

Rapport à madame la ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale,
de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
monsieur le ministre chargé de l'Enseignement supérieur
et de la Recherche

madame la ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et
des Familles

monsieur le ministre chargé de la Santé, de la Solidarité et
des Familles, chargé de la Santé et de l'Accès aux soins

Modalités de mise en place d'une réforme du troisième cycle des études odontologiques

IGÉSR N° 23-24 242A - juin 2025

IGAS N° 2024-077R

Inspection générale de l'éducation,
du sport et de la recherche

N° 23-24 242A

Inspection générale des
affaires sociales

N° 2024-077R

Modalités de mise en place d'une réforme du troisième cycle des études odontologiques

Juin 2025

Jean-François PICQ
Aurélie PROLONGEAU
Pierre van de WEGHE

*Inspecteur général de l'éducation,
du sport et de la recherche*

Mustapha KHENNOUF
*Inspecteur général des
affaires sociales*

SOMMAIRE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Synthèse | 1 |
| Introduction..... | 7 |
| 1. L'offre et la demande de soins buccodentaires : un déséquilibre persistant | 9 |
| 1.1. Un déséquilibre démographique national doublé d'un déséquilibre territorial..... | 9 |
| 1.1.1. <i>Une démographie de chirurgiens-dentistes en légère croissance depuis 2019.....</i> | 9 |
| 1.1.2. <i>Une répartition géographique marquée par des déséquilibres territoriaux persistants</i> | 12 |
| 1.2. Un déséquilibre entre spécialités et besoins spécifiques des populations..... | 16 |
| 1.2.1. <i>Une évolution de la demande de soins liée à la mise en place du dispositif 100 % santé</i> | 17 |
| 1.2.2. <i>Une politique de prévention tournée vers les plus jeunes</i> | 17 |
| 1.2.3. <i>Une population vieillissante et des patients aux besoins spécifiques</i> | 18 |
| 1.3. Un déséquilibre entre les activités du chirurgien-dentiste et la mise en place différée du statut d'assistant dentaire de niveau 2 | 18 |
| 1.4. Le déficit de régulation de la profession se conjugue avec une absence de certification des formations continue qualifiantes | 20 |
| 1.4.1. <i>Les compétences additionnelles acquises par la voie de la formation continue doivent faire l'objet d'une régulation rigoureuse</i> | 20 |
| 1.4.2. <i>La pratique exclusive devrait être encadrée.....</i> | 21 |
| 2. La préparation à l'entrée en troisième cycle commence dès le deuxième cycle..... | 22 |
| 2.1. Les connaissances et les compétences attendues pour un omnipraticien découlent du manuel d'apprentissage dit « référentiel MONA » | 22 |
| 2.2. La possibilité donnée aux étudiants de faire des remplacements : un levier de professionnalisation | 23 |
| 2.3. Deux scénarios pour l'accès au troisième cycle court et long sont envisageables | 24 |
| 2.3.1. <i>Scénario 1 : une épreuve dématérialisée pour tous</i> | 24 |
| 2.3.2. <i>Scénario 2 : une épreuve nationale pour les candidats au DES longs et une épreuve locale pour les candidats à la sixième année</i> | 25 |
| 2.3.3. <i>Analyse comparative et choix de la mission</i> | 25 |
| 2.4. Un directeur et un projet de thèse clairement définis à l'issue du deuxième cycle pour permettre aux candidats au troisième cycle court de soutenir dans les délais..... | 26 |
| 2.4.1. <i>La désignation du directeur de thèse et le choix du sujet : un prérequis pour l'accès au troisième cycle court</i> | 26 |
| 2.4.2. <i>L'inscription des étudiants en master recherche</i> | 26 |
| 3. La nécessaire réforme du troisième cycle court | 27 |
| 3.1. Le troisième cycle court actuel, une formation diplômante qui n'atteint que partiellement ses objectifs | 27 |
| 3.1.1. <i>Le cycle court actuel : organisation, objectifs et enjeux de la formation</i> | 27 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.1.2. <i>Le bilan du cycle court actuel, essentiel dans la formation des chirurgiens-dentistes, met en lumière des points de fragilités</i> | 28 |
| 3.2. <i>La mise en place d'un DES en odontologie générale, une évolution nécessaire</i> | 30 |
| 3.2.1. <i>Les éléments clefs justifiant cette évolution sont constitués par le renfort de l'omnipratique, l'harmonisation des formations de santé et du cadre statutaire des chefs de clinique (CCU-AH)</i> | 31 |
| 3.2.2. <i>Le métier d'odontologue généraliste : un omnipraticien concourant aux soins de premier recours</i> | 32 |
| 3.3. <i>Un DES OG au service d'une meilleure insertion professionnelle renforçant l'omnipratique</i> | 33 |
| 3.3.1. <i>Le stage actif, un élément structurant de la transition vers l'exercice professionnel</i> | 33 |
| 3.3.2. <i>Le maître de stage universitaire en odontologie garant de la qualité de l'encadrement du stage actif</i> | 33 |
| 3.3.3. <i>La nécessaire gratification des étudiants en stage actif</i> | 35 |
| 3.3.4. <i>La territorialisation du stage clinique, un levier stratégique pour le maillage des soins en odontologie</i> | 37 |
| 3.3.5. <i>Un encadrement renforcé de la préparation à la thèse d'exercice pour favoriser l'insertion professionnelle</i> | 38 |
| 3.3.6. <i>Une maquette du DES OG pour renforcer les enseignements théoriques à l'omnipratique</i> | 40 |
| 3.4. <i>Mise en place d'une année de probation préalable à l'installation des chirurgiens-dentistes en odontologie générale diplômés en France et dans l'Union européenne.....</i> | 40 |
| 4. L'ajustement du troisième cycle long aux besoins de santé publique | 43 |
| 4.1. <i>Trois DES aux trajectoires différentes</i> | 44 |
| 4.1.1. <i>Le DES ODF, une formation à la hauteur des enjeux et une valorisation de la spécialité</i> | 45 |
| 4.1.2. <i>Le DES CO, une spécialité médico-chirurgicale unique à double entrée médicale et odontologique</i> | 46 |
| 4.1.3. <i>Le DES MBD, un DES qui ne correspond pas à une spécialité unique</i> | 47 |
| 4.2. <i>Un format unique pour les DES : enjeux et plus-values</i> | 48 |
| 4.2.1. <i>L'uniformisation de la durée des DES</i> | 48 |
| 4.2.2. <i>La création d'un statut de chirurgien-dentiste junior</i> | 48 |
| 4.2.3. <i>La nécessité d'accorder le droit au remord aux étudiants du troisième cycle long en odontologie ...</i> | 49 |
| 4.2.4. <i>L'importance de promouvoir la recherche pour attirer les étudiants vers les carrières hospitalo-universitaires en favorisant l'accès au Master 2</i> | 49 |
| 4.2.5. <i>L'intérêt de favoriser l'accès à un second DES aux chirurgiens-dentistes titulaires d'un premier DES50</i> | 50 |
| 4.3. <i>Un premier scénario avec cinq DES dont deux co-DES pour un troisième cycle long d'odontologie</i> | 50 |
| 4.3.1. <i>Une évolution du DES MBD en un DES répondant à une spécialisation de l'omnipraticien</i> | 51 |
| 4.3.2. <i>Un co-DES pour la chirurgie orale et la parodontologie</i> | 52 |
| 4.3.3. <i>Un DES ODF prolongé d'une année par la création de la phase de consolidation</i> | 53 |
| 4.3.4. <i>Création d'un DES odontologie pédiatrique réclamé par tous les acteurs et qui répond à une forte demande en santé publique</i> | 54 |
| 4.3.5. <i>Des spécialités pouvant être renforcées par la création de formations spécifiques transversales</i> | 54 |
| 4.3.6. <i>Malgré une offre de formation à cinq DES, le nombre d'internes global à former évolue peu</i> | 55 |
| 4.4. <i>Un deuxième scénario permettant une évolution importante du DES CO selon deux voies possibles</i> | 56 |
| 4.5. <i>Un troisième scénario à quatre DES, la parodontologie étant une FST supplémentaire</i> | 58 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.6. Avec la création de DES de cycle court et de cycle long et l'ouverture de nouvelles facultés d'odontologie, une répartition des terrains de stage nécessite de revoir la carte des subdivisions.... | 59 |
| 5. Un tarissement imminent du vivier d'encadrants en odontologie à endiguer | 61 |
| 5.1. Une cartographie des personnels enseignants et encadrants en évolution..... | 61 |
| 5.1.1. <i>Les emplois relevant des disciplines odontologiques en nombre limité sont répartis dans une grande variété de filières et statuts.....</i> | 62 |
| 5.1.2. <i>De 2019 à 2024, les filières des HU et des associés ont bénéficié de créations d'emplois qui modifient sensiblement la structure d'emploi et le potentiel d'encadrement global.....</i> | 63 |
| 5.1.3. <i>Les ratios d'encadrement théorique obtenu à partir des emplois alloués aux universités ont progressé sur les cinq dernières années.....</i> | 64 |
| 5.2. Le statut d'enseignant des universités de médecine générale transposé à l'odontologie générale ouvrirait une filière nouvelle de recrutement pour répondre au besoin d'encadrement.... | 65 |
| 5.2.1. <i>La création de la filière odontologie générale permettra d'adresser exclusivement les diplômés détenteur d'un DES OG.....</i> | 66 |
| 5.2.2. <i>Les conditions de mise en œuvre de la filière OG portent notamment sur les emplois, la couverture en responsabilité des encadrants et leur rémunération</i> | 68 |
| 5.2.3. <i>Les différentes fonctions et activités assurées par les enseignants universitaires en médecine générale appellent la mise en place d'équivalence horaire</i> | 69 |
| 5.3. Le recrutement des spécialistes hors OG devra pouvoir davantage s'appuyer sur la filière des PH tout en promouvant la filière HU..... | 69 |
| 5.3.1. <i>La filière HU exclusive de tout cumul d'activité doit demeurer une filière d'excellence.....</i> | 70 |
| 5.3.2. <i>Une politique d'emploi davantage volontariste permettrait à la filière PH de se développer au service de l'odontologie</i> | 70 |
| 5.3.3. <i>La piste des emplois de chefs de clinique et assistants territoriaux</i> | 72 |
| 5.3.4. <i>Le recrutement de chef de clinique associé se heurte à l'obligation d'exercer un temps plein</i> | 73 |
| 5.4. Les conditions de réussite de la réforme statutaire..... | 73 |
| 5.4.1. <i>Trouver le bon niveau d'adaptation des filières, existantes ou à créer, par rapport au décret du 13 décembre 2021.....</i> | 73 |
| 5.4.2. <i>Envisager la création d'un nouveau corps d'emploi prenant en compte les spécificités du métier de chirurgien-dentiste est une autre réponse possible</i> | 74 |
| Conclusion | 75 |
| Annexes | 79 |

SYNTHESE

L'Inspection générale de l'Éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été conjointement mandatées par les ministres de l'Enseignement supérieur et de la recherche, du Travail, de la Santé et des Solidarités, ainsi que de la Santé et de la Prévention, en avril 2024, pour conduire une mission visant à proposer une réforme du troisième cycle des études odontologiques.

Cette mission s'inscrit dans le prolongement d'un précédent mandat confié en 2016 par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé à la conférence des doyens des facultés d'odontologie pour mener des réflexions et formuler des propositions afin de réformer ce même cycle. Cependant, en raison de l'absence de consensus entre les parties prenantes, ces travaux n'ont pu aboutir, tandis que les réformes du troisième cycle de médecine, pharmacie et maïeutiques ont été mises en œuvre respectivement en 2017, 2019 et 2024. Ce calendrier place l'ensemble des acteurs concernés par cette réforme dans une attente forte concernant l'évolution de ce cursus de formation.

L'enjeu principal est d'adapter la formation du troisième cycle en odontologie afin de répondre aux besoins de santé buccodentaires de la population sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'offrir aux étudiants des conditions de formation et de diplomation leur permettant de se projeter dans une démarche de professionnalisation comparable à celles des autres filières de santé. Par ailleurs, l'entrée en vigueur des mesures statutaires fusionnant les corps des personnels enseignants et hospitaliers titulaires engendre une menace imminente de tarissement du vivier d'encadrants en odontologie. Dans un contexte où l'exercice libéral est particulièrement attractif et rémunératrice, les alternatives visant à pallier ce déficit de recrutement, attendu d'ici 2027, reposent elles-mêmes sur une refonte du cursus supposant notamment la création d'un diplôme d'études spécialisées en odontologie générale (DES OG) en un an. Ainsi, la réforme du troisième cycle, autant le cycle court que le cycle long-est intrinsèquement liée à une révision des statuts des personnels enseignants, à réaliser dans un même calendrier avant la fin de l'année 2026.

La rénovation du troisième cycle répond à l'objectif de renforcer l'adéquation entre formation et besoins en santé bucco-dentaire

La réflexion ayant conduit aux propositions d'évolution du troisième cycle long et court s'appuie sur une analyse des déséquilibres observés entre l'offre de soins buccodentaires et la demande effective de la population. Ces constats reposent sur trois facteurs principaux : deux sont directement traités par la réforme du cursus tandis que le troisième nécessite une régulation par la profession elle-même, actuellement défaillante.

