



**EHESP**

---

**MISP**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **septembre 2010**

---

**Faut-il créer une filière d'internat  
qualifiant polyvalente dans la  
formation initiale en soins dentaires ?**

---

**Mario MILLAN**

---

# Sommaire

---

## Sommaire

Introduction .....	5
1 La profession de chirurgien-dentiste évolue vers la spécialisation.....	7
1.1 Présentation de la profession .....	7
1.2 Eléments de démographie .....	7
1.3 La formation en odontologie tend vers une spécialisation .....	8
1.3.1 Les spécialités d'exercice odontologique.....	9
1.4 Les enjeux de la création d'une troisième filière d'internat .....	10
2 Les bases et la méthodologie de l'étude réalisée.....	13
2.1 Recherche bibliographique de la littérature spécialisée dans le domaine .....	14
2.2 Rassemblement de données disponibles à l'administration centrale.....	15
2.3 Rassemblement de données des SROS .....	16
2.4 Entretiens auprès de l'Ordre, doyens, syndicats, associations.....	16
2.5 Questionnaire auprès des établissements médico-sociaux prenant en charge cette population.....	17
2.6 Recherche auprès des services hospitaliers .....	17
3 Les résultats obtenus soulèvent un défi .....	19
3.1 Quelles informations ai-je prises en compte ? .....	19
3.1.1 L'offre de soins dentaires.....	19
3.1.2 Le besoin de soins dentaires de la population française .....	22
3.2 Un lien fragile entre les besoins des populations et la création d'une nouvelle filière de formation.....	29
3.3 Le manque de compétences spécifiques pourrait-il être comblé lors de la formation initiale ? .....	31
3.4 Les résultats immédiats et les effets à plus long terme de la création de cette filière demeurent contestables .....	32
3.5 La réponse donnée à la commande initiale entretient la réflexion en cours .....	33

4	Une démarche gratifiée par des enseignements .....	35
4.1	Une gestion de dossier porteuse d'enseignements.....	35
4.2	Le MISP demeure une véritable nécessité dans l'administration centrale .....	36
	Conclusion.....	37
	Bibliographie.....	39
	Liste des annexes .....	43
	Annexe 1 : Conditions d'exercice de la profession en France.....	44
	Annexe 2 : Liste de personnes rencontrées .....	45
	Annexe 3 : Conclusions des professionnels .....	46
	Annexe 4 : Guide d'entretiens des professionnels .....	47
	Annexe 5 : Questionnaire à l'attention des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.....	48
	Annexe 6 : Audit de l'IGAS/ IGAENR sur la formation en odontologie .....	49
	Annexe 7 : Effectifs des chirurgiens-dentistes par classe d'âge et par secteur d'exercice, et pourcentage de femmes .....	52
	Annexe 8 : Effectifs et densité des chirurgiens-dentistes par région .....	54
	Annexe 9 : Médecins spécialisés en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale selon le secteur d'activité et d'exercice au 1er janvier 2009 .....	55
	Annexe 10 : Les statistiques hospitalières (Source SAE 2008).....	56
	Annexe 11 : Contribution de la CNSD aux EGOS 2 .....	I
	Annexe 12 : La partie pratique de la formation initiale en odontologie .....	III

---

## Liste des sigles utilisés

---

AERES : agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur  
CECSMO : certificat d'études cliniques mention orthodontie  
CHU : centre hospitalo-universitaire  
CMU : couverture maladie universelle  
CNOCD : Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes  
CSERD : centre de soins, d'enseignement et de recherches dentaires  
DADS : déclarations annuelles de données sociales  
DESCB : diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale  
DCAO : dent permanente cariée, absente ou obturée  
DCEO : deuxième cycle d'études d'odontologie (3 années)  
DES : diplôme d'études spécialisées  
DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires  
DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle  
DRASS : Directions régionales d'action sanitaire et sociale.  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
FAM : foyer d'accueil médicalisé  
IME : institut médico-éducatif  
MCUPH : maître de conférence universitaire praticien hospitalier  
MEOPA : Mélange Equimoléculaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote  
MERRI : Mission d'enseignement, recherche, référence et innovation  
OCDE : organisation de coopération et de développement économiques  
ODF : orthopédie dento-faciale  
OMS : Organisation mondiale de la Santé  
PCEM 1 : première année des études médicales  
PCEO2 : deuxième année du premier cycle d'études d'odontologie  
PH : praticien hospitalier  
PSPH : participant au service public hospitalier  
PU-PH : professeur des universités, praticien hospitalier  
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire  
SAE : statistique annuelle des établissements de santé  
TCEO : troisième cycle d'études d'odontologie  
UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco- Dentaire  
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

## Introduction

Le 21 juillet 2009, la Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est promulguée. Par ce texte, le législateur exprime, entre autres, la volonté de créer des filières d'internat qualifiant en odontologie.

L'idée n'est pas nouvelle. En effet, ce besoin de structurer la formation initiale des chirurgiens dentistes est en cours de négociations depuis 2005. En mai 2007, un protocole d'accord avait déjà été signé visant la création d'un internat qualifiant et d'une filière qualifiante en chirurgie buccale qui puisse être commune aux médecins et aux dentistes. Il a cependant été abandonné par la suite en raison des désaccords entre médecins et chirurgiens dentistes. En décembre 2008 le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche formule la proposition de créer un internat qualifiant en 3 filières (chirurgie buccale, orthopédie dento-faciale et réhabilitation orale). A partir de cette proposition, il a été inséré dans le projet de loi un amendement « internat qualifiant en odontologie » (art L. 634-1 Code de l'éducation) qui vise à rendre qualifiant l'internat en odontologie. Dans un premier temps, il s'agit de créer une filière qualifiante en chirurgie buccale pour ensuite rendre possible une réflexion sur les autres filières.

En effet, la création d'un internat qualifiant nécessite une modification des parties législatives du code de l'éducation. En revanche, la création des filières (et la détermination de celles-ci) se réalisent au niveau de l'arrêté. Actuellement la seule spécialité qui existe est l'orthopédie dento-faciale (ODF).

La rédaction des textes d'application de cette loi s'avère donc une réelle opportunité de créer les différentes filières qualifiantes en odontologie. Mais lesquelles ? Autant l'opportunité et le contenu des formations dans les deux premières filières (chirurgie buccale et ODF) semblent réaliste et répondre à un besoin, d'autant que ces formations existent déjà, il en est autrement pour la troisième filière. En effet, cette filière qualifiante, appelée odontologie polyvalente, hospitalière ou encore « réhabilitation orale », s'avère une spécificité française, mal définie, sans argumentation nette<sup>1</sup>.

Il est donc l'objet de ce mémoire d'apporter une réponse éclairée sur la pertinence de la création de cette troisième filière qualifiante des études en odontologie.

---

<sup>1</sup> Le lecteur trouvera une tentative de définition de cette « troisième filière » plus bas, dans la première partie de ce mémoire.

# **1 La profession de chirurgien-dentiste évolue vers la spécialisation**

## **1.1 Présentation de la profession**

La profession de chirurgien-dentiste est une profession de santé réglementée (art. L. 4141-1 et suivants du code de la santé publique). 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. Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire<sup>2</sup>.

En France, la culture odontologique est omnipraticienne. Il n'existe à l'heure actuelle qu'une seule spécialité en odontologie, l'orthopédie dento-faciale (ODF), exercée par environ 1800 chirurgiens-dentistes, essentiellement dans le secteur libéral.

Un consensus existe dans la profession pour demander la reconnaissance d'une spécialité en chirurgie orale, dont la formation pourrait être commune aux médecins. On estime que le nombre de chirurgiens-dentistes exerçant de fait exclusivement dans le champ de la chirurgie orale est de l'ordre de 150, dans le secteur hospitalier comme dans le secteur libéral.

De plus, un débat existe, qui n'est pas tranché, quant à la pertinence de la reconnaissance d'autres spécialités comme par exemple l'implantologie.

En Europe, la spécialité d'orthopédie dento-faciale est reconnue dans 19 Etats Membres de l'Union Européenne, dont la France. La spécialité en chirurgie orale est quant à elle reconnue dans 19 Etats Membres de l'Union Européenne, à l'exclusion de la France.

## **1.2 Eléments de démographie<sup>3</sup>**

Au 1er janvier 2009, la France compte 41 968 chirurgiens-dentistes en activité, dont 41 116 en France Métropolitaine. Ils exercent dans une large majorité en libéral (91%), 52% en cabinet individuel et 30% en cabinet de groupe. Enfin, seuls 1% sont salariés hospitaliers. Il s'agit d'une profession plutôt masculine, 37% des chirurgiens-dentistes sont des femmes. Cependant, les femmes représentent 49% des salariés hospitaliers et 59% des autres salariés.

La mise en place d'un numerus clausus en 1971 ainsi que la réduction très forte des places ouvertes à la fin du PCEM2<sup>4</sup> en odontologie entre 1977 et 1992 expliquent le

---

<sup>2</sup> Les conditions d'exercice de l'odontologie en France figurent en annexe 1.

<sup>3</sup> Source DREES

ralentissement de la croissance démographique de la profession (et sa diminution depuis 2004).

Les projections réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montrent qu'à effectif de numerus clausus maintenu constant à 977 étudiants les effectifs de la profession passeront de 66 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants en 2009 à 50 pour 100 000 habitants en 2030. Les effectifs passeront alors de 42 000 environ en 2009 à 27 000 en 2030 selon ce scénario tendanciel de la DREES.

Les chirurgiens-dentistes sont mal répartis entre les régions et les inégalités sont importantes. La densité, soit le nombre de professionnels pour 100 000 habitants passe ainsi de 90 en Provence-Alpes-Côte-D'azur à moins de 41 en Normandie, Picardie et dans les DOM, la moyenne nationale étant de 66 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Au delà des communes rurales peu denses en chirurgiens-dentistes, les disparités de densités sont importantes entre les « pôles urbains » même bien équipées et leur périphérie.

L'évolution des besoins de soins odontologiques est délicate à analyser. En effet, il faut tenir compte à la fois des évolutions de comportements de soins (prise en charge dentaire auprès des plus jeunes, effet des campagnes de prévention, augmentation de la demande « esthétique », etc.) mais aussi des effets d'âge (vieillesse de la population, chronicisation des pathologies, etc.).

### **1.3 La formation en odontologie tend vers une spécialisation**

La formation du chirurgien-dentiste se fait en six ans au minimum après le baccalauréat. Les études odontologiques sont accessibles aux seuls étudiants classés en rang utile à l'issue des épreuves communes à la fin de la première année des études médicales (PCEM 1), passée en faculté de médecine.

Les études se composent de 3 cycles : un premier cycle de 2 années (PCEM1 et PCEO2), un deuxième cycle de 3 années (DCEO) et un dernier cycle qui peut être long ou court : 1 an en cycle court (TCEO1 pour la préparation à l'exercice autonome), 3 ans en cycle long, ce qui correspond à l'internat.

A la fin de la 6<sup>ème</sup> année, les étudiants soutiennent une thèse de 3<sup>ème</sup> cycle. Le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire est délivré aux étudiants qui ont suivi les trois cycles et soutenu leur thèse avec succès.

---

<sup>4</sup> Deuxième année du premier cycle d'études médicales.

### 1.3.1 Les spécialités d'exercice odontologique

#### 1/ L'orthopédie dento-faciale (ODF)

L'orthodontie est une spécialité dentaire vouée à la correction des mauvaises positions des dents et des mâchoires afin d'optimiser l'occlusion (engrènement dentaire). Elle permet ainsi l'optimisation esthétique et fonctionnelle des arcades dentaires et la correction des malocclusions. Elle favorise l'esthétique mais aussi les fonctions que sont la mastication, la phonation, la respiration, la déglutition et la croissance.

La formation en ODF est dispensée en quatre ans à mi temps et débouche sur la délivrance du certificat d'études cliniques mention orthodontie (CECSMO), diplôme de troisième cycle de l'enseignement supérieur (habilitation tous les quatre ans).

Cette formation universitaire (théorique et pratique) accueille environ 80 personnes par an, des diplômés du doctorat d'Etat en chirurgie dentaire à la suite de leur formation initiale ou après des années d'exercice et quelques internes (une quinzaine par an) qui bénéficient d'une passerelle existant entre l'internat et le CECSMO.

#### 2/ La chirurgie orale (terme anglais) /buccale (terme français)

Elle vise des patients porteurs de pathologies lourdes et/ou complexes dans le cadre de la définition du champ de la spécialité (en lien avec les médecins maxillo-faciaux) et les actes de chirurgie simple (remplacement des médecins stomatologistes).

Actuellement la formation en chirurgie buccale ne débouche pas sur la reconnaissance d'une qualification mais sur un simple diplôme universitaire de troisième cycle, le diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale (DESCB). C'est une formation en quatre ans, à mi-temps qui forme environ 15 étudiants par an.

#### 3/ La chirurgie maxillo-faciale : spécialité, DESC II, actuellement ouverte aux chirurgiens (médecins)<sup>5</sup>.

Le contenu de formation dans sa majorité ne dépasse pas le champ d'exercice fixé pour les dentistes à l'art. L. 4141-1 CSP. Cependant certains items vont au-delà : ex. chirurgie reconstructrice cranio-maxillo-faciale.

Une évolution a été apportée par le législateur, lors de la rédaction de la loi HPST<sup>6</sup>. En effet, un article a été rédigé permettant de créer un cadre pour la mise en place d'un (des)

---

<sup>5</sup> Attention : ne pas confondre avec le DESC I orthopédie dento-maxillo-faciale, non qualifiant, qui est l'équivalent de la formation à l'ODF (CECSMO pour les dentistes).

<sup>6</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

internat (s). Leurs maquettes pourraient se créer par voie d'arrêté. Une hypothèse est émise sur la création d'une spécialité en chirurgie orale, ouverte aux médecins et aux dentistes. Les dentistes pourraient avoir une formation allant au delà de leur capacité d'exercice juridique (maxillo-faciale), mais n'exercer cette formation approfondie que dans le champ de la bouche. Les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sont favorables à une réforme de l'internat d'odontologie (actuellement non qualifiant) qui permette de créer une filière d'internat qualifiante en chirurgie buccale, qui ouvre droit à la reconnaissance de cette spécialité. Cependant, lorsqu'on interroge les différents partenaires, les avis sont différents. En effet, la DGESIP<sup>7</sup>, le Conseil de l'ordre et la plupart des syndicats prônent pour la création de trois internats (chirurgie orale, ODF et odontologie générale)<sup>8</sup>, mais les syndicats des libéraux (l'essentiel de la profession en termes de démographie) sont opposés à cette demande. C'est ainsi le rôle du médecin inspecteur en Santé publique (MISP), chargé de la démographie des professionnels de santé<sup>9</sup>, d'apporter les éléments de réflexion nécessaires à une décision pertinente pour le système de santé.

