://memsic.ccsd.cnrs.fr/mem_00000413/document
178. Knowledge Management, management des connaissances - Les communautés de pratiques [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.polia-consulting.com/Les-communautés-de-pratiques.html>
179. Dameron, S., & Josserand, E. (2005). Le processus de développement d'une communauté de pratique: une approche par la dialectique participation-réification. In *Communication à la 14ème conférence internationale de l'AIMS, Pays de la Loire, Angers*.
180. Presse Professionnelle Dentistes - Guide Presse [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.press-directory.com/presse-professionnelle/presse-professionnelle-dentistes.html>
181. Revue Dentaire / Odontologie - Abonnement Revue - Presse Spécialisée - UNI-Presses [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.uni-presse.fr/abonnement-revues-dentaire-odontologie.shtml>
182. Portrait de la formation continue odontologique [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2015 [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/analyse/formation/portrait-de-la-formation-continue-odontologique/>
183. Al-Saud, L. M., Mushtaq, F., Allsop, M. J., Culmer, P. C., Mirghani, I., Yates, E., Keeling, A., Mon-Williams, M. A. and Manogue, M. (2016), Feedback and motor skill acquisition using a haptic dental simulator. *Eur J Dent Educ*. doi:10.1111/eje.12214.
184. Aschwanden C, Sherstyuk A, Burgess L, Montgomery K. A surgical and fine-motor skills trainer for everyone? Touch and force-feedback in a virtual reality environment for surgical training. *Stud Health Technol Inform*. 2006;119:19-21.
185. Fernandez Sagredo M. A. Usefulness perception of dentists academics and students of the VirTeaSy haptic virtual reality simulator in dental education, 2016 [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: http://www.aadee.org/userfiles/Usefulness_perception_of_dentists_academics_and_students_of_the_VirTeaSy_haptic_virtual_reality_simulator_in_dental_educationa.pdf
186. Seivert N., *Le programme d'échange Erasmus dans le cadre des études odontologiques état des lieux et perspectives*, 2013 (Thèse).

187. Saurat B., Immersion dans une faculté de médecine dentaire Québécoise : les différences observées avec l'enseignement et les pratiques françaises-2015 (thèse) [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/910/1/2015TOU33050.pdf>
188. Freuchet E., Paretenariats étrangers et conventions entre facultés de chirurgie-dentaire : mise en place d'une relation d'échange entre les facultés d'odontologie de Nantes et Univalle à Cochabamba (Bolivie). 2007 (Thèse).
189. Fiches pratiques | La mobilité des enseignants-chercheurs | l'ORS.fr [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.lors.fr/article/Fiches-pratiques/9527-La-mobilite-des-enseignants-chercheurs.html>
190. Akimoff S.-E., Appréhender les dimensions sociales et culturelles dans l'aide humanitaire en dentaire: élaboration d'un guide pratique franco-khmer à l'usage des chirurgiens dentistes partant en mission au Cambodge, 2015 (Thèse) [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/81162918-da67-4801-b991-066b8da7449a>
191. Bigorgne M., L'aide bucco-dentaire internationale : l'exemple du Cameroun, 2012 (thèse).
192. Bardière M., Positionnement d'une action humanitaire telle que l'OUED au sein du concept d'aide aux pays en voie de développement, 2009 (Thèse).
193. Jarassier S., Organisation de l'aide odontologique aux pays en développement, 2007 (Thèse).
194. Rathouis Maiga H., Associations ANOPHELE-RHODAR un partenariat Nord-Sud d'étudiants en médecine, 2007 (Thèse).
195. correspondance) SM (Madrid. Espagne : et maintenant, la bulle dentaire. Le Monde.fr [Internet]. 20 févr 2016 [cité 1 févr 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/economie/article/2016/02/20/espagne-et-maintenant-la-bulle-dentaire_4868951_3234.html
196. Dentexia : le vrai scandale des « sans-dents » [Internet]. Le Lanceur. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.l lanceur.fr/scandale-dentaire-dentexia-le-defenseur-des-droits-ouvre-une-enquete-2/>

LA COMPÉTENCE DU CHIRURGIEN-DENTISTE EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

RÉSUMÉ :

La compétence participe à la définition du métier de chirurgien-dentiste. La première partie de ce travail s'attache à détailler le cadre conceptuel et réglementaire de notre sujet. On y voit notamment que les textes normatifs ne sont pas les seuls éléments influençant les réflexions sur la compétence du praticien et son évolution : le développement du paradigme de l'Evidence-Based Practice oriente désormais grandement les débats sur le sujet. La deuxième partie trace ensuite un état des lieux de la façon dont la compétence du praticien est gérée, dans la formation initiale et continue, ainsi que dans la pratique quotidienne. La compétence se crée puis s'entretient et se développe par toute une gamme de moyens complémentaires. Cependant, au sein de l'Union Européenne mais aussi au sein-même du territoire National, il sont employés de manière inégale, et l'harmonisation des pratiques reste en développement. Ces réflexions ouvrent des perspectives sur l'évolution de la profession.

COMPETENCY OF THE DENTAL PRACTICIONER IN FRANCE : CURRENT SITUATION AND PERSPECTIVES

ABSTRACT :

Competency participates in the definition of the profession of dental practitioner. The first part of this work aims to describe the conceptual and regulatory framework of our subject. Our observations include the fact that normative writings aren't the only motors of the reflexions on competencies and their evolution : the developing paradigm of Evidence-Based Practice now greatly influences the debates on this topic. The second part then shows how competency is adressed during initial and post-graduate training, and in daily practice. Competency is created, maintained and developped through several complementary means. However, neither through European Union nor through National territory are those means used equally, and harmonisation of practices is still a work in progress. These reflexions open perspectives about the future of the dental practitioner.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie-Dentaire

MOTS-CLÉS : Compétence, Chirurgien-dentiste, formation, Evidence-Based Dentistry, approche centrée sur la personne, harmonisation, France, Union Européenne.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse
Cedex

CO-DIRECTEURS DE THÈSE : Docteur GALIBOURG Antoine,
Docteur MARTY Mathieu