Le premier déséquilibre concerne la démographie des chirurgiens-dentistes en particulier leur répartition géographique, marquée par des disparités territoriales persistantes. Face aux défis d'accès aux soins de premier recours sur l'ensemble du territoire, il est impératif de repenser la formation des chirurgiens-dentistes en omnipratique (cycle court) afin d'encourager leur installation durable dans les zones sous-denses. Ces généralistes doivent être en capacité de prendre en charge l'ensemble des situations relevant des soins de premier recours, n'orientant les patients vers les spécialistes que pour les cas plus complexes. La création d'un diplôme de DES OG en un an vise précisément cet objectif.

Le deuxième déséquilibre provient de l'inadéquation entre la répartition des spécialistes installés et les besoins identifiés propres à différentes catégories de populations : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité, ou encore patients à besoins spécifiques. La réforme du troisième cycle long répond précisément à l'évolution des besoins de soins bucco-dentaires des populations.

Enfin, le troisième déséquilibre résulte d'une évolution de la profession d'omnipraticien vers des pratiques exclusives, ce qui conduit à un appauvrissement progressif des compétences de base en soins dentaires dans certains territoires. C'est pourquoi, les compétences additionnelles acquises par la formation continue doivent faire l'objet d'un encadrement rigoureux. Il revient à la profession elle-même de préserver ces équilibres fondamentaux.

Une fois ces éléments de contexte établis, la mission a orienté ses travaux sur les modalités de mise en œuvre de la réforme en suivant la chronologie du cursus de formation tout en intégrant les enjeux liés aux ressources humaines (RH) et aux aspects financiers.

Cette analyse a été séquencée de la façon suivante :

- les critères et conditions d'admission au troisième cycle ;
- la refonte du troisième cycle court avec notamment la création d'un DES en odontologie générale ;
- la réforme du troisième cycle long ;
- les leviers RH et financiers nécessaires pour assurer le succès et la pérennité de cette réforme.

La réforme du troisième cycle (court et long) s'inscrit naturellement dans la continuité de la réforme du deuxième cycle pour laquelle la conférence des doyens d'odontologie a été saisie simultanément et dans des conditions similaires. La mission s'est, pour sa part, intéressée aux conditions d'entrée en troisième cycle qui soulèvent plusieurs interrogations essentielles concernant l'articulation entre les deux cycles : le classement des étudiants, la possibilité qui leur est offerte d'effectuer des remplacements, la désignation du directeur de thèse ainsi que le choix du sujet avant la fin du deuxième cycle, sans omettre l'incitation à l'inscription en master recherche. Ces propositions ont fait l'objet d'échanges avec la conférence des doyens en charge du rapport sur la réforme du deuxième cycle, laquelle formulera ses propres recommandations.

La création du DES OG en troisième cycle court d'un an, vise à favoriser une meilleure insertion professionnelle, tout en renforçant les compétences en omnipratique

Cette spécialisation en odontologie générale contribue à éléver le niveau des étudiants en omnipratique et à harmoniser les cursus au sein des différentes facultés d'odontologie. La création de ce DES constitue également un prérequis pour postuler à des postes de chef de clinique universitaire. Un élément central de cette réforme réside dans le renforcement du stage actif, porté à 400 heures, et devant être effectué, dans la mesure du possible, chez deux praticiens distincts dont l'un au moins est omnipraticien. Le maître de stage universitaire en odontologie (MSUO) est garant de la qualité du stage et doit suivre pour cela une formation de deux jours organisée par la faculté afin notamment de clarifier les attendus du stage. Il doit disposer d'un statut, au même titre que le MSU en médecine, et bénéficier d'honoraires pédagogiques ainsi que d'une compensation financière pour perte de revenus liée à sa formation. Les stagiaires, quant à eux, reçoivent une gratification et, le cas échéant, des indemnités de mission dès lors que leur stage se déroule en dehors de la zone urbaine universitaire. Les stages cliniques, maintenus à 400 heures, sont prioritairement proposés dans les centres hospitaliers (CH), dans le cadre d'un maillage territorial visant à encourager l'installation des futurs diplômés dans ces zones. Cette stratégie suppose la création ou l'extension de services odontologiques hospitaliers en partenariat avec les facultés. Les agences régionales de santé (ARS) sont chargées d'établir un état des lieux de ces services odontologiques et de définir un schéma pluriannuel d'expansion.

Pour accompagner l'entrée dans l'exercice libéral et renforcer la qualité des soins, une année probatoire, destinée à tous les diplômés et étendue aux titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste obtenu dans un autre pays membre de l'Union européenne, est également proposée.

La réforme du troisième cycle long répond avant tout aux enjeux de santé publique.

Une analyse des trois DES existants révèle que la formation du DES orthopédie dentofaciale est bien adaptée aux exigences de santé publique. Le DES chirurgie orale, moins attractif, constitue une spécialité médico-chirurgicale singulière à double entrée médicale et odontologique. Cette spécificité comporte le risque d'un désengagement des chirurgiens maxillo-faciaux (CMF), que certains brandissent depuis de nombreuses années, ce qui serait préjudiciable pour l'accès des internes à des terrains de stage clinique en CMF. Le DES médecine bucco-dentaire, quant à lui, ne correspond pas à une spécialité à proprement parler et demeure le moins attractif.

La réforme proposée consiste à uniformiser la durée des DES à quatre ans, répartie en trois phases : une phase socle d'un an, une phase d'approfondissement de deux ans, et une phase de consolidation d'un an, au cours de laquelle est créé le statut de chirurgien-dentiste junior.

Le dispositif accorde également un droit au remord aux étudiants de troisième cycle long, favorise l'accès au Master 2 et offre la possibilité à tout étudiant titulaire d'un DES, y compris OG, de permettre un changement de spécialité par la préparation d'un second DES, via la formation continue dont une partie pourra être

obtenue par la validation d'acquis d'expérience (VAE). Enfin, un étudiant titulaire d'un DES notamment en odontologie générale, pourra se diriger vers le DES de santé publique de la filière médicale.

L'évolution des DES est envisagée selon trois scénarios. Elle est avant tout guidée par la volonté de faire correspondre la spécialité disciplinaire à un métier ou à un type spécifique de patients afin de faciliter la compréhension du parcours de soins. Un premier scénario prévoit cinq DES incluant, d'une part, deux co-DES (chirurgie orale et parodontologie) adossés à la section 57 du Conseil national universitaire (CNU), un DES orthopédie dentofaciale et un DES odontologie pédiatrique couverts par la section 56 du CNU et, d'autre part, un DES réhabilitation orale complexe, dont les axes disciplinaires correspondent à la section 58 du CNU, c'est-à-dire dentisterie restauratrice, endodontie et prothèse. Deux formations spécialisées transversales (FST) sont proposées : la première concerne les patients à besoins spécifiques, la seconde est relative à la santé publique.

Dans un deuxième scénario, la mission propose une révision de l'architecture du DES CO pour offrir une mise à niveau en médecine des étudiants issus de la filière odontologique selon deux voies possibles. Dès lors, ce complément de formation permet d'envisager un parcours ouvrant la possibilité d'un double degré CO et CMF. L'obtention de ce double degré devra s'accompagner de la possibilité d'une inscription à la fois au conseil national de l'ordre des médecins et au conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Le dernier scénario envisage quatre DES plaçant la parodontologie comme une FST et non un DES.

Les entretiens conduits dans les UFR et départements d'odontologie mettent en évidence un nombre élevé de vacances d'emplois signalées révélant un désintérêt croissant pour la filière hospitalo-universitaire dans cette discipline. La baisse d'attractivité de cette filière pourrait s'accentuer encore, avec l'entrée en vigueur du décret du 13 décembre 2021 unifiant les corps des personnels titulaires et les catégories des personnels non titulaires des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Le statut d'enseignant des universités de médecine générale transposé à l'odontologie générale ouvrirait une filière nouvelle de recrutement aux titulaires d'un DES OG, permettant ainsi de pallier une partie des besoins d'encadrement.

Dès 2027, l'exigence d'un plein temps hospitalier dans la filière HU va provoquer une désaffection des fonctions de post-internes, historiquement pourvoyeuses d'enseignants motivés et disponibles et entretenant un vivier d'encadrants de qualité toujours renouvelé. Pour préserver ce vivier, la mission propose de créer ex nihilo un statut de post-interne assistant hospitalo-universitaire (PI-AHU) en odontologie. Celui-ci répondrait aux spécificités de la formation et du métier de chirurgien-dentiste en autorisant l'exercice de soins bucco-dentaires ambulatoires concomitamment avec les activités de formation et de recherche des personnels HU.

Un soutien renforcé au développement de la filière PH est également recommandé au sein des services d'odontologie. Il se traduirait par la création de postes de praticiens hospitaliers (PH) en odontologie polyvalente dans les CHU et les centres hospitaliers partenaires des UFR d'odontologie. Cette orientation offrirait incontestablement des opportunités nouvelles de recrutement. La piste des emplois de chefs de clinique et assistants territoriaux ouverts avec des financements alloués par les collectivités territoriales existe déjà dans certaines régions pour la médecine, elle pourrait être étendue à l'odontologie à l'échelle du territoire nationale.

Enfin, le statut de chef de clinique associé se heurte à l'obligation d'exercer à temps plein. Une adaptation de ce statut permettrait d'utiliser plus largement ce support d'emploi, particulièrement souple d'usage

Si le coût de cette réforme apparaît quantifiable pour la part relative à mise en place de stages chez les praticiens, le chiffrage reste à affiner pour la part relative aux stages hospitaliers délocalisés

L'impact budgétaire des modifications liées à la mise en place de nouveaux DES de troisième cycle long reste globalement limité. En revanche, les mesures préconisées pour le troisième cycle court génèrent des coûts supplémentaires liés à l'appel aux MSUO et à la prise en charge des frais de mission des étudiants dans le cadre de la mise en place du DES OG, estimés à environ 5 M€ sur l'enveloppe ONDAM. Cette partie, plus spécifiquement universitaire de la réforme, fait appel à un nouveau maquettage des formations et à une modification statutaire. Ces mesures bien identifiées par l'ensemble des acteurs concernés sont prêtes à être

initialisées. Le coût prévisionnel permet d'envisager une mise en œuvre dans les temps impartis, d'ici fin 2026, afin d'éviter l'assèchement du vivier d'encadrant.

L'autre enjeu financier réside dans le renforcement du maillage territorial des services odontologiques hospitaliers sur l'ensemble du territoire permettant d'abriter les stages cliniques. Une première estimation financière réalisée par la mission s'élève à 30 M€ pour les besoins d'investissement, elle est assortie d'un coût de fonctionnement d'environ 12 M€ annuel. Ce plan de développement doit faire l'objet d'une évaluation pilotée par les ARS afin d'en préciser la faisabilité et le volume financier.

Le surcoût lié aux ressources humaines dans le cadre de la réforme concerne principalement les recrutements dans les services odontologiques hospitaliers, dont le financement repose largement sur les recettes issues des actes réalisés. Des financements complémentaires, notamment des subventions des collectivités territoriales, devront également être sollicités. Cela impliquera la contribution coordonnée de plusieurs acteurs engagés dans le développement territorial et fera l'objet d'un suivi particulièrement attentif par l'ensemble des parties prenantes impliquées.

Estimation des coûts de la réforme et délai de mise en œuvre

| DES OG | | Délais | Coût | Financeurs |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| étudiants | gratification | simultanément à la mise en place du DES OG (2026) | 2,600 M€ | MSUO |
| | indemnités éloignement | idem | < 2,380 M€ | ONDAM |
| MSUO | honoraires pédagogiques | idem | 2,574 M€ | ONDAM |
| | compensation pertes de ressources | idem | 1,875 M€ puis 0,250 M€/an | ONDAM |
| CH | investissement et fonctionnement | monté en charge progressive selon schéma stratégique ARS | 30 M€ pour totalité de l'investissement 12 M€ fonctionnement. /an à pleine charge | État |
| Encadrement H & U des formations | | | | |
| CHU & CH | recrutement de PH | monté en charge selon schéma ARS | à quantifier | Santé & Collectivités territoriales |
| Universités | création et recrutement d'EC monoappartenants | création du statut en 2026 pour recrutement en 2027 | à quantifier | MESR & Santé |
| Université & CHU | création et recrutement de post-internes AHU | Création en 2026 pour recrutement en 2027 | à quantifier | MESR & Santé |

La mission souligne l'importance d'un suivi de la mise en œuvre de la réforme afin d'évaluer l'impact des changements sur les étudiants, les enseignants, et la qualité des soins délivrés. Il revient aux deux directions générales concernées d'en définir les modalités dans un calendrier compatible avec le déploiement de la réforme en associant les universités, les instances professionnelles et les ARS pour assurer une coordination fluide et efficace.