#### **1.4 Les enjeux de la création d'une troisième filière d'internat**

Face à la nouvelle opportunité créée par le législateur, et la divergence d'avis des différents intervenants, il se pose la question de savoir s'il faut créer un (ou des) internat (s) qualifiant (s) et si oui, combien ? Dans quelles spécialités ?

Pour mieux répondre à cette problématique, la directrice de la DGOS<sup>10</sup> me demande d'évaluer le besoin de soins pour, à partir de cet élément, décider de l'opportunité de créer ou pas de filières d'internat en odontologie.

L'enjeu majeur consiste en apportant un mode de réflexion et une approche différentes pour décider du nombre et qualité des futurs professionnels. A ce jour, ces éléments sont décidés selon les effectifs (enseignants et élèves) présents dans les lieux de formation. En aucun moment on tient en compte des besoins des patients ou de la population en général.

L'argumentaire pour créer la filière générale, appelée réhabilitation orale, ou encore, odontologie polyvalente, est basé sur une demande particulière argumentées sur des besoins des populations très spécifiques : les personnes âgées, handicapées, gravement

---

<sup>7</sup> Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

<sup>8</sup> Voir déclaration réalisée par les professionnels en annexe 3

<sup>9</sup> Il est à préciser que je réalise la formation de MISP en cours d'emploi. J'occupe actuellement la fonction d'adjoint au chef de bureau de la « Démographie et formations initiales des professions de santé ».

<sup>10</sup> Direction générale de l'offre de soins

malades et en exclusion sociale. Il convient donc, d'une part, d'évaluer ce besoin et, d'autre part, de vérifier si la création de cette filière répond à cet éventuel besoin.

En tant que responsable de cette problématique au bureau de la démographie et des formations initiales de la DGOS je suis confronté donc à cette question, tout en tenant en compte que, avant même de chercher les réponses, je me heurte à un manque de clarté des termes de la question. En effet, cette « troisième filière » est improprement appelée « généraliste », car ce terme fait référence à un exercice général comme celui que n'importe chirurgien-dentiste pourrait exercer dans un cabinet de ville. Elle est appelé également « polyvalente » mais de aussi de manière inappropriée, pour les mêmes raisons. Enfin, elle est aussi dénommée « hospitalière », ce qui fait référence à un lieu d'exercice, mais pas à la nature d'actes à réaliser ni aux compétences nécessaires. Et ce manque de clarté va s'aggraver lorsqu'on cherche à comprendre les raisons de sa création. L'enjeu principal est donc de s'assurer que l'approche de la situation soit bien effectuée à partir des besoins de santé publique. En effet, elle est susceptible d'être contradictoire avec les intérêts des professionnels, notamment les libéraux. Nous verrons plus loin que l'argument principal de cette demande s'appuierait sur un besoin des populations spécifiques précitées qui devrait être pris en charge dans les réseaux des hôpitaux publics. Mais certains libéraux insinueraient que les actes simples sont peu rémunérateurs et lorsqu'ils sont réalisés auprès de ces populations, très demandeuses de temps, le manque à gagner serait important. Certains soins peu rémunérateurs pèsent lourdement dans leur fonctionnement d'autant plus si les charges fixes du cabinet sont importantes. Cette contradiction dans les argumentaires pourrait se traduire sur des pressions politiques qui se répercutent par la suite sur les services.

Pour apporter une réponse fondée sur les besoins en santé publique à cette problématique, il est donc nécessaire de mobiliser un ensemble de compétences. Les neuf compétences développées par la formation de médecin inspecteur de santé publique sont nécessaires de manière plus ou moins importante. Cependant, c'est incontestablement la n° 1 qui est la plus utilisée « Analyse de l'état de santé d'une population et de ses déterminant pour mettre en adéquation l'offre de soins et de service avec les besoins de la population ». Dans une moindre mesure, j'ai eu besoin de la n° 3 « conception de dispositifs d'actions pour prévenir et/ou gérer un problème de santé publique », la n° 5 « Pilotage de dispositifs d'actions pour prévenir et/ou gérer un problème de santé publique », la n° 6 « Evaluation de dispositifs ou d'actions mis en place pour prévenir et /ou gérer un problème de santé publique » et enfin, n° 8 « Vérification de l'adéquation de pratiques ou de dispositifs d'actions par rapport à une réglementation ou à des normes professionnelles ».

Cependant ces compétences ne sauraient suffire d'elles mêmes. Il fallait conduire la démarche en restant attentif à la commande initiale, tout en gérant les différentes sensibilités politiques, conciliant (ou au moins comprenant) les intérêts des acteurs divers. Le recueil de l'ensemble avis de tous les partenaires concernés est également une étape important, tant pour l'élaboration du diagnostic que pour la phase de négociation qui se suivra, une fois qu'une décision sera prise. Enfin, il est important de veiller au respect des procédures, et des contraintes découlant des délais. En effet, le cabinet de la Ministre, souhaite afficher un message politique fort en demandant aux services de publier tous les textes d'application de la loi HPST dans l'année de sa publication, c'est-à-dire, avant le 21 juillet 2010. C'est ainsi qu'il devient urgent de réaliser un diagnostic pertinent, visant à éclairer la prise de décision pour déboucher sur l'élaboration des textes réglementaires dans un délai de 4 – 5 mois.

## 2 Les bases et la méthodologie de l'étude réalisée

La raison de ce travail trouve ses sources dans l'enjeu qu'il représente. Il s'agit d'une étude nécessaire en un moment où le système de formation des chirurgiens dentistes est en pleine mutation et cette réflexion pourrait contribuer à améliorer ce changement, notamment en inversant le mode de réflexion. Il est en effet question de proposer un autre mode de réflexion. Ne plus prendre des décisions selon les capacités de formation, ou selon la démographie des professionnels ou des étudiants, mais selon les besoins de la population.

Dès les premiers contacts avec les représentants des professionnels et enseignants, il est apparu un manque manifeste de données homogènes et suivies. Toutes les demandes s'appuient à partir d'éléments sectoriels, mal identifiés, incomplets et relatifs. Certains professionnels estiment leur besoin de renouvellement démographique selon le nombre de cotisations nécessaires à la pérennité des caisses de retraites. Les enseignants, quant à eux, selon le nombre de postes susceptibles d'être disponibles ou selon les capacités de formation de leurs services.

Cependant, aucun acteur n'a argumenté ses demandes en fonction des besoins de la population ou de santé publique en général. Personne n'a fait référence à des données de la démographie. Il est devenu essentiel donc d'identifier des sources de données pour évaluer, dans la mesure du possible les besoins des patients en matière d'odontologie.

Or, répondre à la question posée nécessite une réflexion qui n'est possible que si l'on dispose des informations et données nécessaires. Le problème qui se pose est que, compte tenu de cette question ne se pose que maintenant, grâce à l'opportunité de la création d'une filière qualifiante que la loi HPST a généré, ces informations ne sont pas facilement disponibles. Il convient donc de se les procurer de sources variées. Avant de disposer de la capacité de formuler une proposition éclairée, à partir d'une analyse et comparaison des éventuelles sources de données, il fallait tout d'abord les identifier et les choisir.

Ainsi, nous avons procédé à :

- Effectuer une recherche bibliographique de la littérature spécialisée dans le domaine (2.1)
- Rassembler de données disponibles à l'administration centrale (2.2)
- Rassembler de données des SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire) (2.3)
- Réaliser un guide d'entretien pour de l'Ordre, doyens, syndicats, associations (2.4)
- Réaliser un questionnaire auprès des établissements prenant en charge cette population (2.5)
- Enfin, une recherche auprès des services hospitaliers (2.6.)

Le but étant de croiser et comparer ces éventuelles données et voir s'il est possible de les confronter aux différentes caractéristiques de la population générale (densité, âge, sexe, localisation géographique, niveaux socio-économiques, etc.).

J'ai également souhaité consacrer le plus de temps possible au dialogue avec les professionnels, ce qui réduisait d'autant le temps disponible à la collecte et à l'analyse des données et d'éléments d'information. Dans ce sens un calendrier approximatif a été élaboré. Il est approximatif, non en raison du manque de limites, mais dans la possibilité de chevaucher une ou plusieurs phases en même temps. Par exemple, je n'ai pas attendu de finir la recherche bibliographique avant de rédiger le questionnaire destiné aux établissements et celui destiné aux partenaires. Il est cependant évident qu'au fur et à mesure que j'alimentais mes connaissances dans le secteur grâce à cette première phase, les autres s'adaptaient et les questionnaires devenaient plus précis et plus pertinents selon mes connaissances. A l'inverse, la rencontre avec les professionnels me donnaient également des idées utiles qui m'ont servi dans la recherche bibliographique.

## **2.1 Recherche bibliographique de la littérature spécialisée dans le domaine**

C'est la première étape de la démarche. Le recueil des données présentées dans ce mémoire a été fait à partir de la consultation de documents en langue anglaise et surtout française, de Medline, de la Cochrane Library, de la collecte de cas non indexés: sites Internet, livres, publications d'organismes internationaux. La recherche a été faite à partir des mots-clés suivants : dental care, elderly, quality of life, hygiene level, nursing, caregivers, dental needs, medications, comorbidities, infection, soins dentaires, besoin soins dentaires, personnes handicapées, personnes âgées, personnes difficulté sociale, pédo-odontologie.

J'ai sollicité l'aide du service de la documentation du Ministère de la santé et des sports pour le rassemblement des rapports publiés sur le sujet. La recherche s'est effectuée selon les mêmes mots clés.

Enfin, une recherche sur les sites de la Cour des comptes et de l'Inspection générale de l'action sociale m'a permis collecter un complément intéressant d'idées et de chiffres, même si tous ces rapports restent désuets en raison du temps passé depuis leur publication et du caractère très partiel des problématiques en comparaison à celle que je propose.

## **2.2 Rassemblement de données disponibles à l'administration centrale**

Le Ministère de la Santé met à la disposition des DDASS et des DRASS un traitement automatisé, nommé ADELI, de gestion des listes départementales des professions réglementées par le Code de la santé publique et par le Code de la famille et de l'aide sociale. La profession de chirurgien dentiste fait partie des professions visées. Ce traitement a notamment pour finalité l'attribution d'identifiant et la tenue des listes professionnelles de chaque département. Tout chirurgien dentiste exerçant en France est en principe recensé dans le fichier ADELI, ce qui pourrait être un bon point de départ pour l'analyse de la démographie de la profession.

Nous verrons plus bas, lors des analyses des données extraites de ce système, qu'en réalité ces informations obtenues ne présentent qu'un faible intérêt. En effet, le fait qu'un professionnel y soit inscrit, ne dit rien de son activité. Il est impossible de savoir s'il exerce ou pas et encore moins connaître la nature des soins prodigués.

Pour pallier à ce manque d'information, il semble pertinent de croiser ces informations avec la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), même si elle ne retrace pas l'activité des services hospitaliers en tant que tels et que l'odontologie ne figure pas dans les activités de soins autorisées au sein des établissements de santé.

Cependant, dans la SAE, des indications concernant l'activité de « consultations et de soins dentaires » ainsi que le nombre d'odontologues des établissements de santé. Néanmoins ces données ne permettent pas d'avoir une vue précise de l'activité des services d'odontologie et notamment des étudiants en formation dans ces services.

Il existe également un « programme de médicalisation des informations » (PMSI) qui retrace l'activité externe d'odontologie sous quatre lettres clés. Il retrace aussi l'activité ambulatoire d'odontologie, bien que le codage est assez incomplet. En revanche, le lien entre l'activité d'une spécialité et l'activité des étudiants de cette spécialité ne peut être retracé par le PMSI et cette question n'est pas propre à l'odontologie : aucun système d'information n'a été conçu pour analyser l'activité des étudiants en formation dans les établissements. Il n'existe donc pas aujourd'hui de système d'information intégré dans le domaine des formations médicales, pharmaceutiques et odontologiques qui permettent d'établir un lien entre les cohortes d'étudiants et leur activité dans les services durant les stages cliniques.

Enfin, il semble opportun de compléter ces analyses avec celles fournies par les DADS (déclarations annuelles de données sociales) et les autres outils de l'INSEE.

Ces données, permettent d'ériger une idée de la démographie des professionnels. Pour mieux préciser l'activité, il a semble nécessaire de faire appel aux enquêtes DREES par

secteur et FINESS et à l'analyse des ressources humaines dans les établissements de santé. Dans ce sens, la remontée nationale actuelle du Bilan Social et les tableaux de bord sociaux des ARH dans le cadre de la contractualisation de la DHOS avec les ARH semblent pertinents.

### **2.3 Rassemblement de données des SROS**

Lorsque la question s'est posée de comparer l'offre de soins dentaires aux besoins de la population, il est vite apparu le besoin d'examiner les différents SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire), notamment leur volet « soins dentaires ». Pour ce faire, j'ai utilisé le réseau habituel de correspondants de notre bureau au niveau des DRASS (Directions régionales d'action sanitaire et sociale<sup>11</sup>). J'ai donc envoyé un mèl pour interroger mes correspondants sur ce point. Après un très faible retour de réponses, j'ai procédé, cette fois, à des relances téléphoniques. J'ai pu constater que la plupart des schémas ne prennent pas en compte l'organisation de soins dentaires. Il existe cependant trois exceptions. En effet, les régions de Bourgogne, Lorraine et La Réunion ont bien pris le soin d'organiser cette offre de soins spécifique. Ces documents précieux m'ont permis de recueillir des idées, même s'il semble évident qu'il s'agit de régions avec ses propres particularités.

### **2.4 Entretiens auprès de l'Ordre, doyens, syndicats, associations<sup>12</sup>**

Les avis d'experts semblaient essentiels dans cette démarche. Bien que conscient que les intérêts de chaque partenaire pouvaient être très différents, et pas nécessairement concordant avec l'intérêt général, il est vite apparu le besoin de les identifier. Pour ce faire, il fallait rencontrer chaque partenaire.