| n° | Recommandation | Autorité responsable | Échéance |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|
| Troisième cycle court | | | |
| 1 | Créer un diplôme d'études spécialisées en odontologie générale (DES OG) délivré à l'issue du troisième cycle court, en adoptant des dispositions transitoires à l'attention des anciens diplômés, afin de leur permettre de disposer d'une équivalence avec le DES dans des conditions à déterminer. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |
| 2 | Renforcer le stage actif du DES OG en le portant à 400 heures et, suivant le projet de l'étudiant et avec l'accord de l'équipe pédagogique, idéalement réparti en deux stages de 200 heures dont l'un, au moins, à effectuer en omnipratique. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |
| 3 | Créer et financer un statut de maître de stage universitaire en odontologie (MSUO) sur le modèle des dispositifs existants aujourd'hui en médecine (pour les médecins de ville) et maïeutique (pour les sages-femmes). | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |
| 4 | Définir un cahier des charges pour la formation des MSUO incluant deux jours de formation universitaire. | Conférence des doyens des UFR d'odontologie | Rentrée 2026 |
| 5 | Faire bénéficier tous les étudiants en stage actif d'une gratification correspondant à celle du régime général et d'une indemnisation forfaitaire des frais induits (hébergement, transport et responsabilité) et budgérer les montants correspondants. | Ministre Santé Ministre ESR | Rentrée 2026 |
| 6 | Proposer un stage clinique de 400 heures pouvant s'exercer, suivant l'organisation de l'UFR, soit dans les centres de soins dentaires des CHU, soit dans les centres hospitaliers périphériques, soit dans les deux à la fois. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |
| 7 | Confier aux ARS, en collaboration avec les GHT, la réalisation d'un état des lieux exhaustif des équipements odontologiques hospitaliers, afin de construire une stratégie d'extension des stages cliniques en concertation avec les collectivités territoriales. | Ministre Santé | Sans délai |
| 8 | Maintenir les modalités de l'actuelle thèse d'exercice en conditionnant l'entrée en troisième cycle par la détermination du sujet et du directeur de thèse ; en imposant des jalons au cours de l'année du DES OG et en accordant une dérogation à inscription supplémentaire à titre tout à fait exceptionnel. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |
| 9 | Mettre en place une année probatoire pour les titulaires du DES OG et les diplômés de l'UE avant autorisation à l'exercice professionnel par l'ONCD et installation par l'ARS. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2027 |
| Troisième cycle long | | | |
| 10 | Uniformiser la durée et l'organisation de l'ensemble des DES selon un modèle de formation identique. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |
| 11 | Créer un statut de chirurgien-dentiste junior. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2027 |

| n° | Recommandation | Autorité responsable | Échéance |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| 12 | Accorder un droit au remord, sous conditions, permettant aux étudiants engagés dans un DES long de réorienter leur parcours. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |
| 13 | Permettre aux chirurgiens-dentistes en exercice de changer de spécialité par l'accès à un second DES dont une partie peut être obtenue par une procédure de validation des acquis d'expérience par la voie de la formation continue sous le contrôle conjoint de l'ONCD et de la faculté d'odontologie d'accueil. | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2027 |
| 14 | Revoir l'offre de DES du troisième cycle long d'odontologie selon l'un des trois scénarios proposés | Ministre ESR Ministre Santé | Rentrée 2026 |

Mesures ressources humaines

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| 15 | Créer un statut des personnels enseignants des universités en odontologie générale en transposant les dispositions relatives à celles de médecine générale prévues par le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008. Créer une section CNU dédiée afin de recruter ces personnels dès 2027. À titre transitoire, les conditions permettant de postuler à l'emploi de maître de conférence sont à assouplir. | Ministre ESR Ministre Santé | 2026 |
| 16 | Accompagner la création de ces nouveaux statuts d'enseignants des universités en odontologie générale (titulaires et non titulaires) avec la création des emplois nécessaires. | Ministre ESR Ministre Santé | Fin 2026 |
| 17 | Clarifier et organiser la couverture en responsabilité des enseignants et enseignants-chercheurs en odontologie générale lorsqu'ils interviennent en milieu hospitalier, dans le cadre d'une convention nationale. | DGOS/DGSIP | Rentrée 2026 |
| 18 | Encourager la création de postes de praticiens hospitaliers (PH) en odontologie polyvalente dans les CHU et les centres hospitaliers engagés ou souhaitant s'engager dans une collaboration avec une UFR d'odontologie, en s'appuyant sur une coordination entre les ARS, les directions hospitalières et les UFR, en fonction des dynamiques d'activité et des besoins territoriaux. | Ministre Santé DGOS /ARS | Sans délai |
| 19 | Permettre aux chefs de clinique des universités - assistant des hôpitaux, associés, d'exercer à mi-temps en modifiant l'article 1, alinéa 2, du décret n° 91-966 du 20 septembre 1991. | Ministre ESR Ministre Santé | 2026 |
| 20 | Créer un statut de post-interne assistant hospitalo-universitaire (PI- AHU) en odontologie permettant l'exercice de soins bucco-dentaires ambulatoires ainsi que la participation aux missions de formation et de recherche, sur le modèle de l'ancien statut AHU prévu par le décret du 24 janvier 1990. | Ministre ESR Ministre Santé | 2026 |

Introduction

La formation des chirurgiens-dentistes en France fait aujourd’hui face à des défis majeurs, qui reflètent des tensions croissantes du système de santé bucco-dentaire. D’une part, les déséquilibres territoriaux en matière d'accès aux soins se creusent, soulignant l'inégale répartition des professionnels de santé. D'autre part, les évolutions démographiques — vieillissement de la population, augmentation des pathologies chroniques — ainsi que les avancées technologiques transforment en profondeur les modalités d'exercice. Ces transformations font émerger des enjeux multiples : démographiques, territoriaux, professionnels en lien avec l'évolution des pratiques.

Dans ce contexte, les ministres de l’Enseignement supérieur et de la recherche, du Travail, de la Santé et des Solidarités, ainsi que de la Santé et de la Prévention, ont conjointement mandaté, par lettre en date du 29 avril 2024, l’Inspection générale de l’éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) et l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour conduire une mission visant à proposer une réforme du troisième cycle des études odontologiques. Cette mission a été confiée à Jean-François Picq, Aurélie Prolongeau et Pierre van de Weghe, inspecteurs généraux de l’éducation, du sport et de la recherche, ainsi qu'à Mustapha Khennouf, inspecteur général des affaires sociales. Elle s'inscrit dans une volonté politique forte de repenser en profondeur le modèle de formation, afin de répondre aux besoins actuels du système de santé et d'anticiper ceux à venir, dans le cadre d'une approche globale et cohérente de l'évolution de la formation odontologique.

La lettre de mission ministérielle définit un cadre d'intervention précis : il s'agit de réaliser un diagnostic des dispositifs actuels du troisième cycle des études odontologiques. Ce travail vise à identifier les principaux points de fragilité — lisibilité des parcours, articulation avec les besoins territoriaux, reconnaissance des fonctions exercées par les internes — et à proposer des orientations structurantes, déclinées en scénarios de réforme, en cohérence avec les objectifs de qualité de la formation, d'équité territoriale et de pertinence pédagogique.

Les attentes ministérielles sont triples :

- garantir une formation de haut niveau, en adéquation avec les réalités du terrain et les besoins de santé publique sur l'ensemble du territoire en particulier en zone sous-dense afin d'enrichir le maillage territorial ;
- assurer une articulation fluide entre les cycles dits courts, orientés vers l'omnipratique qui doit rester prédominante et dont la formation mérite d'être renforcée, et les cycles longs, permettant un approfondissement progressif dans des domaines d'expertise, qu'ils relèvent de spécialités établies ou de nouvelles voies de professionnalisation ;
- adapter le modèle de formation aux enjeux émergents — professionnels, organisationnels et technologiques — en intégrant notamment les évolutions des pratiques cliniques, la maîtrise de stage universitaire, et les nouvelles modalités de travail en équipes pluriprofessionnelles.

La saisine souligne également l'enjeu d'une coordination renforcée entre les universités, les centres hospitaliers universitaires et les territoires de santé, dans une logique de cohérence entre l'offre de formation et celle de soins. Il s'agit notamment de garantir un maillage équilibré des lieux de formation et de stages, en lien avec les dynamiques des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les besoins locaux.

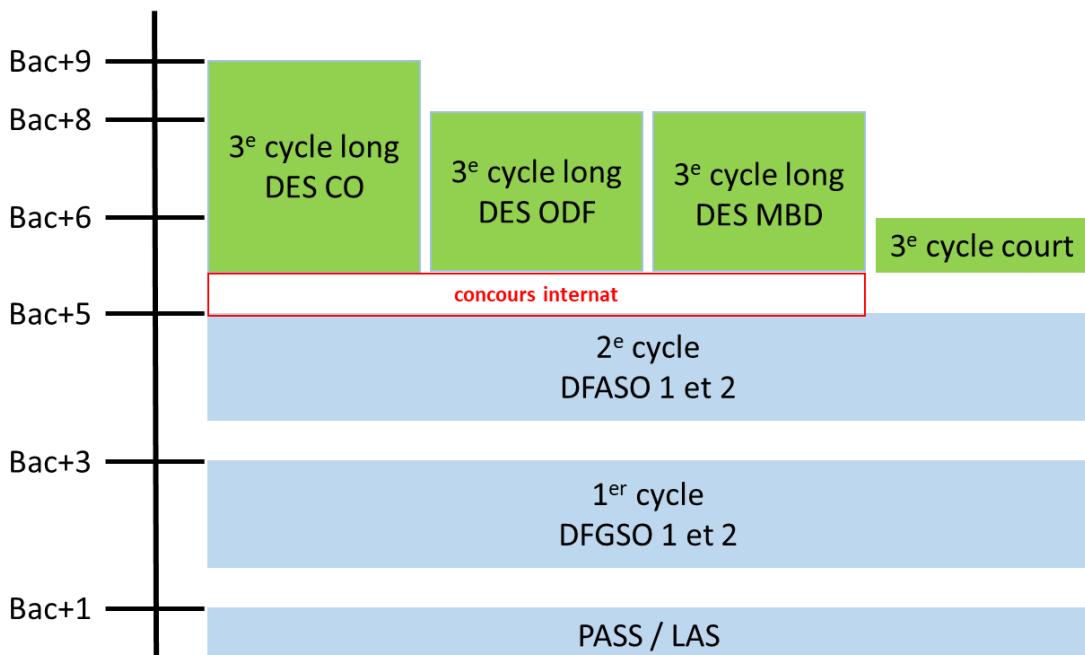
Pour ce faire, la mission a adopté une méthodologie structurée autour de plusieurs axes complémentaires : une analyse documentaire approfondie (rapports, données statistiques, études antérieures), la réalisation d'auditions auprès des acteurs du secteur (représentants universitaires, hospitaliers, étudiants, professionnels et administrations, Ordre national des chirurgiens-dentistes), ainsi que des visites de terrain au sein de différentes unités de formation et de recherche en odontologie, occasion de rencontrer également les agences régionales de santé (ARS) et les représentants des unions régionales des professionnels de santé (URPS). Ces déplacements ont également concerné plusieurs centres hospitalo-universitaires (CHU), où des échanges ont été menés avec les responsables universitaires et hospitaliers, ainsi qu'avec les représentants administratifs ou médicaux des établissements membres des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ces entretiens ont permis d'appréhender à la fois le rôle des CHU dans la formation spécialisée et les réalités territoriales spécifiques des centres hospitaliers périphériques, notamment en matière d'organisation des

soins, d'attractivité, de disponibilité des maîtres de stage, et d'articulation avec les besoins de santé locaux. La mission s'est également rendue à l'université d'été 2024 organisée par les chirurgiens-dentistes de France à laquelle participaient les doyens des unités de formation et de recherche (UFR) en odontologie, et au congrès annuel international de l'association dentaire française (ADF).

Cette réflexion sur le troisième cycle est menée de manière concomitante avec celle conduite par la Conférence des doyens d'odontologie, chargée de formuler des propositions en vue de la réforme du deuxième cycle. Cette coordination des initiatives vise à garantir une approche progressive et structurée de l'évolution des cursus de formation dans le champ de l'odontologie. À cet égard, la mission s'est plus particulièrement intéressée au point de passage du deuxième au troisième cycle.

Le présent rapport affirme la place du troisième cycle des études odontologiques comme un levier stratégique de transformation des soins bucco-dentaires, en tant qu'élément essentiel du système de soins. Afin de mieux comprendre les enjeux et les dynamiques de cette réforme, il est utile de visualiser l'architecture actuelle des études d'odontologie, structurées en trois cycles distincts. La figure ci-dessous présente cette organisation de manière synthétique, permettant ainsi de mieux saisir les étapes de la formation, les articulations entre les cycles et les spécificités qui les caractérisent.

Figure n° 1 : organisation actuelle des études d'odontologie



PASS : parcours d'accès spécifique santé ; LAS : licence accès santé ; DFGSO : diplôme de formation générale d'odontologie ; DFASO : diplôme de formation d'approfondissement d'odontologie ; DES : diplôme d'études spécialisées ; CO : chirurgie orale ; ODF : orthopédie dento-faciale ; MBD : médecine bucco-dentaire

Source : la mission, avril 2025

Un focus sur le troisième cycle des études odontologiques révèle un double constat :

- le cycle court, tel qu'il est structuré aujourd'hui, ne garantit pas une formation suffisamment solide pour répondre aux exigences croissantes de l'exercice en omnipraticité, notamment en milieu ambulatoire ;
- le cycle long, marqué par une certaine hétérogénéité, ne parvient pas toujours à répondre de manière lisible et efficace aux besoins en spécialités, ni aux objectifs de santé publique qui devraient davantage s'aligner avec les réalités épidémiologiques.

Ce rapport présente les leviers proposés par la mission pour réformer le troisième cycle des études odontologiques, en réponse aux enjeux identifiés dans le cadre de la transformation des soins bucco-dentaires. Les propositions visent à renforcer la formation en odontologie générale en appui sur les maîtres

de stage universitaires et à réorganiser l'accès aux spécialités odontologiques, tout en tenant compte des besoins de santé publique et des réalités territoriales.