J'ai rédigé alors un questionnaire ouvert en guise de guide d'entretien (annexe 4) afin de m'assurer, d'une part, l'homogénéité des entretiens avec tous les partenaires et, d'autre part, ne pas oublier de traiter des parties de la problématique.

Après avoir pris rendez-vous avec chacun d'eux, j'ai pu m'entretenir sans difficulté dans la méthodologie suivie. Le seul écueil que j'ai du surmonter lors de mon premier entretien, avec le Président de la conférence des doyens des facultés d'odontologie<sup>13</sup>, est que j'assistais à cette rencontre pour établir un diagnostic, alors que mon interlocuteur venait dans une démarche de négociation. Cette première expérience m'a permis de cadrer les suivantes en précisant la démarche dès les premiers moments de l'entretien.

---

<sup>11</sup> Cette consultation s'est déroulée le mois de février. A cette date les DRASS existaient encore. Elles ont été l'objet d'une réorganisation le 1<sup>er</sup> avril 2010, selon laquelle elles font désormais partie des agences régionales de santé.

<sup>12</sup> En annexe 2, le lecteur trouvera la liste de personnes rencontrées.

<sup>13</sup> Conférence des directeurs d'unités de formation et de recherche d'odontologie.

## **2.5 Questionnaire auprès des établissements médico-sociaux prenant en charge cette population**

Les rencontres avec les syndicats des chirurgiens-dentistes et les doyens ont mis en évidence le besoin de trois filières qualifiantes dans le troisième cycle d'études en odontologie. Cependant, alors que les arguments, même si pas toujours concordants, demeuraient clairs et distincts pour la création des filières en chirurgie buccale et en orthopédie dento-faciale, il en reste que ceux sur la troisième filière (odontologie polyvalente ou hospitalière) étaient très confus, voire contradictoires. Il en sortait difficilement un besoin justifié par rapport aux populations en difficultés sociales, personnes âgées et personnes handicapées (voir plus bas). C'est ainsi qu'il est apparu le besoin de consulter les établissements qui accueillent ces personnes.

Pour ce faire, un court questionnaire a été rédigé (annexe 5) et envoyé par mail à dix établissements médico-sociaux, étant plus concernés par la prise en charge des pathologies dentaires dans le cadre de séjours chroniques. Conscient de la faiblesse de ma démarche en termes de représentativité statistique et du manque de temps pour réaliser une véritable enquête, bien posée et structurée, j'ai choisi de varier la typologie d'établissement selon ses résidents et leurs situations géographiques. J'ai envoyé l'enquête au IME<sup>14</sup> (Institut médico-éducatif) Saint Antoine, dans le Vaucluse, au IME les Trois Lucs, à Marseille, le FAM (foyer d'accueil médicalisé) pour traumatisés crâniens Saint Antoine, dans le Vaucluse, la MAS (maison d'accueil spécialisé Charles Perrens à Bordeaux, le foyer pour traumatisés crâniens Saint Jean en région toulousaine, l'IME de Salernes, dans le Var, l'Institut le Val Mandé, à Saint Mandé (94) et les maisons de retraite de Castillon la Bataille (Gironde) et de Cuers, dans le Var.

## **2.6 Recherche auprès des services hospitaliers**

La directrice de la DGOS avait confié à G Decour, conseiller général des établissements de santé, d'étudier les suites à donner aux conclusions de la commission IGAS et IGAENR du 25 novembre 2008 sur l'« audit de l'appareil de formation odontologique dans la perspective de la fixation du numerus clausus au cours de prochaines années »<sup>15</sup>. Cette mission répondait aux difficultés à augmenter le numerus clausus en odontologie, au regard des capacités de formation à l'université et à l'hôpital, dans un contexte démographique de diminution des effectifs de chirurgiens-dentistes.

Les axes de réflexions étaient les suivants :

- Améliorer la connaissance générale et renforcer les systèmes d'information à tous niveaux ;
- Placer la qualité de la formation des odontologistes au cœur des préoccupations ;

---

<sup>14</sup> Etablissement accueillant des mineurs souffrant d'handicap moteurs et intellectuels lourds.

<sup>15</sup> Voir annexe 6.

- Mieux prendre en compte les contraintes hospitalières et universitaires dans la politique de formation initiale des odontologistes.

Ces conclusions devraient être une source importante d'informations et apporter des réponses à la problématique posée dans ce mémoire. Nous verrons par la suite que ce travail présente un intérêt certain, pas en termes de réponses données, mais dans le sens où il cadre ce travail à réaliser et les suites qu'il faudra donner.

Le principal problème qui se pose dans la recherche d'informations dans le secteur hospitalier est qu'aucun dispositif de suivi de l'activité en soins dentaires n'existe actuellement. De surcroît, les étudiants ne réalisant pas leurs actes en leur nom mais par délégation d'un professionnel en exercice, il n'est donc pas possible d'assurer une traçabilité de leurs actes. En effet, la réforme du financement des MERRI (mission d'enseignement, recherche, référence et innovation) mise en œuvre à compter de 2008 en lien avec les professionnels et les fédérations a pris le parti de départ de considérer le financement du volet formation de manière globale et non par spécialité selon le coût de formation de chaque spécialité. Il n'est donc pas envisagé un particularisme au titre de l'odontologie. Notamment, le « tarif » de l'étudiant (part variable modulable des MERRI) est global quel que soit la spécialité de l'étudiant.

Il en reste que, selon les professionnels, de spécificités du système hospitalier apparaissent et doivent être prise en compte dans cette démarche. D'une part, il semblerait qu'étant donné la présence d'un plateau technique tel qu'il n'en existe pas ou très peu dans les cabinets libéraux, les actes réalisés à l'hôpital soit au moins en partie des actes lourds (actes de chirurgie buccale ou actes auprès de patients souffrant de pathologies graves, par exemple cancer ou HIV). D'autre part, il apparaît qu'étant donné les caractéristiques de l'offre de soins libérale, l'activité réalisée dans les services d'odontologie est également concentrée sur des populations spécifiques : patient de milieux socio-économiques défavorisés, handicapés etc.

Nous allons remarquer par la suite que, depuis la parution d'une décision de l'UNCAM<sup>16</sup>, les chirurgiens-dentistes peuvent coter selon les tarifs CCAM les actes de chirurgie lourde dont une liste positive est fixée par cette décision.. Cette liste d'actes, qui devrait bénéficier d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, pourrait en tout état de cause servir comme première grille d'analyse des actes réalisés dans les services d'odontologie. Toutefois, un important travail reste à réaliser concernant la définition qualitative des actes d'odontologie et à ce stade ces données ne pourront pas alimenter notre réflexion des ce travail.

Il n'existe donc pas à l'heure actuelle de système d'information permettant à la DGOS de disposer de données donnée fiables concernant le caractère qualitatif de l'activité réalisée dans les services d'odontologie.

---

<sup>16</sup> JO du 3 octobre 2008

### **3 Les résultats obtenus soulèvent un défi**

#### **3.1 Quelles informations ai-je prises en compte ?**

Bien que très hétérogènes, les données récoltées étaient également nombreuses. Il a fallu réaliser un travail de tri important. Tout d'abord en écartant celles trop anciennes ou qui n'apportaient pas d'intérêt à notre problématique. Ensuite en simplifiant, compte tenu des doublons et répétitions. En effet, nombreux sont les auteurs qui font appel aux données de la DREES. Enfin, par rapport à la problématique elle-même : c'est bien la troisième filière d'internat qui demande une étude approfondie. Il s'agit donc de savoir s'il est pertinent de créer un internat en odontologie destiné à former des professionnels à prendre en charge des populations particulières. La démarche naturelle serait donc d'examiner, d'une part, l'offre de soins dentaires (3.1.1) et, d'autre part, la demande de ces populations (3.1.1).

##### **3.1.1 L'offre de soins dentaires**

Le premier élément nécessaire pour évaluer l'offre de soins est l'état des lieux des professionnels. Il est extrait des données compilées par la DREES à partir du fichier ADELI.

A) Une densité de professionnels en diminution qui mérite d'être relativisée

a) *Effectifs des chirurgiens-dentistes par secteur d'activité et d'exercice*<sup>17</sup>

Au 1er janvier 2009, la France compte 41 968 chirurgiens-dentistes en activité, dont 41 116 en France Métropolitaine. Ils exercent pour une large majorité en libéral (91%), 52% en cabinet individuel et 30% en cabinet de groupe. Les salariés hospitaliers représentent seulement 1%.

Cette profession est dans l'ensemble plutôt masculine, 37% des chirurgiens-dentistes sont des femmes. Cependant, elles représentent 49% des salariés hospitaliers et 59% des autres salariés.

L'âge moyen est de 48,2 ans (46,7 ans en cabinet de groupe). Ils sont mal répartis entre les régions et les inégalités sont importantes. La densité, soit le nombre de professionnels pour 100 000 habitants passe ainsi de 90 en Provence-Alpes-Côte-D'azur à moins de 45

---

<sup>17</sup> Voir annexe 7

en Normandie, Picardie, Martinique et Guyane, la moyenne nationale étant de 66 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants<sup>18</sup>.

Seulement 2% des chirurgiens-dentistes sont de nationalité étrangère, principalement originaires de pays de l'Union Européenne. Egalement, 2% de ces professionnels ont obtenu leur diplôme à l'étranger dont 51% de français.

b) *La stomatologie et la chirurgie maxillo-faciale sont partagées avec des médecins spécialisés*

Au 1er janvier 2009<sup>19</sup>, la France compte 1 278 médecins spécialisés en stomatologie et 77 en chirurgie maxillo-faciale.

Ils exercent principalement en libéral, 86% des stomatologues et 65% des chirurgiens maxillo-faciaux, dans des cabinets individuels ou de groupe. 10% des stomatologues et 34% des chirurgiens maxillo-faciaux sont salariés hospitaliers, ils exercent pour une large majorité dans les établissements publics de santé<sup>20</sup>.

c) *Les statistiques hospitalières n'apportent qu'une aide partielle à la décision*

Bien que très complètes, ces données devaient être croisées à d'autres sources. Pour ce faire, j'ai sollicité la cellule « statistiques » de la DGOS afin de récupérer les chiffres les plus récents du système d'information alimenté chaque année par les établissements de santé : le SAE (statistiques annuelles des établissements)<sup>21</sup>.

Ce système a l'avantage de montrer la réalité de l'exercice des praticiens en établissement. Il présente cependant un inconvénient majeur : toutes les informations sont recueillies à partir des statuts des professionnels et pas nécessairement de l'activité réalisée. Ainsi, on peut connaître l'existence dans un établissement d'un praticien hospitalier ou d'un assistant, mais on ne peut pas savoir s'il exerce l'art dentaire, l'enseignement, la recherche ou une autre activité. Ma première réaction fut celle de minimiser ce souci, sachant que cette variable serait plus tard stabilisée avec la comparaison des déclarations réalisées par les établissements des activités de soins dentaires en vue de leur financement. J'ai rapidement changé d'opinion lorsque j'ai appris que la tarification à l'activité (T2A) ne concerne pas l'odontologie, tant dans sa partie prévention, que dans les actes de soins proprement dits. Certains établissements de santé ne disposent même pas d'un suivi informatisé de cette activité.

---

<sup>18</sup> Voir annexe 8

<sup>19</sup> Source : DREES/ADELI

<sup>20</sup> Cf. Annexe 9

<sup>21</sup> Voir annexe 10

Par ailleurs, il existe actuellement un peu plus de 400 MCUPH d'odontologie dont moins d'une centaine est à temps plein. La DGOS est favorable à un rééquilibrage progressif entre les personnels à temps partiel et ceux exerçant à temps plein.

d) *La diminution des effectifs de chirurgiens-dentistes, ainsi que leur répartition inégale sur le territoire, annonceraient des difficultés.*

Depuis 2000, la densité des chirurgiens dentistes, dont l'exercice est majoritairement libéral (91%), est relativement stable et a atteint 69 pour 100 000 habitants en 2009. La mise en place d'un numerus clausus en 1971 et surtout la réduction très forte des places ouvertes à la fin du PCEM1 en odontologie dans les années 1980 expliquent cette stagnation des effectifs, tendance inverse des autres professions de santé et de la population française.

Or, selon les calculs prospectifs de la DREES de 2007, l'écart entre le nombre de cessations d'activité et le nombre d'entrées dans la vie active projetées devrait se creuser de façon importante d'ici à 2020. Ce décalage très fort entre les sorties de la profession (dues aux entrées peu régulées des générations du baby boom) et les entrées (régulées depuis 1971) explique que, dans tous les scénarii de projection, les densités de chirurgiens dentistes seraient au mieux de 50 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants en 2030.

A numerus clausus inchangé, les effectifs de la profession passeraient de 69 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants en 2009 à 40 pour 100 000 habitants en 2030. Certes, le numérus clausus a été augmenté et continue à l'être pour se stabiliser à 1300 à partir de 2012, cependant, on estime qu'avec cette correction la densité atteindra 50 professionnels pour 100 000 habitants en 2030.

De surcroit, en plus de la réduction de la densité générale de dentistes, il existe un problème de répartition. En effet, ceux-ci sont mal répartis sur le territoire : les densités départementales varient de 35 à 170 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. De la même manière, les communes rurales ainsi que les périphéries des grands centres urbains sont peu denses en odontologistes.

Cette évolution des besoins, est délicate à analyser car elle doit tenir compte de deux effets contradictoires :

- un effet d'âge : la population générale vieillit, donc le besoin de soins va augmenter (voir plus loin);
- un effet de génération : les générations futures de personnes âgées auront bénéficié d'une prise en charge dentaire plus précoce et de meilleure qualité. Les coopérations à mettre en place laissent en outre espérer une réduction du temps de chirurgiens-dentistes à offre de soins égale.

e) *La diminution de la densité de professionnels est cependant à relativiser*

Deux éléments nous permettent de garder un certain optimisme par rapport à l'évolution de la démographie des professionnels. Le premier, le plus important, est la diminution du besoin de la population générale. Cette notion sera traitée plus bas, dans le chapitre inhérent aux besoins des usagers. Le deuxième est la comparaison internationale.

f) *Les comparaisons internationales dans ce domaine*

La densité de chirurgiens-dentistes s'élève en France à 68 pour 100 000 habitants et se trouve dans la moyenne des pays de l'OCDE. A titre d'exemples, le Royaume-Uni compte 50 dentistes pour 100 000 habitants et l'Allemagne en compte 80.

D'un point de vue sanitaire, les enfants français de 12 ans ont en moyenne une dent permanente cariée, absente ou obturée (DCAO) ; cet indicateur, rapporté au nombre de chirurgiens-dentistes en activité, situe la France comme performante sur la santé bucco-dentaire des enfants parmi les pays de l'OCDE.

D'un point de vue quantitatif, la situation démographique des chirurgiens-dentistes est donc moins alarmante que ce que l'évolution des statistiques pourrait annoncer. Mais leur répartition sur le territoire demeure problématique. Néanmoins, le sujet de cette étude, c'est-à-dire, la création (ou pas) d'une troisième filière qualifiante dans la formation initiale, n'apporterait pas de réponse au problème de démographie. Il convient donc d'examiner les besoins de soins dentaires de la population.

### **3.1.2 Le besoin de soins dentaires de la population française**

L'argumentaire qui soutient la création d'une troisième filière d'internat qualifiant, encore appelée, filière polyvalente ou générale, se base sur un besoin de soins qui ne serait que partiellement pris en charge par le système actuel. Les populations concernées par cette carence de soins concerneraient essentiellement (mais pas seulement)<sup>22</sup> les personnes âgées, handicapées et en difficulté sociale.

A) **Personnes âgées :**

Il y a peu d'études épidémiologiques sur l'état bucco-dentaire des personnes de plus de 60 ans en France. Une enquête dénommée International Collaborative Study (ICS II) pour l'OMS en 1993 apporte des données sur les plus de 60 ans vivant à domicile; quelques

---

<sup>22</sup> Ces trois populations (personnes âgées, handicapées et en difficulté sociale) ont été citées systématiquement dans tous les argumentaires par la plupart de partenaires. Mais parfois d'autres populations ont aussi été évoquées pour justifier le besoin de créer cette filière de formation : patients gravement malades et hospitalisés, souffrant de cancers de la sphère buccale, hémophiliques, sidéens en stade terminal, etc.

enquêtes ponctuelles ont par ailleurs été réalisées en institutions gériatriques. La littérature internationale fait apparaître un mauvais état bucco-dentaire de ce groupe de population, quels que soient les indices utilisés: indices dentaires, indices d'hygiène, indices de besoins de soins.

De nombreux facteurs expliquent l'accroissement des besoins bucco-dentaires dans cette population tels que l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées et l'augmentation de la proportion dans les classes d'âge des 60 ans et plus d'une population qui a peu bénéficié, au cours de sa vie, de mesures préventives ; de plus, la prévalence élevée des co-morbidités associées accroît le risque de pathologies bucco-dentaires et est associée à une consommation élevée de médicaments qui retentissent sur la sphère orale. Les différents handicaps empêchent une hygiène orale correcte; ils nécessitent souvent le recours à une tierce personne, peu formée aux soins de bouche.

Alors que ces besoins augmentent, les enquêtes de consommation montrent que le recours aux soins diminue quand l'âge augmente et de nombreux freins ont été mis en évidence<sup>23</sup>.

L'analyse de la littérature démontre, chez le sujet âgé, que l'état dentaire peut aggraver les comorbidités les plus fréquentes mais aussi leurs répercussions sur l'état dentaire, le tout interférant avec la qualité de vie. Les liens entre l'état dentaire et les maladies cardiovasculaires, respiratoires, le diabète, les démences, la maladie de Parkinson ont fait l'objet de nombreuses études : par exemple, les diabétiques, vulnérables à l'infection, présentent un risque élevé de parodontopathies et, en retour, la maladie parodontale affecte le contrôle métabolique du diabète. L'augmentation des germes buccaux, favorisée par une hygiène défectueuse, prédispose à la survenue de pneumopathies par inhalation. La charge bactérienne orale est un facteur de risque des pathologies respiratoires qui représentent la seconde cause infectieuse en institution.

Les pathologies dentaires à partir de 65 ans ont une incidence et une prévalence élevées; qu'il s'agisse des pathologies carieuses, essentiellement les caries radiculaires aggravées par l'accumulation de la plaque dentaire du fait des difficultés de réalisation de l'hygiène buccale ou des maladies parodontales et des processus inflammatoires gingivaux, à l'origine de douleurs et de mobilités dentaires entraînant des pertes dentaires. Leurs répercussions fonctionnelles sont variables, allant de la moindre tolérance des prothèses à des difficultés masticatoires parfois invalidantes. Les pathologies muqueuses, ulcérations, lésions traumatiques, candidoses sont fréquentes car favorisées par une

---

<sup>23</sup> Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées - Direction Générale de la Santé SD2B-Marysette Folliguet - Mai 2006

hygiène insuffisante, une diminution de la sécrétion salivaire, le port de prothèses défectueuses, l'antibiothérapie au long cours, un diabète mal équilibré. Les pathologies salivaires sont responsables de perturbations du goût, de difficultés de rétention des prothèses, de l'accumulation de plaque bactérienne qui adhère aux muqueuses.

La diminution du potentiel masticatoire est sous l'influence de nombreux co-facteurs : nombre, état et mobilité des dents, diminution du flux salivaire, non port des prothèses, présence d'une inflammation gingivale, pathologies muqueuses, douleurs. Elle a un impact sur le type d'alimentation, les apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, et aussi sur le confort, le bien-être et la qualité de vie. L'édentement, comme l'ensemble des pathologies bucco-dentaires constitue un obstacle majeur à la communication et à la vie sociale et peut être source d'isolement. La perte d'autonomie progressive des personnes âgées est un facteur d'aggravation de ces pathologies.

Le retentissement des pathologies buccales est tout aussi important sur la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées mais se manifeste de façon différente du fait notamment de la plus forte prévalence des troubles cognitifs en établissements pour personnes âgées.

La littérature semble donc confirmer les propos des professionnels selon lesquels il existe une augmentation des besoins de soins dentaires dans cette population.

#### B) Personnes en situation de handicap :

En ce qui concerne cette population, la littérature est encore plus rare. Il existe cependant une étude<sup>24</sup> qui décrit l'état de santé bucco-dentaire et les besoins en recours au système de santé des enfants et adolescents de 6 à 20 ans fréquentant un institut médico-éducatif (IME) ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés. Elle est citée ici car elle se base sur un échantillon important de 8 401 sujets, représentatif au plan national. Les indicateurs de santé bucco-dentaire ont été relevés par 338 investigateurs entraînés, au cours d'un examen clinique de chaque enfant et d'un entretien avec son référent institutionnel. Selon une méthode d'application d'une série d'algorithmes il a été calculé pour chaque enfant : son niveau de santé bucco-dentaire, son niveau de besoin en actes diagnostiques et thérapeutiques, et la nécessité ou non d'actions de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire. Les résultats obtenus confirment les propos des professionnels : parmi les 7 259 enfants constituant l'échantillon de référence (âge : 13,8 ± 3,5 ans ; 62 % de garçons), 48,2 % présentaient au moins un problème important ou sévère de santé bucco-dentaire, 40,3 % montraient un problème modéré, et 3,4 % ne

---

<sup>24</sup> Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France = DORIN M.

présentaient aucun problème. Par ailleurs, 18,4 % des enfants nécessitaient qu'au moins un soin dentaire ou un examen soit réalisé de manière urgente, et 46,8 % relevaient d'un soin à programmer. Pour 26,1 % des enfants, un examen complet était nécessaire du fait de la présence d'un facteur de risque. Enfin, une action de prévention était nécessaire pour 77,4 % des enfants. L'auteur met en évidence le fait que les dispositifs favorisant la réalisation de bilans réguliers, le développement de réseaux de soins et la mise en place de programmes d'éducation à la santé peuvent permettre d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population ciblée.

Des informations importantes concernant cette population ont été obtenues non pas à partir de la littérature, mais à partir des enquêtes de terrain.

La plupart confirme un faible accès aux soins dentaires pour les personnes handicapées. Elles ont des difficultés majeures pour y accéder avec pour conséquences l'aggravation des pathologies et un retard de soins, l'insatisfaction des patients, de leurs familles et des professionnels. De nombreux facteurs sont en cause : absence de structures adaptées, la faible formation des praticiens, l'absence de référentiels professionnels, l'accès limité aux techniques de sédation consciente et d'anesthésie générale, enfin, l'absence de cotation spécifique.

Des besoins spécifiques sont facilement exprimés. En effet, les difficultés d'expression et de communication des personnes handicapées imposent l'utilisation de techniques de communication adaptées (pictogramme par exemple). Un accueil, et un environnement personnalisé, limitant les situations de rupture sont des préalables essentiels aux soins proprement dits. Les techniques de sédation consciente (MEOPA -Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote- en particulier) permettent d'assurer des soins de qualité, sans agression excessive. Elles limitent les actes sous anesthésie générale beaucoup plus lourds. Une bonne prise en charge nécessite la possibilité d'un choix réélu entre les techniques de sédation, pertinent pour la personne concernée. Les pratiques spécifiques mises en évidence sont de quatre types :

- L'approche comportementale. Elle s'inspire des thérapeutiques de l'anxiété qui ont pour objectif d'agir sur les réponses physiologique, cognitives et comportementales de l'organisme vis-à-vis d'un « stresser ». La technique appelée « tell, show an do » est l'une des plus utilisées dans ces situations. Le but est d'établir une indispensable relation de confiance entre le praticien et le patient.
- La sédation consciente. Il s'agit d'une technique utilisant un ou plusieurs médicaments afin de déprimer suffisamment le système nerveux central pour rendre la délivrance des soins possible, mais pendant laquelle la communication est maintenue avec le patient. Le recours à la sédation consciente par inhalation de MEOPA permet d'éviter

l'anesthésie générale. Les effets analgésiants, anxiolytiques et amnésiants permettent ainsi d'apaiser les patients souvent très angoissés et s'opposants aux soins.

- L'anesthésie générale
- Enfin, la continuité des soins, quelle que soit la situation de la personne handicapée est essentielle et impose des mécanismes de coordination.

Cependant les établissements déclarent avoir organisé des modes spécifiques d'offre de soins dentaires pour les personnes handicapées. C'est ainsi que dans les régions de Provence Alpes Côte d'Azur, Alsace, Ile de France et Nord Pas de Calais, un bus assure un service de soins dentaires à domicile ou dans les établissements. Des associations (Handident, Rhapsod'If, HANDI BUS) proposent des solutions complémentaires. Des unités mobiles de soins dentaires facilitent l'accès aux soins lorsque les déplacements sont difficiles en raison du handicap des usagers. Ces unités ne sauraient cependant être une réponse univoque, la recherche de l'autonomie la plus importante possible restant un objectif prioritaire de la prise en charge. Elles répondraient notamment aux besoins des maisons d'accueil spécialisé pour les personnes les plus lourdement handicapées.

Un « BuccoBus » est mis en place en région parisienne, destiné aux seniors dépendants, à l'initiative d'un partenariat entre la caisse primaire d'assurance-maladie de Paris et l'Union française de santé bucco-dentaire soutenu par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Ce véhicule est équipé d'une nacelle élévatrice, d'un fauteuil dentaire avec assise pivotante qui permet les soins sur un fauteuil roulant, d'une radiographie numérisée, d'un cabinet de prothèse et, enfin, d'un personnel qualifié. Des dentistes libéraux, formés à ces soins spécifiques, donneront des soins adaptés à 1 600 personnes âgées. Le budget de cette plate-forme s'élève à 200 000 euros.

Dans le Nord, une unité de santé orale spécifique a été co-fondée par le Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et la direction régionale de l'Association des Paralysés de France (APF) en mai 2004, l'association HANDIDENT (loi 1901), gère un réseau opérationnel depuis juin 2005. Il regroupe actuellement 121 praticiens, 187 établissements et services du secteur sanitaire et médico-social, administrés par des associations régionales ou départementales, et 4 établissements hospitaliers.

L'équipe d'odontologie de l'hôpital Bel-Air à Thionville, le cabinet de soins dentaires pallie également les déficiences de chaque type de handicap. Accessible et adapté, il applique les principes de l'approche comportementale selon les déficiences de la personne. Ainsi pour garantir l'accessibilité de l'entrée au cabinet de soins, le service a été aménagé de plain pied avec des portes automatiques... L'adaptation se traduit par l'acquisition de matériel mobile : fauteuil ergonomique, instruments spécifiques tenant compte de la particularité de la déficience lors de soins bucco-dentaires. Enfin, l'approche

comportementale permet à l'équipe soignante à rester à l'écoute du patient afin de faciliter la réalisation des soins.

Au total, qu'il s'agisse de la littérature ou du terrain, le besoin spécifique de soins dentaires des personnes handicapées, est clairement mis en évidence. Il existe cependant des réponses qui semblent adaptées, pouvant se développer, mais qui concernent davantage l'organisation de l'offre de soins et n'ont pas de rapport avec la formation initiale des chirurgiens dentistes.

### C) Personnes en difficultés sociales :

L'analyse de la littérature confirme le besoin spécifique de cette population. En effet, les dispositifs mis en œuvre en France pour lutter contre l'exclusion, ont permis une meilleure couverture maladie. Cependant, le recours aux soins dentaires des personnes précaires reste insuffisant. Une étude menée à la Pitié-Salpêtrière<sup>25</sup> entre un groupe de « patients précaires » et un groupe de « patients non précaires », montre un plus mauvais état bucco dentaire et un moindre recours aux soins chez les premiers. Les besoins en soins dentaires sont importants et ce, dans un contexte de moindre prise en charge par l'assurance maladie, et d'insuffisance de structures de soins pouvant accueillir des patients en situations sociale difficile.

J PASCAL, dans son étude sur la prise en charge dentaire des personnes socialement vulnérables à l'hôpital public<sup>26</sup>, confirme le besoin augmenté de soins de ces personnes et met en évidence le rôle majeur de l'hôpital dans la prise en charge de cette population. Il explique le rôle éducatif, préventif et pluri professionnel des professionnels de ce secteur. C'est ce rôle de l'hôpital public qui a été largement mis en évidence par les représentants des professionnels comme motivation de la création de la filière polyvalente de formation en odontologie. Ainsi, un groupe pluri-professionnel a bâti un outil destiné à repérer les personnes en situation de vulnérabilité sociale parmi les consultants d'un centre de consultation dentaire d'un CHU<sup>27</sup>. Ces personnes nécessitent en effet une prise en charge particulière. Ainsi, parmi les 48% des personnes identifiées comme en difficulté sociale dans ce centre, 69% bénéficient de la CMU ou de l'AME, 59% n'ont pas de

---

<sup>25</sup> AZOUGUY-LEVY S, Juin 2006, « Etat dentaire, recours aux soins et précarité ». Revue d'épidémiologie et de santé publique, n° 3, pp 203-211.