Le rapport se structure autour de plusieurs grands enjeux de santé bucco-dentaire, tout en prenant en compte les attentes des étudiants, des professionnels et les impératifs de santé publique. C'est pourquoi la mission a souhaité structurer son rapport autour de cinq axes, par souci de clarté de lisibilité et de progressivité, chacun abordant un enjeu clé pour la réforme des études odontologiques :

- **L'offre et la demande de soins bucco-dentaires** : Une étude des déséquilibres structurels et territoriaux dans l'accès aux soins, permettant de mieux cerner les inégalités existantes et les défis à relever pour assurer une répartition équitable des soins.
- **Le deuxième cycle comme socle préparatoire** : Une réflexion sur les liens pédagogiques et organisationnels entre le deuxième et le troisième cycle, visant à garantir une continuité cohérente dans la formation des étudiants.
- **Le troisième cycle court** : La création d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en odontologie générale, comme levier central pour renforcer l'omnipratique, améliorer la qualité des soins de première ligne et faciliter la répartition des professionnels.
- **Le troisième cycle long** : Des préconisations pour harmoniser les parcours spécialisés, afin de mieux répondre aux besoins de santé publique, aux réalités épidémiologiques des territoires et aux exigences du système de soins.
- **La crise du vivier d'encadrants** : Des réponses à la problématique du vivier d'encadrants hospitalo-universitaires, portant sur l'amélioration du statut, l'attractivité de la fonction et la coordination inter-filières, afin de garantir une formation de qualité et pérenniser l'encadrement des futurs praticiens.

1. L'offre et la demande de soins buccodentaires : un déséquilibre persistant

1.1. Un déséquilibre démographique national doublé d'un déséquilibre territorial

Les inégalités territoriales engendrent des conséquences concrètes pour la population : allongement considérable des délais d'attente (pouvant dépasser plusieurs mois pour un rendez-vous non urgent dans les zones sous-denses), distances accrues à parcourir pour accéder aux soins, et parfois renoncement aux soins. Les populations vulnérables (personnes âgées, personnes à mobilité réduite, familles à revenus modestes) sont particulièrement affectées par cette situation. Malgré un nombre de chirurgiens-dentistes en légère croissance depuis 2019, de nombreux facteurs aggravent ces disparités, notamment le vieillissement de la démographie professionnelle dans certaines zones rurales, le choix préférentiel des jeunes diplômés d'une installation en milieu urbain, l'exercice salarié, et la volonté de concilier vie professionnelle et vie privée. Cette difficulté d'accès aux soins dentaires constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

1.1.1. Une démographie de chirurgiens-dentistes en légère croissance depuis 2019

Alors que des prévisions en 2016 indiquaient 8 000 chirurgiens-dentistes formés supplémentaires d'ici 2040, soit un effectif de l'ordre de 48 800¹ ; la France compte en 2025 48 545 chirurgiens-dentistes², un nombre en augmentation régulière comme indiqué dans le tableau n° 1. En 2022, la densité est de 70 praticiens pour 100 000 habitants³. À titre de comparaison, cette densité est inférieure à celle de l'Allemagne (85), mais supérieur à celle des Pays-Bas (57), au Canada (65) et au Royaume-Uni (49). Cependant, au-delà de ces chiffres, l'organisation des soins et les politiques de prise en charge varient d'un pays à l'autre, influençant fortement l'accessibilité et la répartition des professionnels de santé sur le territoire. La densité moyenne des chirurgiens-dentistes en France est aujourd'hui de 71,4 praticiens pour 100 000 habitants confirmant la tendance à la hausse du nombre de chirurgiens-dentistes.

¹ Études & résultats, septembre 2017, N° 1027, DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1027.pdf>

² Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD), données démographiques, mars 2025 : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

³ Organisation mondiale de la santé (OMS), données en 2022 : <https://data.who.int/fr/indicators/i/C25EFD6/9F88C44>

Tableau n° 1 : évolution du nombre de chirurgiens-dentistes en France entre 2000 et 2025

| Année | Nombre de chirurgiens-dentistes | Croissance (%) |
|-------|---------------------------------|----------------|
| 2000 | 35 000 | - |
| 2010 | 40 000 | 14,3 |
| 2020 | 45 000 | 12,5 |
| 2025 | 48 447 | 7,8 |

Source : Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), avril 2025

La progression du nombre de chirurgiens-dentistes en exercice depuis 2019 est liée en grande partie à l'installation croissante des diplômés étrangers, qui représentaient en 2023, 1 351 primo-inscrits à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) soit 50 % des installations (graphique n° 1)⁴.

Graphique n° 1 : nombre de primo-inscriptions par pays d'obtention du diplôme



Source : Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)⁵, avril 2025

L'augmentation du numerus apertus consécutive à la mise en place de la réforme d'accès aux études de santé en 2020⁶ ainsi que la création récente de nouvelles facultés d'odontologie⁷ (voir encadré n° 2) contribueront à l'augmentation du nombre de ces professionnels de santé dont les premiers effets sont attendus à partir de 2027.

Depuis 2011, la proportion de chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger ne cesse de croître. Il s'agit principalement de français ayant suivi leur formation dans un pays de l'Union européenne (UE)⁸. Cette dynamique joue un rôle important dans le maintien des effectifs de praticiens. Cependant, comme cela avait

⁴ Le Monde, Campus 16 mai 2023, « Pourquoi la moitié des nouveaux chirurgiens-dentistes exerçant en France sont formés à l'étranger ». Enquête : faute de places dans les facultés françaises, plus de la moitié des nouveaux chirurgiens-dentistes exerçant sur le territoire sont formés à l'étranger, notamment en Espagne, au Portugal et en Roumanie.

⁵ ONCD, rapport d'activité 2023 : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/rapport-dactivite-de-lordre-2023/>

⁶ Pour plus d'informations, voir : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/rentrée-2021-poursuite-de-la-reforme-des-études-de-santé-50984> ainsi que le récent rapport de la Cour des comptes publié en décembre 2024 : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/l'accès-aux-études-de-santé>

⁷ Par convention, dans le présent rapport, le terme de faculté renvoie indifféremment aux UFR ou aux départements qui sont les deux modes d'organisation des formations en odontologie.

⁸ En 2023, sur les 2 662 praticiens inscrits à l'Ordre en France, 1 329 sont titulaires d'un diplôme français et 1 351 d'un diplôme obtenu dans l'Union européenne. Parmi ces derniers, trois pays se démarquent : l'Espagne (41 %), le Portugal (28 %) et la Roumanie (23 %).

été souligné dans une thèse d'exercice de 2016⁹, la qualité de la formation de ces professionnels diplômés de l'UE suscite des interrogations. En effet, la formation clinique est très hétérogène avec des fréquences de réalisation d'actes insuffisantes et près de 10 % d'entre eux sont diplômés sans avoir jamais réalisé d'acte sur un patient¹⁰ (voir partie 3.4).

Encadré n° 1 : du numerus clausus au numerus apertus

Le numerus clausus a fixé le nombre d'étudiants autorisés à suivre des études d'odontologie de la rentrée 1971 à celle de 2020. Initialement établi à 1 950 places, le numerus clausus d'odontologie a fortement diminué dans les années 1980 et 1990 (jusqu'à 800 places). Depuis 2003, il augmente à nouveau et a atteint 1 332 à la rentrée universitaire 2020, en restant inférieur au niveau de 1980 (- 10 %), contrairement aux autres filières : pharmacie a augmenté de 17 %, celle de médecine de 31 % et celle de maïeutique de 48 %. La faiblesse du numerus clausus aurait conduit à une diminution des effectifs sans le flux de professionnels formés à l'étranger, essentiellement en Europe.

Les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025 se substituent au numerus clausus. Plus souples, concertés avec les régions, ils doivent répondre au mieux aux besoins de santé des années 2030-2040 et au-delà. L'augmentation des effectifs étudiants par rapport au numerus clausus moyen 2016-20 a été de 19 % (soit un total de 7 265 étudiants à former en cinq ans, avec un flux annuel d'environ 1 500 étudiants). Cet objectif fixé sur cinq ans (2021-2025) de 7 265 chirurgiens-dentistes à former, (avec une tolérance de 5 %) non seulement permet d'accélérer l'amélioration de la situation démographique des chirurgiens-dentistes (à partir de 2027), mais surtout, la carte des formations redessinée prend en compte le maillage territorial en faveur des zones sous-denses.

Les projections démographiques prévoient une augmentation significative des effectifs de chirurgiens-dentistes et de leur densité en France. Cette projection est conditionnée par l'hypothèse que le flux de chirurgiens-dentistes formés à l'étranger puisse se maintenir au même niveau durant toute la période considérée. Il est important de noter que sans cet apport de praticiens à diplômes étrangers, la densité de chirurgiens-dentistes en France à l'horizon 2050 resterait comparable à celle observée actuellement, malgré l'augmentation du *numerus apertus*¹¹ et des capacités de formation nationale. Cette dépendance aux professionnels formés à l'étranger soulève des interrogations sur le contrôle de la qualité de la formation à l'étranger et la capacité du système français à former suffisamment de praticiens pour répondre aux besoins de santé bucco-dentaire de la population avec, en toile de fond, la question de la pérennité du modèle.

Toutefois, cette croissance n'a pas suffi à anticiper le renouvellement de la profession. L'âge moyen des chirurgiens-dentistes est de 44,1 ans, et 8,1 % d'entre eux ont 65 ans ou plus, ce qui soulève des enjeux en matière de relève et de continuité des soins¹².

Le mode d'exercice libéral reste dominant (82,3 % des praticiens). Cependant, on observe une récente progression du salariat (17,7 %) et un essor considérable des centres de santé¹³ dentaires ou regroupements professionnels essentiellement dans les grandes métropoles¹⁴. Pour l'ONCD¹⁵, « *la tendance générale à l'exercice salarié ne souffre pas de doute. Ainsi, en 2012, 22,77 % des primo-inscrits étaient salariés contre*

⁹ Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union européenne, Marco Mazevet, 2016 : https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/thematic-search.html?id=mazevet_marco&submenuKey=authors&menuKey=theses

¹⁰ Étude rapportée par La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, n° 150, dossier « Formation initiale en Europe, septembre 2016 : https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2020/12/La_Lettre_150_2016.pdf

¹¹ Le numerus clausus a disparu à partir de 2021 au profit d'un « *numerus apertus* » calculé sur la base d'une projection quinquennale à +/- (5 %) des besoins de formation des professionnels de santé à former déterminés au niveau régional entre les Agences régionales de santé et les universités.

¹² Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD), données démographiques, mars 2025 : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie>

¹³ Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels, rapport IGAS, février 2025 : <https://www.igas.gouv.fr/evaluation-du-modele-economique-des-centres-de-sante-pluriprofessionnels>

¹⁴ Suite à des dérives commerciales dans certains centres de santé dentaire affectant la qualité des soins et les coûts pour l'Assurance maladie, la loi du 19 mai 2023 a été adoptée pour améliorer leur encadrement.

¹⁵ #ONCD, la lettre, n° 217, 24 novembre 2024 : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2024/10/ONCD-LA-LETTRE-217.pdf>

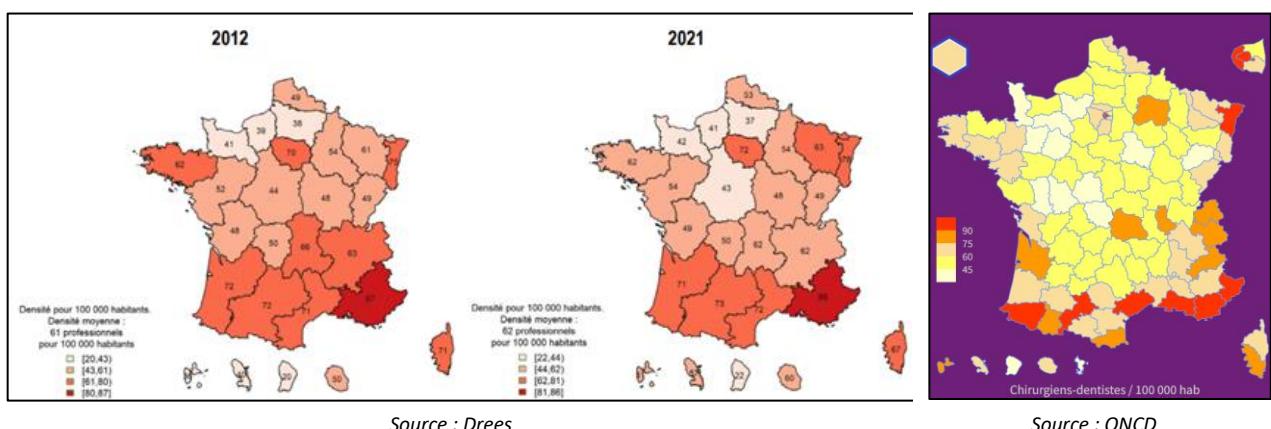
48,88 % en 2022. Certes, l'exercice libéral reste majoritaire si l'on considère l'ensemble (repandre la ligne du dessus en supprimant cet espace)

des praticiens en exercice en 2023, mais cette part des libéraux connaît un effritement continu depuis dix ans. »

1.1.2. Une répartition géographique marquée par des déséquilibres territoriaux persistants

En 2015, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) rapportait que, malgré une stabilité du nombre de chirurgiens-dentistes en exercice, la couverture territoriale se dégradait avec de forts écarts régionaux. Pour une densité nationale moyenne de 63 praticiens pour 100 000 habitants, les écarts de densité allaient en effet de 7 à 89¹⁶. Malgré la hausse du nombre de praticiens, la situation a peu évolué comme le montrent les trois cartes ci-dessous.