<sup>26</sup> PASCAL J, sept 2005, « Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie à l'hôpital public », Santé publique, volume 17 n°3, pp 357-369.

<sup>27</sup> PASCAL J, sep 2005, « Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public ». Santé publique, n°3, pp 357- 369.

complémentaire santé, 47% déclarent rencontrer des difficultés pour payer leurs médicaments ou leurs examens médicaux et 48% perçoivent une prestation de solidarité.

Enfin, toujours dans une démarche de confirmation de ces besoins spécifiques, avant la pose de prothèse, bien que la remise en état bucco-dentaire ne soit pas systématique, quel que soit le mode de protection sociale, elle est de plus mauvaise qualité pour les patients relevant de la CMU, même lorsque deux prises en charge par le chirurgien-dentiste sont survenues en moins d'un an et demi<sup>28</sup>.

A l'instar de la population précédente, le besoins de soins dentaires accru de ces personnes semble clairement démontré. Il n'en est cependant pas de même en ce qui concerne le besoin de création d'une filière d'internat qualifiant ou, tout au moins le rapport entre ce besoin et la solution proposée.

A l'examen des besoins en soins dentaires de ces populations spécifiques, notamment lorsqu'on dessine l'idée que ceux ci sont importants, on serait tenté de tirer la conclusion qu'ils pourraient être généralisés. C'est pour cette raison, bien que ce ne soit pas le sujet de ce mémoire, qu'il importe de considérer ces besoins de manière plus large au regard de toute la population française.

#### D) Par rapport à la population générale

Des études épidémiologiques récentes réalisées par l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco- Dentaire) en 2006 concernant les enfants de 6 à 12 ans et la santé parodontale, démontrent que l'évolution de la carie dentaire régresse (l'indice CAO est passé de 4.2 en 1986 à 1.23 en 2006). Les proportions d'enfants indemnes ont augmenté malgré les problèmes rencontrés en zone d'éducation prioritaire et rurale parmi les catégories les plus défavorisées.

En dehors des besoins de soins de caries et de traumatologie, les besoins en orthodontie, détartrages, traitements de gingivites et de parodontopathie, restent encore nombreux. Les traitements prothétiques sont difficiles à évaluer et susceptibles d'augmenter en même temps que le vieillissement de la population.

- La carie n'est pas encore une maladie éradiquée, car ses causes sont multifactorielles et dépendent à la fois des chirurgiens-dentistes, mais aussi de la politique de santé, et du comportement des patients, tant en terme de consultations, qu'en terme de

---

<sup>28</sup> BORGES DA SILVA G, juillet-sept.2002, « Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé ». Revue médicale de l'Assurance maladie, n° 3, pp.193-200.

mauvais comportements alimentaires (grignotage et aliments sucrés), comme le prouve l'accroissement du nombre de personnes obèses.

- L'augmentation de la durée et de la qualité de vie, associées au progrès, favorisent des pathologies qui étaient plus rares (caries de collet chez les personnes âgées, problèmes parodontaux, troubles articulaires...), car la solution de l'appareil complet était adoptée beaucoup plus tôt il y a quelques années. Il pourrait donc y avoir une augmentation des besoins en soins.
- Le comportement des patients est difficile à prévoir. Cependant, les images de « bonne santé », largement véhiculées par les médias, modifient le comportement des patients devenus « consommateurs ». On peut donc s'attendre à une augmentation de la demande de soins.
- Déclin de la carie en France

Le Professeur de Santé Publique, Denis BOURGEOIS – PU-PH Lyon-, soutient la thèse de la disparition du phénomène carieux grâce à la généralisation du fluor et confirme que la carie, apparue au début du XXème siècle, est en voie de disparition au XXIème siècle; il conclut à un contrôle strict du *numerus clausus* de formation.

Avec son autorisation, nous reproduisons en annexe 11 la note qu'il a bien voulu nous faire parvenir pour les États généraux de l'offre de soins<sup>29</sup>. Elle met évidence que les enfants d'aujourd'hui dont l'indice carieux n'a jamais été aussi faible et qui continue de baisser n'ont et n'auront pas les besoins en soins dentaires de leurs parents. Les deux tiers de ces enfants n'ont d'ailleurs déjà actuellement aucun besoin significatif de soins dentaires. Les conséquences de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations a ou va, à moyen terme, avoir un retentissement évident sur la démographie professionnelle, profession qui à ce jour a une activité qui découle de la gestion de la mauvaise santé des populations des enfants devenus adultes des années 1960-1970.

A la lumière de ces propos, on peut donc tirer une première conclusion partielle. Les besoins en soins dentaires ne seraient pas les mêmes qu'il s'agisse de la population générale ou celles spécifiques traitées plus haut.

### **3.2 Un lien fragile entre les besoins des populations et la création d'une nouvelle filière de formation**

La difficulté la plus importante à ce stade est basée dans le manque de lien entre la problématique soulevée et la solution proposée par les professionnels. En effet, si l'on part de l'hypothèse que les personnes handicapées, âgées et en difficultés sociales ont

---

<sup>29</sup> Contribution de la CNSD aux EGOS 2 – Dr Jean Claude Michel – président de la CNSD – 10 mars 2008.

un besoin plus important en soins dentaires, la création d'un internat qualifiant approfondissant la formation dans ces domaines ne réglerait pas pour autant le problème.

Pour mieux comprendre ce lien, il a fallu interroger les directeurs d'unités de formation et de recherche (doyens) et les praticiens libéraux. Les premiers, ont expliqué que le fait de développer cette filière présentait un double intérêt. D'une part, cette filière d'internat permettrait de cultiver et multiplier les compétences nécessaires aux particularités de ces prises en charge. En effet, comme nous avons vu plus haut, ces populations, notamment les personnes âgées et handicapées, ont besoin de certains actes et gestes techniques spécifiques à leurs soins. D'autre part, le fait de créer cette filière, permettrait de développer un « vivier » d'enseignants hospitalo-universitaires, essentiel à la continuité de l'enseignement de l'odontologie en général et à la recherche. Il apparaît donc un nouvel argument pour justifier cette création. Comme nous l'avons constaté plus haut, ce corps de professionnels est confronté au défi de son évolution démographique et il importe d'y trouver les solutions.

Lorsqu'on interroge les représentants des professionnels libéraux, la réponse est plus nuancée. Ils reconnaissent, en effet, le besoin accru de ces populations spécifiques. Ils laissent entendre qu'il serait opportun que des prises en charge spécifiques se développent dans les réseaux des hôpitaux publics. De manière un peu plus confidentielle, certains expliquent que les actes simples sont peu rémunérateurs et lorsqu'ils sont réalisés auprès de ces populations, très demandeuses de temps, le manque à gagner serait significatif. Soigner une simple carie peut prendre des heures auprès d'une personne lourdement handicapée. Ce soin pèse d'autant plus que les charges fixes du cabinet sont importantes. Il faut un système financé de manière spécifique qui assure ce besoin de service public. En revanche, l'un des deux syndicats est plutôt opposé à régler ce problème par la création de la troisième filière qualifiante. En effet, il argumente l'hétérogénéité de financements des actes. Certains actes seraient très mal remboursés par l'assurance maladie, alors que d'autres, au contraire, seraient une ample source de revenus. Ce syndicat nous explique que la plupart de praticiens pratique à ce jour des actes peu rémunérateurs tels que la prévention, les soins simples (caries, détartrage, etc.), mais qu'ils sont compensés par des actes plus lucratifs, tels que les implants dentaires ou l'orthodontie. Ce syndicat nous explique sa crainte basée sur l'hypothèse que si l'on créait une filière qualifiante polyvalente, les futurs professionnels s'installeraient avec le titre « d'ancien interne des hôpitaux » et seraient susceptibles de se sur-spécialiser dans les actes les plus rémunérateurs, ce qui drainerait ces actes vers les anciens internes et, par voie de conséquence, romprait l'équilibre financier de leurs collègues.

Enfin, la recherche a été élargie auprès de nos partenaires du ministère de l'enseignement supérieur. Ici la position est bien plus claire. L'intérêt de la création de la troisième filière qualifiante est celui qui a été mis en évidence par les doyens : le développement d'un « vivier » d'enseignants hospitalo-universitaires pour faire face au défi démographique, pour développer la recherche et (élément nouveau) pour améliorer l'attractivité de cette activité au sein des hôpitaux. Il s'agit en effet de renforcer les liens entre l'internat en odontologie et les débouchés hospitalo-universitaires. Ces liens entre l'actuel internat en odontologie et les carrières hospitalo-universitaires sont ténus. Il n'est en effet pas nécessaire aujourd'hui d'être interne pour passer les concours hospitaliers. Cette circonstance ainsi que la faible attractivité de l'internat ont conduit à réfléchir aux objectifs de l'internat en odontologie. La reconnaissance de la spécificité de l'exercice hospitalier, par le biais de la création d'une filière spécifique pourrait rendre plus attractives les carrières hospitalo-universitaires et favoriser par là le recrutement des futurs enseignants.

### **3.3 Le manque de compétences spécifiques pourrait-il être comblé lors de la formation initiale ?**

Bien que la problématique soit éclaircie et que les motivations de la création de la troisième filière semblent être compréhensibles, il en reste qu'elle ne va pas de soi, même si elle pourrait répondre aux besoins exprimés ci-dessus. Pour dissiper ce doute, il a paru nécessaire d'examiner la formation initiale en odontologie de manière plus précise. Il ne s'agit bien évidemment pas de présenter ici toute la formation des chirurgiens-dentistes, mais de passer en revue ses parties pratiques et leur financement. Cela permettrait d'évaluer les éventuelles compétences spécifiques justifiant la création de cette filière. La synthèse de ces éléments est présentée en annexe 12. Il en sort que la formation initiale pourrait se voir améliorée par l'augmentation du temps de pratique dans la formation. Cependant, le financement de l'exercice des stagiaires n'est pas prévu. L'action de l'Etat est donc peu efficace dans ce domaine. Il n'y a, en effet, pas de rémunération sur les crédits d'Etat, hors le quota d'« année recherche<sup>30</sup> ». A l'heure actuelle les stages extrahospitaliers ne sont pas rémunérés. Une évolution resterait donc envisageable pour le stage actif sans financement, ou financé à partir de l'activité. Cependant, les doyens n'ont pas pu identifier clairement les compétences à acquérir justifiant d'un internat à part entière et qui ne soient pas acquises dans la formation initiale. Ainsi, avant de continuer dans la recherche d'un éventuel financement, ou de l'opportunité d'allonger la formation initiale ou l'internat, il devient essentiel de commencer par identifier ces compétences à acquérir qui justifieraient la création de la filière.

---

<sup>30</sup> Il s'agit de la prise en charge financière d'une année d'internat pour l'accomplissement de travaux de recherche.

### **3.4 Les résultats immédiats et les effets à plus long terme de la création de cette filière demeurent contestables**

Cette réforme aurait donc pour conséquence de qualifier les nouveaux internes en une filière polyvalente (flux) et de les rendre spécialistes. Le cas échéant, ils pourraient faire apparaître cette qualification sur leur plaque et avoir l'exclusivité de l'exercice des actes nécessitant ces compétences. La qualification des personnes exerçant déjà dans ce champ d'activité (stock) pourrait être envisagée. Elle nécessiterait la mise en place par voie réglementaire d'une commission de qualification sous l'égide du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Sur le plan de la formation, elle conduirait à la création d'un nouveau DES (diplôme d'études spécialisées) qui pourrait être ouvert aux chirurgiens-dentistes.

Elle présenterait des avantages certains :

- 1) Permettre une réflexion sur l'attractivité de l'internat (fortement dévalorisé dans sa forme actuelle)
- 2) Permettre une réflexion sur la formation/le recrutement des enseignants en odontologie dans un contexte démographique critique (vivier : internat)
- 3) Le dispositif réglementaire est souple et rend possible la création de filières qualifiantes par arrêté, sans l'imposer pour autant et bénéficiant déjà d'un consensus partiel au sein de la profession.
- 4) La question de l'exercice exclusif reste ouverte. Il n'est pas lié au dispositif de formation et nécessite des arrêtés dans le domaine de l'exercice. Cette discussion n'est pas entamée et est indépendante de la réforme de l'internat.

Cependant, si l'on se projette plus loin dans la démarche, au moment de construire les maquettes et programmes de formation, on se heurte au besoin de définition d'un champ d'exercice plus précis. Cette filière de réhabilitation orale/ odontologie polyvalente fait en effet référence à une pratique très spécifique, essentiellement à l'hôpital. Mais il ne s'agit pas d'acquérir de nouvelles compétences. Il s'agit simplement d'utiliser les compétences acquises dans la formation initiale dans un autre contexte. Certes, un niveau de maîtrise plus important pourrait être nécessaire. On pourrait même identifier de nouvelles compétences spécifiques, mais pas au point de justifier 3 ou 4 ans de formation.

La création de cette filière apporterait des solutions aux situations évoquées plus haut, mais elle créerait sans doute d'autres difficultés. Ainsi elle augmenterait le débat autour de la concurrence que cette filière ferait à l'omni pratique. En outre, elle entraînerait des difficultés en termes conventionnels. On pourrait imaginer que ces « spécialistes » vont réclamer une cotation de leurs actes de manière plus importante, à l'instar de ce que nous avons vu avec les médecins généralistes qui réclament l'alignement de la consultation de

généralistes sur celle des spécialistes, depuis que la médecine générale est reconnue comme une spécialité.

### **3.5 La réponse donnée à la commande initiale entretient la réflexion en cours**

Ce mémoire n'apporte pas de solution aux problèmes que la création de la troisième filière voulait régler : comment faire face au défi démographique ? Comment valoriser l'activité hospitalière ? Comment améliorer l'offre de soins dentaires à ces populations ?

Il apporte un conseil, cependant, manquant d'arguments solides pour appuyer le changement, notamment eu égard aux besoins de la population, il est susceptible d'essuyer des reproches en termes de retombées politiques.