Carte n° 1 : évolution de la densité régionale des chirurgiens-dentistes (anciennes régions) entre 2012 et 2021 et en 2025 par département



Les disparités les plus significatives se situent entre zones urbaines et rurales, créant de véritables déserts en soins dentaires. Cette distribution géographique déséquilibrée se traduit par des ratios praticiens/habitants très variables selon les départements¹⁷. La présence de chirurgiens-dentistes est élevée dans certaines zones, notamment en PACA et plus globalement dans la moitié Sud du pays, où la densité dépasse la moyenne nationale. L'Île-de-France figure également parmi les régions les mieux dotées en praticiens. À l'inverse, certaines régions comme le Centre-Val de Loire (45 praticiens pour 100 000 habitants) ou la Bourgogne-Franche-Comté (50 pour 100 000) souffrent d'un déficit notable en professionnels de santé.

À l'intérieur des régions et départements, il existe des écarts importants, sources d'inégalités d'accès aux soins, notamment en zones rurales, où la pénurie de praticiens complique la prise en charge et le suivi médical des patients.

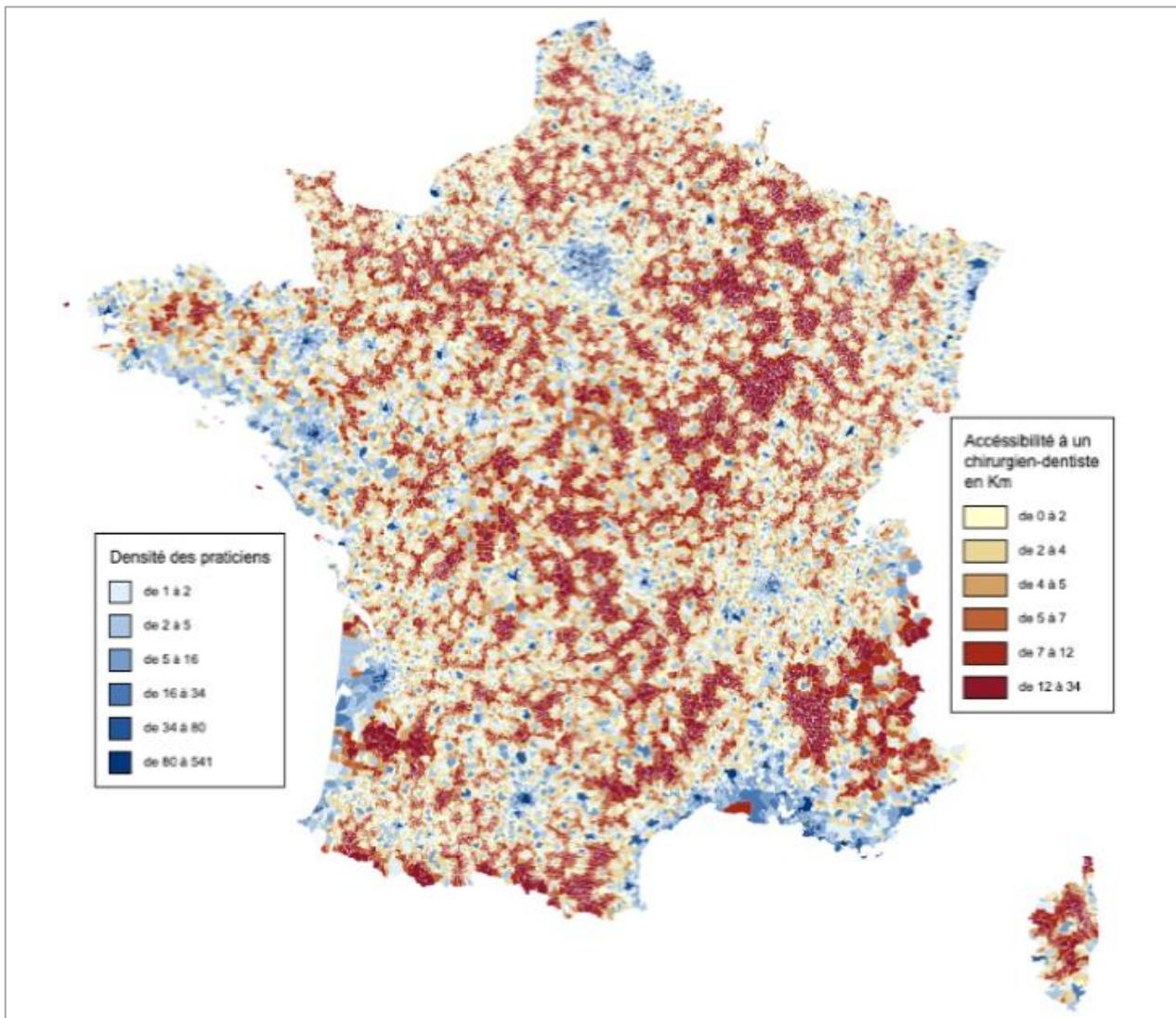
La carte ci-après illustre ces disparités et met en évidence les fortes inégalités territoriales.

¹⁶ « La situation démographique des chirurgiens-dentistes », ONDPS, rapport 2013-2014 :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS_2013_2014-compressed_couv_includes.pdf

¹⁷ Effectif et densité de professionnels de santé libéraux par région - 2016 à 2022 : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/densite-professionnels-sante-liberaux-region>

Carte n° 2 : densité des chirurgiens-dentistes et accessibilité (en kilomètres) en 2024



Source : ONCD, avril 2025

La Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) met à disposition un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux chirurgiens-dentistes. C'est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il est donc plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès.

Tableau n° 2 : accessibilité aux chirurgiens-dentistes (équivalent temps plein pour 100 000 habitants standardisés)

| Accessibilité moyenne en 2023 | Évolution 2022-23 | Accessibilité moyenne des 10 % de la population les moins bien dotées | Accessibilité moyenne des 10 % de la population les mieux dotées | Rapport entre l'accessibilité moyenne des mieux et moins bien dotées | Évolution 2022-2023 |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 60,6 | + 1,9 % | 14,6 | 114,1 | 7,8 | 0 % |

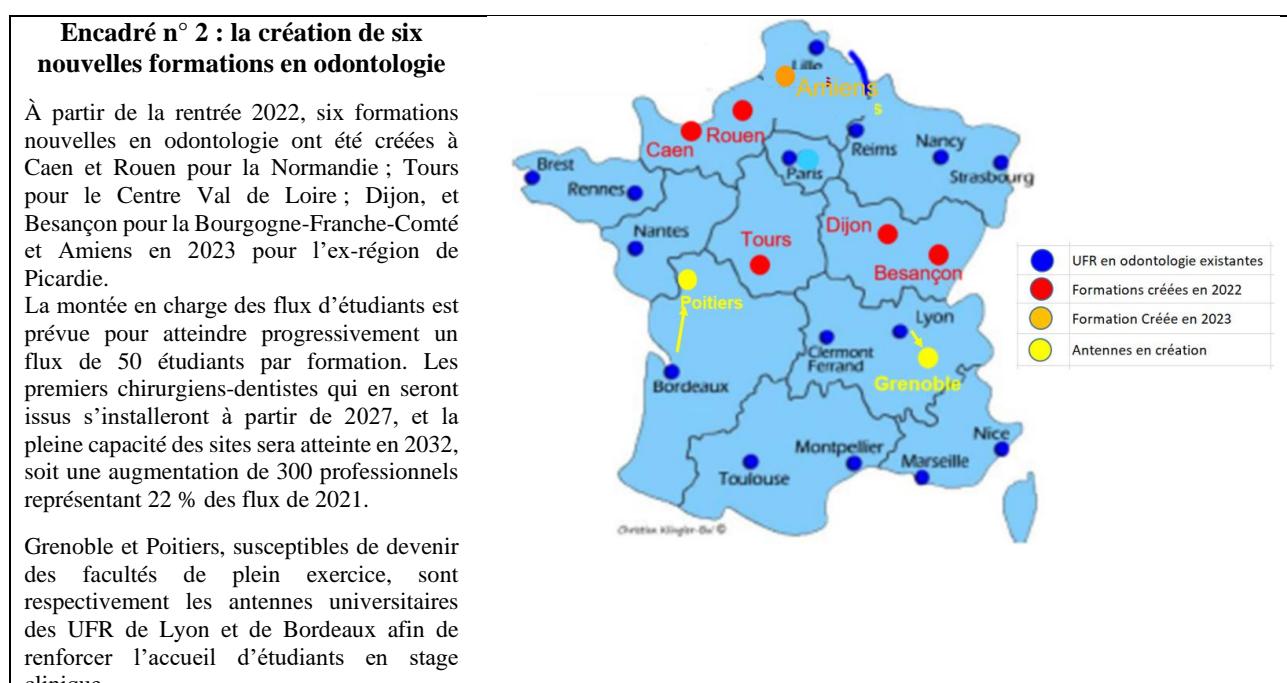
Lecture : En 2023, l'accessibilité moyenne aux chirurgiens-dentistes est de 60,6 consultations par an et par habitant, en hausse de 1,9 % par rapport à 2022. Les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 14,6 consultations par an, les 10 % les mieux dotés à 114,1. Ces derniers ont donc une accessibilité 7,8 fois plus forte que le premier décile. Ce rapport est constant sur les deux années

Source : Drees

À compter du 1^{er} janvier 2025, la liberté d'installation des chirurgiens-dentistes est encadrée. Ils devront se conformer au zonage établi par les Agences Régionales de Santé (ARS). Dans les zones dites « non

prioritaires » couvrant 5 % de la population française, le conventionnement avec la CPAM sera conditionné à la reprise d'un cabinet existant. Entre contraintes d'installation et incitations financières, cette régulation devrait contribuer à redessiner progressivement la carte de la profession¹⁸. Cette nouvelle forme de régulation qui découle de la convention signée entre la profession et l'Assurance-maladie en juillet 2023 ne couvre cependant pas les soins de deuxième recours¹⁹ lesquels n'entrent pas dans la problématique de zonage.

De plus, les territoires ayant une faible densité correspondaient jusqu'en 2022 aux territoires dépourvus de faculté d'odontologie. Les étudiants désireux de suivre une formation en odontologie partaient se former dans les UFR d'odontologie situées dans les régions limitrophes. C'est ainsi que jusqu'en 2022, l'université de Caen envoyait ses étudiants à Rennes, l'université de Rouen à Paris et Lille, l'université de Tours à Nantes et Clermont-Ferrand ; l'université de Dijon à Nancy, l'université de Besançon à Strasbourg et l'université d'Amiens à Reims. Selon l'ONCD, il existe également un effet génération : les jeunes des régions sans faculté dentaire, telles la région Bourgogne-Franche-Comté, la Normandie ou le Centre-Val de Loire, contraints de se former dans des subdivisions d'accueil ne reviennent que très peu s'installer dans leur région d'origine (5 % dans la subdivision de Besançon par exemple²⁰). Pour rompre ce cercle, à la suite de la conférence nationale du 26 mars 2021 portant sur les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former, six nouvelles formations ont été créées en odontologie à partir de 2022.



Parmi les 48 500 chirurgiens-dentistes, la très grande majorité a un exercice en omnirapport (tableau n° 3). Cependant depuis plusieurs années, la part des omnirapportiers tend à diminuer au profit de praticiens exerçant une pratique exclusive²¹. Cette orientation professionnelle peut être perçue comme une évolution de carrière d'un chirurgien-dentiste exerçant en omnirapport impliquant de s'engager dans un processus de formation continue proposé par un organisme privé ou par une université sous la forme d'un diplôme d'université (DU). Par exemple, le développement d'écoles privées d'orthodontie favorise, moyennant une formation payante, l'installation en orthopédie dento-faciale, sous la forme d'une pratique exclusive, de chirurgiens-dentistes issus d'une formation initiale au terme de six années en omnirapport. Bien que ces praticiens ne possèdent pas un diplôme d'études spécialisées (DES) en orthopédie dento-faciale et qu'ils ne

¹⁸ https://www.interfimo.fr/onlib-infos/detail/installation-des-chirurgiens-dentistes-la-nouvelle-donne_919

¹⁹ Soins qui ne peuvent être pris en charge par les chirurgiens-dentistes omnirapportiers en raison de leur complexité ; et qui le sont alors par les chirurgiens-dentistes spécialistes.

²⁰ Source : UFR de médecine de Besançon, janvier 2025.

²¹ Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives (2021) :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

peuvent pas revendiquer la spécialité au regard de la régulation à l'installation²², ils ne prennent plus en charge des patients nécessitant des soins dits de premier recours en raison de leur pratique exclusive (cf. partie 3.2.2 pour la définition des soins de premier recours). L'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) préconise d'interdire aux praticiens ayant effectué ces formations privées de préciser sur leur plaque qu'ils sont spécialistes et exclusifs, mais cette recommandation n'est pas toujours suivie d'effets²³.