Je suis conscient que le besoin de la population est évalué difficilement, et essentiellement à partir d'un point de vue qualitatif. Compte-tenu de la difficulté à apprécier l'activité des professionnels, à ce stade, il semble difficile de réaliser une estimation quantitative des besoins. Or, elle semble essentielle. Si ce travail me permet de consentir la création des filières qualifiantes en chirurgie buccale et ODF et de nuancer la création d'une filière polyvalente hospitalière, il ne permet pas d'identifier le nombre de spécialistes à former. Il est à craindre que, si la décision est prise de créer les deux premières filières, le nombre de places à créer devrait être défini selon la capacité des centres de formation et les effectifs d'enseignants et non selon les besoins de la population.

## **4 Une démarche gratifiée par des enseignements**

### **4.1 Une gestion de dossier porteuse d'enseignements**

Lorsque la problématique de créer ou pas une troisième filière d'internat s'est posée, elle s'est construite à partir de réponses déjà formulées par les différents partenaires avec des raisonnements logiques, voire pertinents. La solution de facilité aurait été de valider cette demande, éventuellement approfondir davantage les arguments exposés pour mieux les expliquer aux décideurs et au terrain (usagers, élèves, établissements, etc). En effet, il existe au moins deux autres manières de traiter le problème. La plus aisée et commode consisterait en poser la question aux doyens sur la création de cette filière et exécuter leurs demandes. Elle aurait eu la légitimité d'être appuyée par les personnes expertes dans la matière de la formation. On aurait pu également appuyer l'argumentaire par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Cependant, même si des réponses apparaissent de manière plus ou moins aisée, il fallait absolument élargir la problématique au contexte plus général. En effet, cette démarche n'aurait bénéficié d'aucun rapport avec les besoins de la population C'est ici que la spécificité du Ministère de la santé, et en particulier celle du MISP, revêt toute son importance.

Il en découle le principal enseignement à tirer : garder toujours à l'esprit les motivations profondes des actions menées. En l'occurrence, il s'agit de remplir une mission de service public. Il faut donc faire appel à la notion d'intérêt général et voir concrètement comment et en quoi l'action menée rend service à la population.

Une fois l'élargissement du champ de réflexion et de contextualisation réalisé, un deuxième enseignement devient évident : ne pas se murer d'emblée sur une solution. Il peut en exister d'autres. Il ne s'agit pas ici de rédiger un traité de méthodologie de résolution de problèmes, car ces ouvrages sont nombreux, connus et bien plus pertinents que l'expérience que je pourrais apporter ici. Je tire seulement comme apprentissage de ce procédé que j'ai tendance à faire appel à ces méthodologies lorsque je n'aperçois pas de solution aux problèmes posés. Or, en l'espèce, les solutions étaient déjà énoncées dans la formulation du problème. Il fallait donc absolument poser le problème en d'autres termes.

Un troisième enseignement est venu enrichir mon champ d'action. Recueillir les avis de toutes les personnes concernées, y compris ceux qu'on croit connaître déjà. Cela permet de mieux comprendre les différents enjeux, mais aussi de se nourrir des arguments nécessaires pour appréhender les différentes situations à traiter, pour expliquer

ultérieurement aux décideurs, aux usagers, aux partenaires et, enfin, pour trouver éventuellement d'autres solutions.

Le dernier enseignement important tiré de cette expérience, est qu'il faut beaucoup de patience, d'écoute, de délicatesse dans les actions pour ne pas générer de blocage politique. Même si la lecture de ce mémoire ne permet pas de déceler cette problématique, chaque consultation, dialogue, interrogation fut souvent imprégnée de méfiance et des efforts d'explication pour rassurer mes partenaires furent nécessaires.

#### **4.2 Le MISp demeure une véritable nécessité dans l'administration centrale**

Le MISp occupe une place essentielle au sein de l'administration centrale comme dans toute structure dépositaire de décisions stratégiques. Sa présence et notamment ses conseils, vient compléter le processus décisionnel grâce à sa spécificité « santé publique » essentielle dans un ministère chargé de la santé. La démarche de la création d'un ou des internats qualifiants en odontologie nous montre comment c'est cet apport MISp qui sert de repère pour une prise de décision par delà des intérêts différents et divergents des autres administrations, professionnels ou autres partenaires. C'est son apport en santé publique qui favorise la réflexion pour l'intérêt général, moteur de l'administration.

Lorsqu'on assume cette responsabilité de conseil dans une administration centrale, système grand, lourd en termes de fonctionnement, avec de fortes tensions, notamment politiques, la solution de facilité serait de se laisser guider par la réponse la plus « politiquement correcte ».

Cependant, il est de la responsabilité du MISp de vérifier la pertinence et l'opportunité des éventuelles solutions à l'égard du système de santé, même si cette démarche n'est pas toujours la plus facile. Pour ce faire, il se doit de solliciter les différents interlocuteurs du terrain en vue d'accroître les informations nécessaires à la compréhension des enjeux.

## Conclusion

La loi Hôpital, patients, santé et territoire, offre l'opportunité de créer des filières d'internat qualifiant en odontologie. Bien que le cadre législatif soit clairement précisé, chacune des éventuelles filières susceptibles d'être créées, doit être matérialisée par la voie réglementaire, par des arrêtés. Il reste cependant à déterminer quelles sont les filières qui devraient se mettre en place afin de former les futurs chirurgiens-dentistes spécialisés.

Si les représentants des professionnels et des enseignants s'accordent pour demander trois filières bien caractérisées, il en reste que l'approche du médecin inspecteur en santé publique met en évidence un manque de précision dans la définition de ces besoins. Ainsi, deux des trois filières qualifiantes semblent bien identifiées. C'est le cas de la chirurgie orale et de l'orthodontie dento-faciale. Cependant, il en est autrement pour la troisième filière appelée odontologie polyvalente, hospitalière, ou encore, réhabilitation orale. Cette demande est fondée sur les besoins spécifiques des personnes handicapées, en difficultés sociales et/ou souffrant de graves maladies. Un argument démographique conséquent aux départs prévus des personnels hospitaliers vient appuyer cette demande avec l'espoir d'augmenter l'attractivité et la fidélisation des chirurgiens dentistes hospitaliers.

L'examen des arguments exposés permet de confirmer les besoins spécifiques en soins dentaires de ces populations et les problématiques soulevées, tant du point de vue démographique que sur l'organisation de l'enseignement dans les établissements de santé. Il en reste cependant que rien ne prouve que la création de cette troisième filière y apporte une solution efficace. Elle risque de surcroit de créer des difficultés supplémentaires en termes de financement de la formation et les demandes conventionnelles que les futurs professionnels pourraient formuler.

On déduit que cette « mauvaise réponse » à une bonne question est la conséquence de la négligence des besoins des usagers dans la démarche. Les raisonnements et discussions bien élaborés de manière isolée perdent leur cohérence si l'on ignore l'utilisateur, essence même du système de santé. Le rappel de cette nécessité est l'une des missions du médecin de santé publique. C'est ainsi que l'on peut conclure en déconseillant la création de cette troisième filière car elle ne serait pas une réponse adaptée au problème posé.

Nous restons cependant conscients que ce conseil, ne peut être que limité. En effet, alors qu'il cherche à générer de la cohérence en rappelant les besoins des usagers du système de soins, il n'apporte pas de solution aux défis démographiques auxquels les enseignants chirurgiens-dentistes se voient confrontés. L'attractivité de l'exercice hospitalier et la réponse aux besoins en soins dentaires des populations spécifiques restent des difficultés

réelles et conservent toute leur actualité. Il reste donc à relever ces défis avec des solutions adaptées et pertinentes.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires,

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

### Ouvrages,

GOUDOT P – BONNEL M / nov. 2006, « Livre blanc de la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale française », Paris, pp 201-225.

URCAM Champagne-Ardenne, Alsace, Lorraine, « Evaluation des besoins et de la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées en EPHAD », 2009. p 74.

### Articles,

AZOUGUY-LEVY S, juin 2005, « La santé bucco-dentaire en France ». Actualité et dossier en santé publique, n° 51,

AZOUGUY-LEVY S, Juin 2006, « Etat dentaire, recours aux soins et précarité ». Revue d'épidémiologie et de santé publique, n° 3, pp 203-211.

BEYNET A, « Problèmes dentaires et précarité », février 2002, CREDES. Questions d'économie de la santé, n° 48,

BORGES DA SILVA G, juillet-sept.2002, « Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé ». Revue médicale de l'Assurance maladie, n° 3, pp.193-200.

COLLET M – SICART D, Sep 2007 « Les chirurgiens dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », La lettre de l'Ordre national des chirurgiens dentistes, –N° 594 –

DORIN M, 2006, Paris, « Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France », Pratiques et organisation des soins, Editions de la Société française de santé publique, vol. 37, no4, pp. 299-312

DORIN M, CHEVALIER J, juin 2002, « Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ». Information dentaire, n° 23, pp. 1547 – 1556.

DUPAS C, 2009 « Soins bucco-dentaires et renoncement: quelles explications, quelles solutions? » L'information dentaire.

DUPAS P, 2009- « Précarités, odontologie et hôpital – L'expérience de la consultation - Situation de la chirurgie dentaire dans le Nord-Pas-de Calais » L'information dentaire.

FISNOT A, Janv.-Fév. 2010. « La vie...à pleines dents !: dossier ». Doc' domicile, n° 15, pp 5-10.

IRDES, Mai 2005, « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire : exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale »2000 ». Questions d'économie de la santé, n° 94, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>

PASCAL J, sep 2005, « Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public ». Santé publique, n°3, pp 357- 369.

PASCAL J, sept 2005, « Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie à l'hôpital public », Santé publique, volume 17 n°3, pp 357-369.

« Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003. », 14 avril 2009, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, p.137-141

« L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : la BBD a-t-il atteint sa cible ? », 2002, Question d'économie de la santé- Problèmes dentaires et précarité

« Trajectoire de vie et santé bucco-dentaire », septembre 2009, L'information dentaire

« Santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans », 2001, <http://asv.bm.du.free.fr/CD3/Annexes/Sante%20dentaire%20des%20jeunes%20franciliens%20de%20moins%20de%2020%20ans.pdf>

« Une nouvelle géographie de l'offre de soins dentaires », La lettre de l'Ordre national des chirurgiens dentistes, n°48, juin 2006, p.16-29.

## **Rapports,**

« État bucco-dentaire et besoins en soins d'une population de 65 ans », octobre 2004 : [http://www.msa44.fr/files/msa44/msa44\\_1196258617988\\_RAPPORT\\_BUCCO\\_DENTAIRE\\_NATIONAL.PDF.pdf](http://www.msa44.fr/files/msa44/msa44_1196258617988_RAPPORT_BUCCO_DENTAIRE_NATIONAL.PDF.pdf)

« Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs - population adulte francilienne », Octobre 2008, Observatoire régional de santé d'Ile de France <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/6pdents.pdf>

« Etat dentaire et renoncement aux soins », 2001, INRS

[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/TF%20109/\\$file/tf109.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/TF%20109/$file/tf109.pdf)

« Évaluation après un an d'un programme de promotion de la santé orale à l'école maternelle », 2008 : [http://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_081\\_0007](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_081_0007)

« La santé bucco-dentaire devient publique », 2006,

[http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0073/49\\_Karsenty.pdf](http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0073/49_Karsenty.pdf)

« Rapport 2008 de l'observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde », Sept. 2009, Médecins du monde. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins/Rapports/Rapport-2008-de-l-Observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-Mission-France>

« Score-santé indicateurs » [http://www.score-sante.org/score2008/tableau2008/Actes-de-paramedicaux--et-de-dentistes-pour-100-personnes\\_Dentistes.html](http://www.score-sante.org/score2008/tableau2008/Actes-de-paramedicaux--et-de-dentistes-pour-100-personnes_Dentistes.html)

« SROS 3 », Région Lorraine, 2005-2010

« SROS 3 », Région Réunion, 2005-2010

« SROS 3, Extrait relatif à l'Odontologie », Région Bourgogne, 2009-2011

AMELI « Besoins bucco-dentaires et indicateurs en santé bucco-dentaire » Dossier mis à jour le 10 décembre 2007, Pratiques et Organisation des Soins 2006 n°4

AMELI « Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France », 2006.

BANCHEREAU C- DOUSSIN A, Nov. 2002, Centre de recherche et d'étude et de documentation en économie de la santé – « L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BDD a-t-il atteint sa cible ? », Biblio n° 1396.

BEYNET A – MENAHEM G, Fév. 2002, « Problèmes dentaires et précarité », Centre de recherche et d'étude et de documentation en économie de la santé –Biblio n° 1369.

BOIS D, « Rapport de la mission odontologie », 2003, Documentation française, 140 p.

DELAHAYE-GUILLOCHEAU V, « Audit de la formation odontologique », décembre 2006, Rapport IGAS-IGAENR, Documentation française, 54 pages.

DRASS Ile-de-France, 2009 « Plan régional de santé publique en Ile-de-France, »

DREES, 2009, « L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. » p 33 et 91.

DREES, ADELI, « Part des 55 ans et plus et des 60 ans et plus par spécialités », 2008

FOLLIGUET M, mai 2006, « Prévention de la carie dentaire chez les enfants de moins de 3ans », Direction générale de la santé,

FOLLIGUET M, septembre 2006 « La santé bucco-dentaire des personnes handicapées », , Direction générale de la santé,

FOLLIGUET M, septembre 2006 « La santé bucco-dentaire des personnes détenues » Direction générale de la santé,

FOLLIGUET M, Mai 2006, « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées » Direction générale de la santé – IRDES, 2004 - Enquête santé et protection sociale.

<http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf>

MICHEL JC Note de synthèse issue de « Contribution de la CNSD aux EGOS 2 », 10 mars 2008

ONDPS « Le rapport 2006-2007 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, analyse des professions de chirurgien dentiste », 2008.  
[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONDPS\\_-\\_2006\\_2007\\_-\\_tome3.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf)

SANELA S, « Rapport Enquête : l'accès aux soins dentaires des bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France ». 2002, Médecins du monde,  
[http://84.207.23.36/fr/layout/set/print/publications/les\\_rapports/enquete\\_l\\_acces\\_aux\\_soins\\_dentaires\\_des\\_beneficiaires\\_des\\_cmu\\_et\\_ame\\_dans\\_11\\_villes\\_de\\_france](http://84.207.23.36/fr/layout/set/print/publications/les_rapports/enquete_l_acces_aux_soins_dentaires_des_beneficiaires_des_cmu_et_ame_dans_11_villes_de_france)

TAMISIER J, Déc. 2004, « Etat de santé bucco-dentaire des résidants en établissements pour personnes âgées en Bretagne », Union régionale des caisses d'assurance maladie de Bretagne – Rennes, Les documents de l'URCAM de Bretagne.