Tableau n° 3 : répartition par spécialités des chirurgiens-dentistes en mars 2025

| | nombre | % |
|------------------------------------------------|--------|----------|
| omnipraticiens | 45 702 | 94,14 % |
| spécialistes en orthopédie dento-faciale (ODF) | 2 474 | 5,10 % |
| spécialistes en chirurgie orale (CO) | 253 | 0,52 % |
| spécialistes en médecine bucco-dentaire (MBD) | 116 | 0,24 % |
| total chirurgiens-dentistes | 48 545 | 100,00 % |

Source : ONCD

À l'instar de la répartition globale des chirurgiens-dentistes, la couverture territoriale en spécialistes est également très inégale. À la suite de la publication de l'arrêté du 31 mars 2011²⁴, trois spécialités en dentisterie sont reconnues : la chirurgie orale (CO), une formation commune à la médecine et à l'odontologie²⁵, l'orthopédie dento-faciale (ODF) et la médecine bucco-dentaire (MBD). Ces dernières années, sont formés 24 spécialistes de CO issus de chirurgie dentaire et 16 spécialistes de CO provenant de médecine, 52 spécialistes d'ODF et environ 30 spécialistes de MBD, dont l'installation est principalement en ville et non dans la poursuite d'une carrière hospitalo-universitaire (voir en détail dans la partie 4). Comme le montrent les trois cartes présentées ci-dessous, l'installation de ces spécialistes, qui ne tient pas compte des praticiens avec pratique exclusive, est très inégale sur le territoire hexagonal avec pour conséquence des disparités importantes en termes de prise en charge des soins de deuxième et de troisième recours.

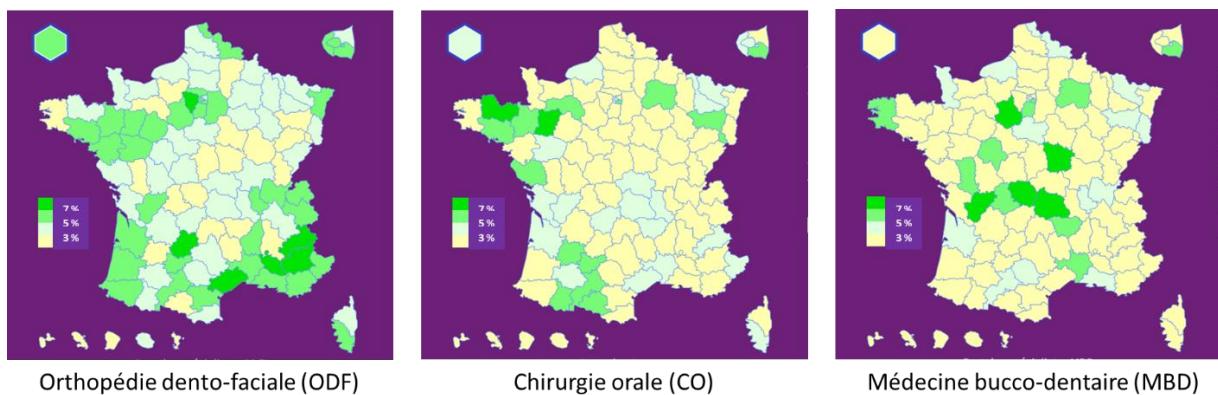
²² Il est ici bien de rappeler que la profession de chirurgien-dentiste est une profession réglementée et que l'installation doit respecter les conditions émises par le Code de la santé publique (CSP), article L. 4111-1.

²³ Exemple de question posée par Mme BORCHIO FONTIMP au Sénat en mars 2023 : <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230305777.html>

²⁴ Arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023877522>

²⁵ Le cadre de ce DES a été modifié en 2017 afin d'homogénéiser le parcours avec celui des autres formations de médecine. Cela se concrétise en une formation de quatre années composée d'une phase socle (un an), d'une phase d'approfondissement (deux ans) et d'une phase de consolidation conférant le statut de docteur junior aux internes (un an). Arrêté du 18 octobre 2017 fixant la réglementation applicable à la formation commune à la médecine et à l'odontologie délivrée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale et modifiant l'arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000035880885>

Carte n° 3 : densité des chirurgiens-dentistes spécialistes en 2025



Source : ONCD

Face aux défis de couverture territoriale et d'accès aux soins de premier recours, il est impératif de repenser la formation des chirurgiens-dentistes en omnipratique afin d'encourager leur présence et leur installation durable dans les zones sous-denses.

1.2. Un déséquilibre entre spécialités et besoins spécifiques des populations

Les pathologies bucco-dentaires touchent l'ensemble de la population et apparaissent comme un marqueur des inégalités sociales en santé, notamment en raison de la difficulté d'accéder aux soins. Cette dernière est multifactorielle, comme vu précédemment par une couverture territoriale en chirurgiens-dentistes insuffisante, comme aussi pour des raisons économiques. En effet, en 2014, près d'un français sur cinq renonçait aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières alors que 37 % d'entre eux déclaraient avoir une mauvaise santé dentaire²⁶.

D'après les dernières données communiquées par l'Assurance maladie, 43 % des Français consultent chaque année leur chirurgien-dentiste, le plus souvent dans l'urgence, contre 70 à 85 % pour les Allemands, les Suédois ou encore les Britanniques. En France, malgré l'objectif répété de faire émerger de futures générations sans caries, la consultation des enfants reste peu fréquente : 33 % des enfants de 3 ans, 71 % des enfants de 12 ans, 52 % des adolescents de 18 ans, et 42 % des jeunes adultes de 24 ans²⁷.

Pour autant, la santé bucco-dentaire en France a connu des évolutions significatives au fil des décennies. Selon un rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) publié en 2006, environ 16 % des personnes âgées de plus de 65 ans étaient totalement édentées²⁸. Par ailleurs, une étude de Santé publique France indique qu'en vingt-cinq ans, la proportion d'enfants de 12 ans indemnes de carie est passée de 12 % à 56 %²⁹.

Cependant, malgré ces améliorations, des inégalités persistent. Le baromètre santé 2014 révèle que parmi les adultes de 15 à 75 ans, 71,1 % se brossent les dents deux fois par jour, suggérant que près de 30 % des adultes n'adoptent pas cette pratique recommandée. De plus, les populations précaires et celles vivant dans des zones rurales ou des « déserts médicaux » continuent de rencontrer des difficultés d'accès aux soins dentaires, contribuant à des disparités régionales et sociales³⁰.

²⁶ A-C Bas, P Dourgnon, S Azogui-Levy, J Wittwer « Impact of Fees on Access to Dental Care: Evidence from France. » Eur J Public Health, 11 déc 2020 ;30 (6) : 1066-1071 : <https://academic.oup.com/eurpub/article/30/6/1066/5891898?login=false>

²⁷ L'Assurance maladie, 19 mars 2024, journée mondiale de la santé bucco-dentaire : la prévention au cœur de la convention nationale : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/actualites/journee-mondiale-de-la-sante-bucco-dentaire-la-prevention-au-coeur-de-la-convention-nationale>

²⁸ La santé en France bucco-dentaire, Actualités de santé publique, n° 51 juin 2005.

²⁹ Azogui-Levy Sylvie, Rochereau Thierry, « Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? », Repères épidémiologiques et économiques, Mise à jour le 22 mai 2019.

³⁰ Fédération Dentaire Internationale, rapport 2023.

Les pathologies bucco-dentaires, telles que les caries et les maladies parodontales, demeurent des préoccupations majeures de santé publique³¹. Des comportements d'hygiène insuffisants, des difficultés économiques et une peur du dentiste sont identifiés comme des facteurs contribuant à ces inégalités. De plus, des affections comme la carie précoce de l'enfance continuent d'affecter significativement les jeunes enfants, entraînant douleurs et troubles du sommeil.

1.2.1. Une évolution de la demande de soins liée à la mise en place du dispositif 100 % santé

Au plan économique, la réponse aux besoins de la population en termes de soins bucco-dentaires repose sur l'accessibilité aux praticiens. Cependant il a été montré que le coût de ces soins est aussi une limite. Un rapport récent l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)³² souligne les inégalités d'accès aux soins dentaires, et que celles-ci ne sont pas uniquement dépendantes de la couverture territoriale mais aussi de la prise en charge économique de ces soins. Par exemple, la Roumanie possède le plus haut taux de praticiens pour 100 000 habitants (120), elle affiche l'un des plus bas taux de consultation par habitant (0,3 par an) en raison du coût élevé des soins, financés à plus de 90 % par les patients eux-mêmes. Au contraire, aux Pays-Bas, avec une densité de 57 praticiens pour 100 000 habitants, le nombre de consultations annuelles par habitant est de 3,3.

Par la mise en place du 100 % santé³³ et sa mesure principale le zéro reste à charge (RAC 0), certains dispositifs de soins sont devenus accessibles pour l'ensemble de la population, notamment la consommation de prothèses dentaires (+ 4 %)³⁴ avec pour conséquence une demande plus forte auprès des spécialistes et de l'émergence de chirurgiens-dentistes se réclamant d'une pratique exclusive en orthopédie dento-faciale en nombre plus important (voir partie précédente).

1.2.2. Une politique de prévention tournée vers les plus jeunes

L'approche curative est fortement ancrée dans le modèle du système de soins français. Cependant, à compter du premier avril 2025, le plan M'T dents, initié en 2007 par l'assurance maladie, s'est élargi pour proposer un rendez-vous annuel de prévention et des soins aux enfants dès 3 ans et jusqu'à 24 ans³⁵. Cette volonté d'amplifier l'approche préventive nécessite des praticiens en nombre acceptant de prendre en charge les patients les plus jeunes. Ce qui n'est pas le cas à ce jour comme le montrent les travaux du collège des enseignants en odontologie pédiatrique³⁶. En effet, près de 20 % des omnipraticiens déclarent ne pas assurer de soins aux enfants, ce qui signifie en réalité qu'ils refusent de les accueillir.

Malgré la présence d'un nombre plus important de chirurgiens-dentistes se déclarant en pratique exclusive en odontologie pédiatrique (plus de 200 à cette date contre 112 recensés en 2017), le manque d'engagement des praticiens à accueillir et à soigner les enfants entraîne une forme d'errance dans leur prise en charge. Cette situation dégrade leur santé bucco-dentaire et engendre un recours vers les centres de soins dentaires des CHU allongeant ainsi les délais d'attente pour des soins parfois urgents. À ce jour, plus de trente départements ne proposent pas de recours de soins dentaires sous anesthésie générale, pratique souvent essentielle pour traiter certaines des pathologies bucco-dentaires des enfants³⁷, alors qu'une prise en charge précoce permettrait de l'éviter. Cette situation crée ainsi une inégalité d'accès aux soins, privant certains enfants des traitements nécessaires pour éviter des complications futures.

³¹ L'Organisation mondiale de la santé souligne, en novembre 2024, également que la plupart des affections bucco-dentaires sont en grande partie évitables et peuvent être traitées à un stade précoce et montre quels sont les risques en termes de santé plus globale l'absence d'une bonne santé bucco-dentaire : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

³² OCDE, Health at a Glance: Europe 2024 : https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

³³ A-C Bas « L'accès aux soins bucco-dentaires dans la réforme 100 % santé : contexte et perspectives » Santé publique, novembre 2023 : 37 : 119-124 : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-HS1-page-119?lang=fr>

³⁴ Drees : les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>

³⁵ La loi de finances de 2025 a prévu que ces examens préventifs passent d'une fréquence de tous les trois ans à une fréquence annuelle « M'T dents » : un examen bucco-dentaire pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents>

³⁶ Communication du collège des enseignants en odontologie pédiatrique à la mission.

³⁷ Prise en charge bucco-dentaire de l'enfant sous anesthésie générale : validation d'un score objectif d'aide à l'indication, Camille Gruber, 2021 : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03467535v1/document>

1.2.3. Une population vieillissante et des patients aux besoins spécifiques

Le vieillissement démographique modifie profondément la demande de soins bucco-dentaires. Selon les projections de l'Insee, en 2070, le nombre de personnes de 60 à 74 ans resterait stable, celui des 75 ans ou plus devrait croître de 5,7 millions. La part des 65 ans ou plus dans la population augmenterait fortement, de 21 % à 29 %³⁸.

Cette évolution démographique entraîne un changement significatif dans la typologie des pathologies bucco-dentaires. Dans un projet de rapport du groupe de travail santé bucco-dentaire pour la conférence nationale de santé (CNS)³⁹, il est montré qu'avec le vieillissement de la population, des affections liées au vieillissement, comme la xérostomie (sécheresse buccale) et la résorption osseuse, se développent de manière préoccupante. Ces pathologies représentent des défis nouveaux pour les soins bucco-dentaires, nécessitant des réponses thérapeutiques adaptées. Cette situation induit un besoin croissant de soins prothétiques et implantaires, notamment en raison de la perte de dents et de l'usure de la dentition, ce qui place la santé buccale des seniors au cœur des enjeux futurs.

Toutes les personnes qui, pour des raisons médicales, physiques ou mentales, échappent aux protocoles conventionnels de prise en charge de leur santé orale peuvent être considérées comme des patients à besoins spécifiques. Selon *l'International association for disability & oral health* (iADH), et suivant les structures des services, les soins spécifiques peuvent aussi s'adresser à des personnes vivant dans un contexte environnemental, social, ou culturel qui affecte directement ou indirectement leur santé orale, en relation avec les déterminants sociaux de la santé et des obstacles rencontrés lors de l'accès à la santé et à la prévention (par exemple la population carcérale, les gens du voyage, les personnes sans domicile fixe, les personnes sans papiers). Par conséquent, et afin de répondre au mieux à ces patients, souvent une approche globale s'impose où les chirurgiens-dentistes doivent travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé mais aussi avec les travailleurs sociaux⁴⁰.

Pour faire face à cette évolution des besoins de soins bucco-dentaires, il devient nécessaire de réévaluer et d'adapter les formations en odontologie, notamment les Diplômes d'études spécialisées (DES) longs. En effet, la prise en charge des pathologies bucco-dentaires complexes liées au vieillissement, ainsi que les soins adaptés aux patients à besoins spécifiques, exigent des compétences techniques, cliniques et humaines de plus en plus poussées. Une adaptation de ces formations permettrait d'intégrer des enseignements pratiques et théoriques sur ces nouvelles problématiques de santé publique, tout en renforçant l'interdisciplinarité dans la prise en charge.

1.3. Un déséquilibre entre les activités du chirurgien-dentiste et la mise en place différée du statut d'assistant dentaire de niveau 2

Au-delà de la problématique du maillage territorial, de l'accès aux soins dentaires pour de nombreux patients s'ajoute celle du délai moyen pour obtenir un rendez-vous. Selon une étude récente, malgré les biais méthodologiques liés à l'échantillon, au niveau national, le délai médian pour obtenir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste omnipraticien est de 11 jours. Cependant, les données cachent d'importantes disparités régionales : par exemple le département de la Manche indique un délai de deux mois, tandis que dans des départements plus denses comme le Bas-Rhin, les délais sont nettement inférieurs⁴¹.

Dès lors, dégager du temps médical pour le praticien apparaît comme l'une des réponses possibles. Dans le cadre de la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé⁴², la création d'un statut d'assistants dentaires de niveaux 2 (AD2) a été actée. Cette reconnaissance juridique

³⁸ INSEE, 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée (novembre 2021) : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>

³⁹ Projet de rapport transmis par le doyen Frédéric Denis, université de Tours.

⁴⁰ J. Camiat, J. Bailly, S. Moussa-Badran « Les soins spécifiques en odontologie en France : enjeux, état des lieux, perspectives » Santé publique, novembre 2023 : 35 : 57-75 : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-HS1-page-57?lang=fr>

⁴¹ Carte de France de l'accès aux soins – soignants et patients face aux disparités régionales, 2024 : <https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2024/04/CartesFranceBD.pdf>

⁴² Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

confirme ainsi l'évolution importante du rôle des assistants dentaires de niveau 2. Ces derniers auront un champ d'intervention élargi par rapport à celui des assistants dentaires de niveau 1. Selon les textes, ils pourront réaliser diverses tâches, notamment :

- des actes d'imagerie à visée diagnostique ;
- des actes prophylactiques ;
- des actes orthodontiques ;
- des soins post-chirurgicaux.

Les AD2, à la faveur de la délégation de ces tâches, permettraient ainsi de libérer du temps au chirurgien-dentiste pour les actes essentiels de diagnostic et de traitement des maladies bucco-dentaires. De plus, en se concentrant sur les soins préventifs et l'éducation des patients, les assistants contribueraient à la prévention des maladies des dents et des gencives en éduquant la patientèle sur les soins d'hygiène nécessaires à une bonne santé buccodentaire. Ils effectueraient également les nettoyages et les polissages. Ils pourraient en outre assister le chirurgien-dentiste dans l'exercice de la pratique à quatre mains.

L'article L. 4393-8 prévoit que la « *liste des activités ou actes que l'assistant dentaire peut se voir confier est déterminée par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire* »⁴³. Bien que ce cadre juridique soit désormais en vigueur, le Conseil d'État ne s'est pas prononcé sur les recommandations de l'Académie nationale de chirurgie-dentaire au sujet des tâches, jugées chronophages par la profession, que pourraient réaliser les AD2⁴⁴.

Pour concrétiser cette avancée, des décrets d'application doivent être élaborés, ce qui nécessite une collaboration étroite entre le ministère de la Santé et les représentants de la profession. Ce processus devrait s'étendre jusqu'à la fin de l'année 2025. Par conséquent, les premiers étudiants pourraient entamer leur formation au plus tôt en 2026 en raison du temps nécessaire à la mise en place des programmes de formation et à l'obtention des diplômes.

L'accès à la profession d'AD2, telle qu'elle est définie, correspond à une valorisation de carrière des actuels assistants dentaires de niveau 1⁴⁵ titulaires d'un titre de niveau 4 (niveau baccalauréat selon la nomenclature des diplômes⁴⁶). Depuis décembre 2023, des travaux, sous pilotage de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), sont engagés entre les parties prenantes afin d'établir le cadre d'une formation qui se veut professionnelle continue et conduire à un titre de niveau 5, soit bac+2. Pour l'heure, selon la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle des cabinets dentaires (CPNEFP-CD), il ressort que cette formation devrait être de 24 mois en alternance avec deux semaines intensives de cours totalisant 600 heures ; la formation étant dispensée dans l'un des nombreux centres de formation des assistants dentaires de niveau 1 agréés par l'État et équipés de fauteuils. Cependant, les discussions et travaux menés actuellement ne progressent pas, retardant d'autant l'arrivée dans les cabinets de cette aide souhaitée par la profession.

Au regard de l'avancée des travaux, la mission s'interroge sur les points suivants :

- qu'en est-il de l'interprofessionnalité entre les chirurgiens-dentistes et les AD2 dès lors que la formation des premiers est dispensée dans les universités et celle des seconds dans des organismes privés dédiés ?
- ne serait-il pas plus adéquat de former les AD2 au niveau bac+3, avec un grade de licence, afin d'inscrire la formation de suite dans le processus d'universitarisation des professions paramédicales ?

⁴³ Code la santé publique, article L. 4393-8 et suivants.

⁴⁴ G. A. Del Valle, D. Boche, Y. Maitre, V.-E. Quinsat, « À propos de la nécessité de créer un nouveau métier en France : l'assistant(e) dentaire en pratiques avancées », Santé publique volume 35 / N° hors-série - novembre 2023, p107-111 : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-HS1-page-107?lang=fr>

⁴⁵ Actuellement, un assistant dentaire de niveau 1 ayant obtenu un titre de niveau 4 avec 357 heures de formation théorique et 1 535 heures de formation pratique au cabinet dentaire ne peut effectuer aucune tâche en bouche. Il ne peut également réaliser de radiographies.

⁴⁶ Nomenclature relative au niveau de diplôme : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/nomenclature-relative-au-niveau-de-diplome-45785>

Sur le second point, la mission a bien conscience que porter la formation des AD2 à un grade de licence modifie fondamentalement le statut de l'assistant dentaire dans le cabinet et le porte à une fonction plus en rapport avec celle d'hygiéniste comme cela existe dans la plupart des pays européens⁴⁷ (annexe n° 7)

Par conséquent, il serait opportun que les directions générales DGESIP et DGOS instruisent cette question à la suite de la mission universitarisation des formations paramédicales.

1.4. Le déficit de régulation de la profession se conjugue avec une absence de certification des formations continue qualifiantes

Une autre forme de déséquilibre est liée à l'insuffisante régulation de la profession, pour laquelle l'ordre national des chirurgiens-dentistes n'est pas suffisamment armé. La mission a été interpellée par le déficit de régulation de la profession (cf. annexe n° 6).

En matière de formation continue, il convient d'évoquer la nécessité d'une certification des formations elles-mêmes et les dérives provoquées par la pratique de l'exclusivité.

1.4.1. Les compétences additionnelles acquises par la voie de la formation continue doivent faire l'objet d'une régulation rigoureuse

Aujourd'hui, le besoin de formation continue s'exprime avec davantage d'acuité sous l'influence de multiples phénomènes. Le vieillissement de la population avec la prise en compte de l'existence de plusieurs pathologies préexistantes, le développement rapide de nouveaux protocoles de soin qui s'appuient sur des technologies récentes mobilisant parfois l'intelligence artificielle, les progrès de la recherche, tant au niveau des connaissances que des matériaux à disposition des chirurgiens-dentistes et le recours à des plateaux techniques de plus en plus performants sont autant de raisons justifiant de se former et de faire reconnaître, le cas échéant, la maîtrise d'un savoir-faire particulier. La notion de compétence additionnelle s'inscrit dans le cadre de la formation continue et elle peut être un moyen de valoriser le temps qui lui est consacré.

L'indispensable distinction entre compétence additionnelle et spécialisation

Disposer d'une compétence additionnelle reconnue permet à un chirurgien-dentiste d'attester de la maîtrise d'un savoir-faire qui va au-delà de ce que l'on peut attendre d'un omnipraticien généraliste. L'objectif est de reconnaître que le chirurgien-dentiste s'est plus particulièrement formé dans un domaine précis et qu'il peut attester d'un savoir-faire non encore reconnu officiellement en lui-même (dans le cadre d'une spécialité par exemple). Il ne s'agit pas ici de créer de nouvelles spécialisations.

Toutefois, la compétence additionnelle peut permettre d'orienter – au moins pour partie – la pratique du chirurgien-dentiste et ce, sans aucune exclusivité. Cette orientation partielle de la pratique peut se justifier au regard de la fréquence de réalisation des actes qu'elle permet, fréquence indispensable à l'expertise sur des actes complexes, ainsi qu'en raison de l'investissement dans des plateaux techniques spécifiques. Il convient d'insister sur ce dernier point : les compétences additionnelles ne doivent pas permettre de développer des exercices exclusifs. Ce n'est là ni leur objet, ni leur finalité.

Le champ de ces compétences additionnelles reste à préciser à l'aune des arbitrages qui seront décidés en matière de DES pour éviter tout empiètement, source de confusion.

L'Association dentaire française lors d'un travail conjoint avec le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes a d'ailleurs écrit à ce sujet que « *la liste des compétences additionnelles est susceptible d'évoluer. Il appartient au CNOCD de proposer une ou plusieurs nouvelles compétences additionnelles qui pourront être*

⁴⁷ Allemagne : diplôme d'assistante (3 ans) + 800 h de formation spécifique pour être qualifiée en prophylaxie ZMP1 ou spécialisée ZMF2 équivalent à l'hygiéniste dentaire ; Danemark : trois ans d'école d'hygiéniste sous tutelle de l'université ; Espagne : école professionnelle de deux ans universitaire ou privé ; Finlande : 3,5 ans d'établissement universitaire ; Royaume-Uni : trois ans en université ou école paramédicale ; Portugal : trois ans en école dentaire ou institut de santé ; Pays-Bas : quatre ans en école universitaire spécifique d'hygiéniste dentaire ; Italie : concours d'entrée + numerus clausus pour trois ans de formation ; Belgique : trois ans en école à Liège ou Bruxelles.

délivrées après avis favorable du ministre compétent. Il en est de même en cas de retrait d'une compétence additionnelle⁴⁸ ».

Un gage de sécurité dans la pratique clinique et un enjeu de transparence de l'information

La reconnaissance de ces compétences additionnelles est un véritable enjeu et ce, à plusieurs titres Elle peut permettre d'informer le patient sur une compétence particulière du chirurgien-dentiste, ce qui est un gage de transparence dans la relation de soins.

La publicité⁴⁹ de la compétence additionnelle peut également permettre d'informer les confrères susceptibles de solliciter le chirurgien-dentiste détenteur de cette compétence additionnelle pour un avis ou pour l'adressage d'un patient. En ce sens, elle est de nature à améliorer le parcours de soin. Enfin, la compétence additionnelle est une manière de valoriser le suivi d'une formation exigeante et de qualité en correspondance avec de nouveaux besoins en termes de professionnalité. Elle ne saurait s'envisager sans une procédure précise et une régulation pour éviter toute dérive au regard des enjeux financiers associés.

Une procédure encadrée et des formations certifiées attestant de leur sérieux

S'il n'appartient pas à la mission de définir toutes les modalités relatives à la mise en place de ces compétences additionnelles, il apparaît nécessaire de rappeler plusieurs points de vigilance utiles à l'efficacité du dispositif :

- mettre en place une accréditation des formations préparant à la reconnaissance d'une compétence additionnelle associant le conseil de l'ordre, les doyens des universités en odontologie ainsi que les sociétés savantes avec la mise en place d'un cahier des charges précis pour chaque compétence additionnelle et une maquette prévoyant une formation théorique et pratique ;
- définir une procédure⁵⁰ visant à demander l'obtention d'une compétence additionnelle avec la définition de critères clairs (formation suivie, expérience acquise...). C'est le conseil national de l'ordre qui serait compétent⁵¹ in fine pour valider la décision d'une commission ad hoc.
- prévoir une durée de validité pour toute compétence additionnelle, renouvelable éventuellement pour une durée à fixer également ainsi qu'un nombre maximum de compétences additionnelles admise par chirurgien-dentiste.

La mission alerte sur la nécessité d'une régulation permettant de lever toute méprise entre une compétence additionnelle et une spécialité, notamment à l'attention des patients.

1.4.2. La pratique exclusive devrait être encadrée

La pratique de certains chirurgiens-dentistes en matière d'exclusivité ne répond pas forcément à une nécessité de santé publique. Il peut s'agir d'une démarche infondée prise sans aucune base légale.

Pour le patient, comment distinguer un spécialiste titulaire d'un DES, d'un chirurgien-dentiste ayant acquis des compétences additionnelles par la voie de formations continues de type diplôme d'université, ou par des officines de formation privées ? Ces derniers peuvent être qualifiés par une commission ad hoc du conseil de l'ordre, en fonction de leur parcours professionnel et de leurs formations additionnelles⁵², auquel cas, il existe bien un contrôle de la profession portant sur la compétence, mais pas du tout sur le besoin de second recours lui-même.