UFSBC « La santé dentaire en France : enfants de 6 à 12 ans. », 2006. 84 p. (DDASS Paris, DRASS Pas de Calais)

YAHIEL M, 2001. « Lignes directrices pour une réforme dentaire ». Rapport IGAS-Documentation française, 33 pages  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000666/0000.pdf>

## **Conférences,**

« Handicap et santé bucco-dentaire » Actes du colloque 25 octobre 2007- Présentation de DORIN M des résultats de l'évaluation nationale des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un établissement pour enfants et adolescents handicapés.

« Inégalités de santé : le point en santé bucco-dentaire. » 7ème Journée de santé publique dentaire. Créteil, 8 novembre 2007. Union française pour la santé buccodentaire.

« Précarité et accès aux soins bucco-dentaires », Association dentaire française (2008 - conférence)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Conditions d'exercice de l'odontologie en France.

**Annexe 2** : Liste de personnes rencontrées

**Annexe 3** : Conclusions des professionnels

**Annexe 4** : Guide d'entretiens des professionnels

**Annexe 5** : Questionnaire à l'attention des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées

**Annexe 6** : Audit de l'IGAS/ IGAENR sur la formation en odontologie

**Annexe 7** : Effectifs des chirurgiens-dentistes par classe d'âge et par secteur d'exercice, et pourcentage de femmes

**Annexe 8** : Effectifs et densité des chirurgiens-dentistes par région

**Annexe 9** : Médecins spécialisés en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale selon le secteur d'activité et d'exercice au 1er janvier 2009

**Annexe 10** : Les statistiques hospitalières

**Annexe 11** : Contribution de la CNSD aux EGOS 2 – Dr Jean Claude Michel – président de la CNSD – 10 mars 2008

**Annexe 12** : La partie pratique de la formation initiale en odontologie

## **Annexe 1 : Conditions d'exercice de la profession en France**

En application des dispositions des articles L. 4111-1 et L. 4141-3 du code de la santé publique peuvent exercer la profession de chirurgien-dentiste les personnes :

### Soit :

1°) être titulaires :

- d'un diplôme français d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ou,
- d'un diplôme français d'Etat de chirurgien-dentiste ou,
- d'un diplôme délivré par un Etat membre de l'Union européenne faisant l'objet de la reconnaissance mutuelle au sein de l'Union ;

2°) de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie ;

3°) Inscrites à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

### Soit :

Etre bénéficiaires d'une autorisation ministérielle d'exercice (article L. 4111-2 du code de la santé publique).

## **Annexe 2 : Liste de personnes rencontrées**

(par ordre alphabétique)

ADF – Association dentaire de France

M. B. BELAIGUES - Directeur adjoint Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille,

Dr Marc BOLLA, Président Conférence des directeurs d'unité de formation et de recherche,

Marine BUFFAT, chargée de mission au bureau RH1, en charge de la formation des chirurgiens dentistes.

CNSD –Confédération nationale de syndicats dentaires

Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes,

Gérard DECOUR, conseiller général des établissements de santé

Dominique DELOCHE, Chef de la mission des formations de santé - Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle - Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Pr. G.DORIGNAC - Responsable de pôle odontologie (Bordeaux),

Pr E. GERARD - Responsable de pôle odontologie (Metz-Thionville),

Pr. Y. HAIKEL - Doyen de l'UFR d'odontologie (Université Strasbourg),

Pr. O.LABOUX - Doyen de l'UFR d'odontologie (université de Nantes) - Responsable de pôle odontologie (Nantes),

Pr. B. LEFEVRE - Responsable de pôle odontologie (Reims).

Jacques LE VOYER, UJCD-Union dentaire

Dr Agnès LORDIER-BRAULT, MISP conseil DGOS

Jean-Marc PREYNAT, Président UJCD (Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes)

Noémie OSWALT, démographe au bureau RH1

Pr Guy NICOLAS, conseiller médical de la DGOS

Marjorie SOUFFLET-CARPENTIER, chef du bureau « Démographie et formations initiales »  
DGOS

## Annexe 3 : Conclusions des professionnels

Internat qualifiant : Conclusions des réunions des 8 octobre 2009 et 7 janvier 2010

Réunions organisées au siège du conseil national suite à la promulgation de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Hpst) modifiant l'article L. 634-1 du code de la santé publique (création de l'internat qualifiant).

Participaient à ces réunions des représentants :

- du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
- de l'Association dentaire française
- de la Confédération nationale des syndicats dentaires
- de la Conférence des chefs de service de centres de soins dentaires
- de la Fédération nationale de chirurgie orale
- de la Fédération des syndicats dentaires libéraux
- de la Société française de chirurgie buccale
- du Syndicat autonome des enseignants en odontologie
- du Syndicat des spécialistes français en orthopédie dento-façiale
- du Syndicat national des odontologistes des hôpitaux publics
- du Syndicat national des odontologistes exclusifs en chirurgie buccale
- de l'Ujcd - Union dentaire
- de la Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire
- du Conseil scientifique pour l'internat
- de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire
- de l'Union nationale des internes en odontologie

EEE

**Tous les participants sans exception sont d'accord pour les 3 filières.**

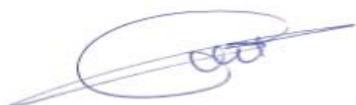
Les seules réserves sont les suivantes :

- en ce qui concerne la filière ODF :

Difficulté de quantifier le nombre d'internes du fait de la difficulté d'évaluer les besoins d'une part et de l'amélioration de l'enseignement initial de l'ODF, d'autre part.

- en ce qui concerne la 3<sup>ème</sup> filière « réhabilitation orale » :

- ◇ l'Ujcd-Union dentaire n'est pas d'accord sur le contenu de cette 3<sup>ème</sup> filière.  
Elle pense que les internes ne resteront pas dans le milieu hospitalo-universitaire, mais qu'ils iront dans le secteur libéral.
- ◇ Le syndicat autonome des enseignants en odontologie n'est pas favorable à la maquette.  
Il voudrait que cette filière conduise à d'autres « spécialités » (endodontie, pédodontie, parodontologie ...)



Christian Couzinou

Président

Conseil national de l'Ordre

Facultés de chirurgie dentaire



Marc Bolla

Conférence des Doyens des

## **Annexe 4 : Guide d'entretiens des professionnels**

Destiné à conduire les entretiens des représentants des associations de chirurgiens-dentaires, du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, aux représentants des syndicats (UJCD - L'Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes- et CNSD –confédération nationale de syndicats dentaires- ) conférence des directeurs d'unité de formation et de recherche, ADF, DGESIP,

Remerciements.

Présentation de la démarche.

Explication de la souplesse de l'entretien : questions ouvertes, possibilité de réaliser l'entretien en plusieurs fois, de revenir sur une question déjà évoqué et d'ajouter de points non prévus, mais en rapport avec la formation des chirurgiens dentistes et les besoins des usagers.

Est-il pertinent de créer des filières d'internat qualifiant en odontologie ?

Si oui, lesquelles ?

Faut-il développer l'exercice de l'odontologie en spécialités ?

Comment peut-on améliorer la qualité des soins odontologiques ?

Que pensez-vous de la mise en place d'un internat en chirurgie buccale ?

Que pensez-vous de la mise en place d'un internat en OFD ?

Que pensez-vous de la mise en place d'un internat en odontologie hospitalière ?

Comment justifiez-vous la création de cette dernière spécialité ?

Ajouts éventuels sur un ou plusieurs points non abordés en entretien.

Merci pour votre collaboration à cette démarche.

## **Annexe 5 : Questionnaire à l'attention des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées**

Remerciements.

Présentation de la démarche.

Lorsque les résidents ont besoin de soins dentaires, trouvez-vous facilement un rendez-vous chez un dentiste ?

Quel est le délai moyen pour obtenir un rendez-vous ?

Avez-vous la possibilité d'accéder à un service d'urgences dentaires ?

Les résidents, ont-ils un suivi préventif régulier ?

En cas de besoin de soins de moyen-long terme, sont-ils réalisés ?

Le personnel est-il formé aux soins dentaires ? (techniques de lavage, prévention, aliments, etc)

Quelles sont les particularités des résidents accueillis dans votre établissement par rapport aux besoins de soins dentaires ?

Avez-vous de commentaires sur cette problématique ?

Merci pour votre collaboration à cette démarche.

# **Annexe 6 : Audit de l'IGAS/ IGAENR sur la formation en odontologie**

## **Compte-rendu**

Commission des suites du 25 novembre 2008

« Audit de l'appareil de formation odontologique »

### Présents :

IGAS : André NUTTE (Chef de l'IGAS), Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU

IGAENR : Bernard DIZAMBOURG

DGS : Paul KARSENTY

DHOS : Guy NICOLAS, Agnès LORDIER-BRAULT, Marine BUFFAT

DGES : Dominique DELOCHE, M.DELOY

### A titre liminaire :

Par lettre de mission, en date du 15 juin 2006, les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont demandé à l'IGAS et à l'IGAENR de procéder à un « audit de l'appareil de formation odontologique dans la perspective de la fixation du numerus clausus au cours de prochaines années ».

Cette mission répondait aux difficultés à augmenter le numerus clausus en odontologie, au regard des capacités de formation à l'université et à l'hôpital, dans un contexte démographique de diminution des effectifs de chirurgiens-dentistes.

La commission des suites du 25 novembre 2008, vise à examiner les suites données à ce rapport par les Ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

### Compte-rendu :

(Présentation des axes de réflexion des inspecteurs à partir des réponses des administrations. Cf. annexe: tableau de réponse):

### **I/ Améliorer la connaissance générale et renforcer les systèmes d'information à tous niveaux**

**Développer des études de santé publique sur les besoins en soins dentaires de la population et son impact sur l'offre libérale et hospitalière.**

- Idée de faire évoluer le numerus clausus en fonction de l'évolution de la carie dentaire et de l'état des lieux de la répartition des dentistes en exercice libéral/hospitalier. Besoin d'enquêtes sur ces points.

- Des liens entre la DGES, la DHOS et la HAS pourraient être envisagés afin d'abonder les travaux existants déjà. La HAS pourrait se pencher sur la question des besoins en soins dentaires, non sous l'angle de référentiel de bonne pratique, mais en intégrant la problématique des projections de moyens (adéquation entre l'offre et le besoin).

- L'idée de travailler avec des dentistes conseils est évoquée (dentistes qui ont une approche collective de la santé bucco-dentaire), ainsi qu'avec des représentants de la santé publique odontologique (selon la DGES, il existe au moins un enseignant en santé publique dans chaque UFR d'odontologie).

### **Amélioration du recueil d'information**

- Idée éventuellement d'inciter à modifier le PMSI pour que soit intégré des indicateurs d'activité des services d'odontologie. Peut passer par une demande des DG de CHU.

- Idée, sans passer par une modification du PMSI, d'inciter les établissements à établir des données plus précises en diffusant des guides de bonne pratique. Le rapport de la mission identifie en effet des indicateurs d'activité utilisés dans certains établissements et note l'hétérogénéité des pratiques. Il s'agit d'accompagner l'autonomie par l'information.

### **Développer des outils de pilotage stratégique national partagé entre santé et enseignement supérieur**

- Idée de s'appuyer sur les référentiels de formation, dans leur volet « stage », dont certains indiquent qu'un nombre d'acte minimal est nécessaire pour valider ces stages. Il convient de faire travailler en collaboration, à l'échelon local, les doyens d'universités et les chefs de service sur ces problématiques.

- Idée de travailler avec l'AERES sur l'évaluation des référentiels de formation. Il est important que les professionnels de santé soient associés à l'élaboration du cahier des charges servant de base à l'évaluation par l'AERES des référentiels de formation.

## **II/ Placer la qualité de la formation des odontologistes au cœur des préoccupations**

### **Régler de manière pragmatique la question du stage actif**

- Un dispositif de stage actif ayant été mis en place, il conviendrait d'en faire un bilan, aussi bien sur le plan universitaire qu'hospitalier.

La mission a noté la diversité des initiatives locales. Il serait bon d'en tirer un recueil de bonnes pratiques.

Par ailleurs, concernant le terrain de stage libéral, il convient de s'assurer que les étudiants ne font pas de remplacement dans le cadre du stage actif. Peut-être conviendrait-il de faire évoluer les conditions de remplacement pour que les étudiants ne remplacent plus dès la fin de la 5<sup>ème</sup> année mais après la 6<sup>ème</sup> année.

Il convient également d'analyser l'impact de ce stage sur le fonctionnement des CSERD (aspect positif : désengorgement des fauteuils, aspect négatif : les stagiaires les plus rentables sont ceux de 6<sup>ème</sup> année, donc peut représenter un « manque à gagner » pour les CSERD).

### **III/ Mieux prendre en compte les contraintes hospitalières et universitaires dans la politique de formation initiale des odontologistes**

- Il conviendrait que la DGES développe des études d'observation sur la structure des coûts de formation

- Idée d'associer les ARH aux discussions entre université et DGES au moment de la refonte des contrats quadriennaux et des projets d'établissement

En conclusion, dans le contexte des travaux sur l'organisation des ARS et de l'évolution des administrations centrales, un pilotage plus transversal serait souhaitable au regard de l'ensemble des problématiques soulevées par la mission.

M. NUTTE insiste sur la nécessité de nommer un responsable de projet à ce sujet.

## Annexe 7 : Effectifs des chirurgiens-dentistes par classe d'âge et par secteur d'exercice, et pourcentage de femmes

Secteur d'activité	Libéral	Salarié hospitalier	Autres salariés	Ensemble
Etablissement Public de santé	14	433		447
Etablissement Privé de santé PSPH		23		23
Etablissement Privé de santé Non PSPH	2	7		9
Centre de santé	20		2 196	2 216
Cabinet individuel	21 279		209	21 488
Cabinet de groupe	12 435		140	12 575
Exercice en société	4 355		25	4 380
Etablissement des soins et prévention			47	47
Organisme de sécurité sociale	3		453	456
Autres	17	1	309	327
<b>Ensemble</b>	<b>38 125</b>	<b>464</b>	<b>3 379</b>	<b>41968</b>

Classe d'âge	Libéral		Salarié hospitalier		Autres salariés		Ensemble			
	% de Femmes	Effectif H + F	% de Femmes	Effectif H + F	% de Femmes	Effectif H + F	Effectif Homme	Effectif Femme	H + F	% de F
Moins de 30 ans	58,9	2 215	57,1	28	65,0	266	1 015	1 494	2 509	59,5
30 à 34 ans	48,4	3 119	65,9	44	69,1	349	1 732	1 780	3 512	50,7
35 à 39 ans	46,3	3 591	65,6	32	73,9	272	2 009	1 886	3 895	48,4
40 à 44 ans	42,1	4 371	66,7	42	73,1	360	2 640	2 133	4 773	44,7
45 à 49 ans	38,2	6 212	53,3	75	66,4	500	4 040	2 747	6 787	40,5
50 à 54 ans	32,4	6 672	58,9	73	55,8	599	4 802	2 542	7 344	34,6
55 à 59 ans	25,0	5 816	41,1	56	47,5	501	4 660	1 713	6 373	26,9
60 à 64 ans	18,2	4 506	30,5	59	41,6	344	3 927	982	4 909	20,0
65 à 69 ans	16,7	1 053	14,3	42	34,5	116	989	222	1 211	18,3
70 ans et plus	18,2	570	15,4	13	36,1	72	523	132	655	20,2
<b>Ensemble</b>	<b>35,2</b>	<b>38 125</b>	<b>48,7</b>	<b>464</b>	<b>58,9</b>	<b>3 379</b>	<b>26 337</b>	<b>15 631</b>	<b>41968</b>	<b>37,2</b>

## Annexe 8 : Effectifs et densité des chirurgiens-dentistes par région

Région	Effectif de chirurgiens-dentistes	Population française (INSEE 2007)	Densité pour 100 000 hab.
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 380	4 855 000	<b>90</b>
Corse	243	298 500	<b>81</b>
Midi-Pyrénées	2 241	2 806 000	<b>80</b>
Ile-de-France	9 273	11 616 500	<b>80</b>
Alsace	1 406	1 826 000	<b>77</b>
Languedoc-Roussillon	1 949	2 565 000	<b>76</b>
Aquitaine	2 389	3 146 500	<b>76</b>
Auvergne	933	1 339 000	<b>70</b>
Rhône-Alpes	4 079	6 073 500	<b>67</b>
Bretagne	2 072	3 118 500	<b>66</b>
Lorraine	1 466	2 336 500	<b>63</b>
Champagne-Ardenne	762	1 336 000	<b>57</b>
Réunion	450	790 500	<b>57</b>
Pays de la Loire	1 951	3 480 500	<b>56</b>
Franche-Comté	601	1 154 500	<b>52</b>
Limousin	381	733 000	<b>52</b>
Nord-Pas-de-Calais	2 041	4 021 500	<b>51</b>
Poitou-Charentes	863	1 734 000	<b>50</b>
Bourgogne	804	1 630 000	<b>49</b>
Guadeloupe	190	403 000	<b>47</b>
Centre	1 186	2 529 500	<b>47</b>
Martinique	170	400 000	<b>43</b>
Basse-Normandie	607	1 460 000	<b>42</b>
Picardie	768	1 898 000	<b>40</b>
Haute-Normandie	721	1 813 000	<b>40</b>
Guyane	42	213 500	<b>20</b>
<b>France entière</b>	<b>41 968</b>	<b>63 578 000</b>	<b>66</b>

## Annexe 9 : Médecins spécialisés en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale selon le secteur d'activité et d'exercice au 1er janvier 2009

Source : DREES/ADELI

### Stomatologie

Secteur d'activité	Libéral	Salarié Hospitalier	Autres salariés	Ensemble
Ets Public de santé	7	123		130
Etablissement Privé PSPH		6		6
EtsPrivé Non PSPH	21	2		23
Cabinet de groupe	319			319
Cabinet individuel	659			659
Centre de santé			28	28
Exercice en société	96			96
Autres			17	17
<b>Ensemble</b>	<b>1102</b>	<b>131</b>	<b>45</b>	<b>1 278</b>

### Chirurgie maxillo-faciale

Secteur d'activité	Libéral	Salarié hospitalier	Autres salariés	Ensemble
Ets Public de santé	1	25		26
Etablissement Privé PSPH		1		1
EtsPrivé Non PSPH		1		1
Cabinet de groupe	26			26
Cabinet individuel	13			13
Exercice en société	9			9
Autres	1			1
<b>Ensemble</b>	<b>50</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>77</b>

## Annexe 10 : Les statistiques hospitalières (Source SAE 2008)

odontologie	Ets publics de santé	odontologie	Ets privés PSPH	odontologie	privés non psph	odontologie	TOTAL Ets privés
total des effectifs à temps plein	292	effectifs salariés temps plein	1	effectifs salariés temps plein	0	effectifs salariés temps plein	1
total des effectifs à temps partiel	1229	effectifs salariés temps partiel	27	effectifs salariés temps partiel	1	effectifs salariés temps partiel	28
total des effectifs	1521	effectifs salariés total	28	effectifs salariés total	1	effectifs salariés total	29
total des effectifs de libéraux	4	effectifs salariés temps partiel	7,7	effectifs salariés temps partiel	0,1	effectifs salariés temps partiel	7,8
etp des PU PH (comptés ts plein)	257,24	prat libéraux exclusifs ts plein	0	praticiens libéraux exclusifs ts plein	11	prat libéraux exclusifs ts plein	11
etp des PH	89,13	prat libéraux exclusifs ts partiel	3	praticiens libéraux exclusifs ts partiel	27	prats libéraux exclusifs ts partiel	30
etp assistants	1	prat libéraux non exclusifs	27	praticiens libéraux non exclusifs	97	praticiens libéraux non exclusifs	124
etp des HU non titulaires	157,51						
etp attachés	106,82						
etp autres salariés	21,99						
etp total des personnels	633,69						
<b>chirurgie maxillo faciale et stomatologie</b>		<b>chirurgie maxillo faciale et stomatologie</b>		<b>chirurgie maxillo faciale et stomatologie</b>		<b>chirurgie maxillo faciale et stomatologie</b>	
total des effectifs à temps plein	198	effectifs salariés temps plein	17	effectifs salariés temps plein	0	effectifs salariés temps plein	17
total des effectifs à temps partiel	736	effectifs salariés temps partiel	47	effectifs salariés temps partiel	0	effectifs salariés temps partiel	47
total des effectifs	934	effectifs salariés total	64	effectifs salariés total	0	effectifs salariés total	64
total des effectifs de libéraux	4	etp des praticiens salariés	27,94	etp des praticiens salariés	0	etp des praticiens salariés	27,94
etp des PU PH (comptés comme temps plein)	22,1	praticiens libéraux exclusifs ts plein	4	praticiens libéraux exclusifs temps plein	224	praticiens libéraux exclusifs temps plein	228
etp des PH	149,52	libéraux exclusifs ts partiel	15	libéraux exclusifs temps partiel	146	libéraux exclusifs tps partiel	161
etp assistants	12	libéraux non exclusifs	44	praticiens libéraux non exclusifs	601	libéraux non exclusifs	645
etp des HU non titulaires	22,3						
etp attachés	138,49						
etp autres salariés	15,92						
etp total des personnels	360,33						

## **Annexe 11 : Contribution de la CNSD aux EGOS 2**

Dr Jean Claude Michel – président de la CNSD – 10 mars 2008

« L'analyse des besoins actuels et futurs en soins bucco-dentaires, pondérés par l'analyse de la demande, l'orientation et choix des politiques de santé à venir, la capacité de financement de l'état, est le facteur prioritaire propre à influencer la planification à moyen terme des effectifs professionnels. Les données épidémiologiques disponibles en France et en Europe donnent, hors orthodontie, une vision significative des besoins bucco-dentaires des populations ».

Le taux élevé de carie dentaire observée dans les années 70 en Europe a considérablement diminué. L'OCDE (2007) indique sur les 15 dernières années une amélioration du taux de carie des enfants de l'ordre de 70 à 80%. De même, la plupart des besoins en soins carieux ont été traités par des soins conservateurs de qualité. Bien plus remarquable est le fait que l'état de santé dentaire parmi les populations européennes, y compris des adultes, est à ce jour similaire entre les pays – ce qui n'était pas le cas dans un passé récent – et ce quelle que soit l'organisation du système de santé dentaire. Tous les pays industrialisés ont vu sur une période récente une amélioration considérable de la santé dentaire liée d'une part à l'élévation du niveau de vie de leur population associée d'autre part à une augmentation de la consommation de dentifrice, fluoré dans 99% des cas.

Le seuil actuel de la sévérité de l'atteinte carieuse –qui se traduit par le nombre moyen de dents cariées par individu- en Europe, France y compris, à l'âge de 12 ans, qui est l'âge de référence internationale pour l'OMS, varie de 1 à 1.5. C'est un taux relativement faible. Le Royaume Uni rapporte l'expérience moyenne de carie à 1.1 (Pitts, 1998), le Danemark de 1.0 (National Board of Health, 2002).

En France, les données nationales de 2006 indiquent un score de 1.2 (UFSBD, 2006) ce qui nous classe dans la catégorie « à faible sévérité de carie » (source : OMS). La diminution du nombre de caries par enfant âgé de 12 ans a été de 32% depuis 1998, de 43% depuis 1993 et de 72% depuis 1987. Les répercussions en besoins en soins sont immédiates : à ce jour, 64% des enfants de 6 ans ne présentent aucune carie alors que ce taux était de 40% en 1991. Ainsi, les enfants d'aujourd'hui dont l'indice carieux n'a jamais été aussi faible et qui continue de baisser n'ont et n'auront pas les besoins en soins dentaires de leurs parents. Les deux tiers de ces enfants n'ont d'ailleurs déjà actuellement aucun besoin significatif de soins dentaires. Les conséquences de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations a ou va à moyen terme avoir un retentissement évident sur la démographie professionnelle, profession qui à ce jour a une activité qui découle de la gestion de la mauvaise santé des populations des enfants devenus adultes des années 1960-1970. Or, le recul de la carie chez l'enfant amorcée

dans les années 1980 en France se traduit d'ores et déjà par le fait que davantage d'adultes gardent des dents fonctionnelles et la tendance va s'accroître. La suractivité constatée des chirurgiens-dentistes en 2007 et décrite dans de nombreuses régions masque la diminution drastique et inexorable du marché « carie » à l'horizon de 15 ou 20 ans et son absence d'un marché de remplacement ou de substitution.

On peut conclure sur les perspectives d'évolution sanitaires donc professionnelles à moyen terme que :

Les soins conservateurs concerneront des caries beaucoup moins nombreuses et de plus faible étendue pour des enfants qui déjà sont dans la majorité indemnes de caries.

Les actes prothétiques chez les patients âgés de plus de 45 ans qui constituent actuellement le 1/3 des activités des chirurgiens-dentistes, et les 2/3 de leurs revenus, auront considérablement diminué d'ici 2025.

Les problèmes bucco-dentaires du 4ème âge, associés à un vieillissement des populations croissant, ne concerneront pas la pratique libérale telle qu'elle se conçoit actuellement, mais une autre forme de prise en charge.

Que des disciplines comme la parodontologie, qui traite des tissus de soutien de la dent, données nationales épidémiologiques à l'appui (2003) ne pourront constituer à elles seules un « marché significatif pour l'ensemble de la profession » sauf pour un nombre restreint de praticiens à activités « exclusives ». Néanmoins, en dépit des grands accomplissements observés –on parle de déclin de la carie-, certains problèmes non résolus demeurent. La santé bucco-dentaire est caractérisée par des inégalités sociales face à la maladie. En 2006, 1/3 des enfants représentent 80% des dents cariées, 1/4 des enfants représentent 65% des dents cariées, 50% des enfants sont indemnes de caries. Des groupes et individus à haut risque de caries existent. Les enfants se retrouvent parmi les groupes les plus vulnérables, de même que les adolescents, les personnes présentant certaines conditions systémiques, les groupes socio-économiquement défavorisés et les personnes handicapées. La susceptibilité augmentée de ces groupes face à la carie dentaire paraît liée aux habitudes d'hygiène orale, à certains comportements alimentaires, au statut socio-économique ou à d'autres facteurs dont l'impact réel est souvent difficile à évaluer. Il est donc nécessaire de soutenir l'effort qui a mené au bon progrès au cours des 20 dernières années pour réduire la surexposition et la sévérité de la carie dentaire de sous-ensembles de populations qui souffrent toujours de l'impact social de cette maladie inévitable. Il est donc nécessaire de concentrer des efforts préventifs –qui restent à être identifiés- sur ces groupes spéciaux de populations. Ceci optimisera le rapport de rentabilité des programmes de santé mis en application dans le cadre d'une politique visant à réduire des inégalités dans la santé. Cependant, les programmes de surveillance font actuellement défaut en Europe, compliquant ainsi l'identification de ces groupes et du processus décisionnel. »

## **Annexe 12 : La partie pratique de la formation initiale en odontologie**

### **Les stages en 1er et 2ème cycle**

Dans la seconde année de 1er cycle, il existe un stage d'initiation aux soins : sous la conduite de cadres infirmiers, 4 semaines à temps complet, non rémunéré.

Dans la seconde année de 1er cycle et 1ère année de 2ème cycle, le stage clinique d'initiation aux fonctions odontologiques dure 100 heures maximum, dans les CSERD ou CHU/CHR (donc a priori crédits assurance maladie), il n'y a pas de rémunération spécifique.

Dans la seconde et troisième années de deuxième cycle on arrive aux enseignements cliniques de participation aux fonctions hospitalières : 1000/2 heures, services d'odontologie (donc à priori crédits assurance maladie), il n'y a pas de rémunération spécifique.

Les stages hospitaliers hors des services d'odontologie durent 1000/2 heures (100 heures min), CHR/CHU (donc à priori crédits assurance maladie), pas de rémunération spécifique.

Enfin, le stage d'initiation à la vie professionnelle de 25 demi-journées, en cabinet libéral, n'est pas rémunéré .

### **Le stage de 3<sup>ème</sup> cycle reste court**

En effet le stage clinique de participation aux fonctions hospitalières dure 450 heures minimum et se déroule en CSERD, CHU/CHR (donc à priori crédits assurance maladie), Il n'y a pas non plus de rémunération spécifique. Le stage actif dure 200 heures minimum en cabinet libéral.

### **Stages de 3ème cycle (internat)**

Seulement pour le faible nombre d'étudiants que décident de réaliser un internat, il existe de stages cliniques de participation aux fonctions hospitalières : CSERD ou services liés par convention à un CHU. Les crédits sont donc financés par l'assurance maladie.