⁴⁸ Reconnaissance de compétences additionnelles en odontologie – proposition de l'association dentaire française (ADF) et l'ordre nationale des chirurgiens-dentistes (ONCD) : <https://adf.asso.fr/articles/reconnaissance-competences-particulieres>

⁴⁹ Elle pourrait ainsi être officiellement portée à la connaissance des patients.

⁵⁰ Une procédure aménagée pourra être pensée pour ceux qui pourraient prétendre à cette reconnaissance au regard de l'ancienneté de leur pratique et du suivi régulier des évolutions cliniques.

⁵¹ Au regard de l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 qui lui octroie la mission de veiller au maintien du principe de compétence.

⁵² Arrêté du 24 novembre 2011 relatif aux règles de qualification des chirurgiens-dentistes : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024892733>

Il arrive que certains professionnels s'auto qualifient, parfois dans d'autres disciplines odontologiques que celles correspondantes aux DES de spécialisation, ce qui ne les empêche pas d'afficher une exclusivité sur leur site en ligne. Il suffit pour s'en assurer de consulter les sites web dans lesquels les chirurgiens-dentistes affichent une exclusivité en « parodontologie », en « implantologie » etc. dont le caractère illégal échappe totalement au patient. Cet ordonnancement de la profession motivé par la cotation des actes pris en charge par les caisses d'assurance maladie répond à une logique financière plutôt qu'à une logique de santé publique.

Par ailleurs, si la profession n'y prend garde, l'augmentation des exclusivités peut réduire le chirurgien-dentiste de premier recours à ne pratiquer que des actes élémentaires, comme le détartrage, en réalisant une orientation quasi systématique vers des confrères plus expérimentés. Il en va pourtant de la pérennité même de la profession. Des retours du terrain, notamment par les URPS rencontrés, ont fait état de la disparition progressive, dans certains territoires, des compétences de base en soins dentaires. Or, dans les zones sous-denses, c'est justement le praticien de premier recours qui devrait pouvoir assurer la quasi-totalité des actes nécessaires à la population.

2. La préparation à l'entrée en troisième cycle commence dès le deuxième cycle

2.1. Les connaissances et les compétences attendues pour un omnipraticien découlent du manuel d'apprentissage dit « référentiel MONA »

La conférence des doyens souligne à quel point la formation en odontologie, bien que régie par un cadre réglementaire, peut varier d'une faculté à l'autre. Au cours de ses travaux portant sur la réforme du deuxième cycle des études en odontologie, elle a axé une grande partie de ses réflexions sur l'harmonisation des enseignements (théoriques, de simulation et cliniques) au sein de toutes les structures de formation des chirurgiens-dentistes, des plus anciennes aux plus récentes. L'absence de référentiel national identifié en troisième cycle court ne permet pas de définir clairement les attendus de ce cursus, ni en compétences ni en connaissances, alors que les étudiants des filières longues disposent de référentiels au travers des maquettes nationales de DES. Or, les étudiants en odontologie doivent être en capacité de réaliser des soins dès le début du deuxième cycle en autonomie progressive.

L'un des objectifs majeurs poursuivis par la réforme du deuxième cycle des études en chirurgie-dentaire⁵³ consiste à renforcer l'approche par compétences à l'aide d'un apprentissage actif. La réalisation d'un référentiel de connaissances et de compétences dénommé « Manuel d'apprentissage numérique en odontologie » (MONA) constitue le pendant pour l'odontologie du guide d'apprentissage proposé en médecine (Livre de suivi des apprentissages (LiSA)). Son contenu a été construit à partir du référentiel de l'association pour l'éducation dentaire en Europe (ADEE) par la Coordination nationale des collèges des enseignants en odontologie (CNCEO) en appui sur chacun des collèges et avec le concours de la conférence nationale des chefs de services d'odontologie, le tout en lien étroit avec la conférence des doyens d'odontologie.

⁵³ En 2023, par lettre de mission il est demandé au président de la conférence des doyens en odontologie de conduire un travail en vue d'une évolution pédagogique du deuxième cycle des études odontologiques. L'objectif est de mener « une réflexion sur l'évolution du deuxième cycle et notamment sur le diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques (DFASO) : l'objectif principal étant de permettre à l'ensemble des étudiants de bénéficier d'un parcours de formation homogène, leur conférant en fin de 2ème cycle d'un socle de connaissances et compétences les préparant au mieux à l'exercice de l'omni pratique de chirurgie dentaire. ». Les propositions devraient être remises avant la fin de l'année universitaire 2024-2025.

Encadré n° 3 : le manuel d'apprentissage numérique en odontologie MONA

Le guide d'apprentissage ainsi réalisé est basé sur un référentiel de compétences et de connaissances, articulés autour de situations cliniques.

Le référentiel de compétence est structuré autour de cinq domaines :

- professionnalisme ;
- pratique clinique ;
- approche centrée sur le patient ;
- odontologie et société ;
- recherche.

Les compétences à acquérir, sont précisées par des « attendus d'apprentissage » qui sont évaluables lors des stages autour de diverses situations cliniques, une quarantaine au total, en ayant été prédefinies.

Le référentiel de connaissances identifie celles :

- de rang A ; pour les connaissances identifiées comme indispensables ;
- de rang B ; connaissances devant être acquises par l'étudiant en fin de deuxième cycle pour qu'il soit apte dès le 1^{er} jour de la phase socle du DES qu'il a choisi, à exercer en tant qu'étudiant de troisième cycle ;
- de rang C ; connaissances afférentes au troisième cycle long.

Le guide d'apprentissage MONA constitue une avancée déterminante de la formation en odontologie. Il permet de clarifier le niveau d'exigence attendu en compétences et connaissances des étudiants de deuxième cycle, pour l'ensemble des UFR et départements d'odontologie.

Au-delà de son rôle pédagogique, ce référentiel pourrait également servir d'outil d'appui pour évaluer, de manière objective et homogène, les compétences cliniques acquises dans le cadre de formations étrangères, sans préjuger de la reconnaissance des diplômes, mais en recentrant l'analyse sur les compétences effectives des praticiens (voir à ce propos la partie 3.4).

2.2. La possibilité donnée aux étudiants de faire des remplacements : un levier de professionnalisation

Au préalable, la mission rappelle que le deuxième cycle s'achève au terme du dernier semestre par l'obtention du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT). Ce certificat autorise les étudiants à pratiquer l'art dentaire et de prescrire en exercice autonome au cours de l'année qui suit l'obtention du diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques (DFASO).

Comme stipulé dans l'article 12 du Bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche du 16 mai 2023⁵⁴, « *ce certificat est destiné à vérifier les compétences acquises par les étudiants au cours des deux premiers cycles d'études et leur capacité à synthétiser les connaissances acquises. Le jury de ce certificat doit être pluridisciplinaire* ». Bien que construite à partir d'un programme défini, l'organisation des épreuves du CSCT est à la main des facultés, certaines proposant uniquement un examen oral, d'autres combinant un examen oral à un contrôle des connaissances par écrit, voire y ajoutent un examen pratique⁵⁵. Il en découle une forte hétérogénéité des modalités et des contenus d'évaluation selon les facultés susceptibles de créer chez les étudiants un sentiment d'iniquité.

Parmi les propositions évoquées par les doyens des facultés d'odontologie, serait envisagée la fin du CSCT. Il s'agit de ne plus donner la possibilité aux étudiants à la suite de leur cinquième année d'effectuer des remplacements en cabinet dentaire. Par cette proposition, la conférence des doyens lèverait une ambiguïté : celle de permettre aux étudiants d'avoir un exercice de l'art dentaire en totale autonomie lors de remplacements en cabinet tout en maintenant un encadrement strict lors des deux stages (stage pratique et stage clinique) du troisième cycle court.

⁵⁴ Bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, numéro 20 du 16 mai 2023. Docteur en chirurgie dentaire, régime des études en vue du diplôme d'Etat :

<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo20/ESRS1308351A.htm>

⁵⁵ Voir la thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire de Mme Julie Birepintes soutenue le 17 septembre 2021 à l'université de Bordeaux : « Enquête nationale sur les modalités d'organisation du CSCT en odontologie – l'intérêt de l'harmonisation du CSCT pour les étudiants d'odontologie ».

La mission a auditionné les étudiants du troisième cycle court. Ils ont exprimé leur désaccord concernant cette hypothèse. Au-delà de l'aspect pécuniaire qui n'est pas négligeable, ils témoignent de l'apport de cette possibilité de remplacement via un apprentissage rapide du fonctionnement d'un cabinet libéral dans l'ensemble de ses dimensions. Des internes du DES ODF ont fait part à la mission de leur expérience, soulignant avoir profité du temps entre la fin de la cinquième année et le début de leur internat pour effectuer des remplacements, considérant également cet exercice comme un temps essentiel de leur formation pour un futur libéral.

Dans le cadre d'une audition de la mission, des représentants de l'URPS soulignent également l'importance de la possibilité donnée aux étudiants d'effectuer des remplacements dans le cadre de leur formation, insistant sur le fait que cela constitue parfois un moyen pour des chirurgiens-dentistes d'identifier un futur associé ou successeur ou tout le moins d'assurer une offre de soin estivale.

Bien que des ajustements sur les modalités d'évaluation pour l'obtention du CSCT puissent être envisagées par exemple, à l'aide d'une évaluation par des épreuves type Examen Clinique Objectif et Structuré (ECOS), la mission estime qu'il est essentiel de maintenir ce CSCT pour offrir aux étudiants une immersion complète dans toutes les dimensions de la prise en charge.

Le Code de la santé publique prévoit que le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes autorise l'étudiant à réaliser un remplacement (article L. 4141-4 CSP). Toutefois cette possibilité ne doit pas empiéter sur la formation elle-même.

La mission rappelle qu'il revient à l'UFR de veiller au maintien de cet équilibre, ce qui impose que l'autorisation de remplacement ne soit pas automatiquement accordée par l'UFR.

2.3. Deux scénarios pour l'accès au troisième cycle court et long sont envisageables

Aujourd'hui, l'accès aux trois DES se fait par un concours national d'internat en odontologie (ODT)^{56, 57} géré par le CNG comportant deux épreuves écrites : une épreuve rédactionnelle portant sur l'ensemble du programme de formation de la deuxième à la cinquième année et une épreuve de lecture critique d'articles. Il permet de répartir les candidats dans la spécialité de leur choix en fonction de leur classement, ainsi que dans les subdivisions où ces spécialités sont proposées.

L'accès au troisième cycle court s'inscrit dans la continuité du second cycle au sein de l'UFR ou département de formation et est accessible à tous les étudiants ayant validé leur deuxième cycle. Certaines facultés établissent un classement basé sur la sortie du second cycle afin de répartir les étudiants sur le territoire pour les stages cliniques, notamment lorsque la répartition ne peut être effectuée sur la base du volontariat seul.

La mission propose deux scénarios pour l'accès au troisième cycle court et long, chacun visant à garantir une évaluation équitable. Le premier scénario prévoit une épreuve dématérialisée nationale (EDN) pour tous les étudiants, tandis que le second distingue les épreuves : une épreuve nationale pour les candidats aux DES longs et une épreuve locale pour les candidats au troisième cycle court.

2.3.1. Scénario 1 : une épreuve dématérialisée pour tous

Ce scénario, porté par la conférence des doyens des facultés d'odontologie⁵⁸, propose une épreuve dématérialisée nationale (EDN) pour l'ensemble des étudiants souhaitant accéder au troisième cycle, qu'il soit court ou long. Cette épreuve s'ajouterait à la validation académique de l'année universitaire et permettrait d'évaluer les connaissances et compétences acquises à l'issue du second cycle, en s'appuyant sur le référentiel MONA.

⁵⁶ À titre d'illustration, voir l'arrêté du 20 février 2025 portant ouverture du concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2025-2026 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051234208>

⁵⁷ Au sujet du concours d'internat en odontologie (ODT) organisé par le CNG : <https://www.cng.sante.fr/concours-national-dinternat-en-odontologie-odt>

⁵⁸ Rapport de mission sur la réforme du deuxième cycle des études en odontologie, version provisoire de la conférence des doyens des facultés d'odontologie, fin janvier 2024.

Le dispositif comprend une note seuil de 14/20 pour accéder au troisième cycle, avec la possibilité d'une session de rattrapage afin d'éviter un redoublement. Il engendrerait deux classements distincts :

- un classement national pour l'accès aux Diplômes d'Études Spécialisées (DES) ;
- un classement de subdivision pour la répartition des étudiants dans les stages du troisième cycle court.

Ce modèle vise à garantir une homogénéité des compétences sur le territoire national et à ouvrir des possibilités telles que le droit au remord (réorientation après le concours) ou l'évaluation des chirurgiens-dentistes diplômés de l'Union européenne avant leur autorisation d'exercice en France⁵⁹.

Cependant, la mise en place d'un tel dispositif pose des contraintes organisationnelles importantes, avec des difficultés de calendrier, de préparation et de logistique similaires à ceux constatés dans les EDN de médecine⁶⁰. La mission exprime des réserves sur un tel dispositif, estimant que l'ampleur des moyens à mobiliser apparaît disproportionnée.

2.3.2. Scénario 2 : une épreuve nationale pour les candidats au DES longs et une épreuve locale pour les candidats à la sixième année

Ce second scénario repose sur une double approche :

- une épreuve dématérialisée nationale pour les candidats au troisième cycle long (DES) remplaçant le concours d'internat en odontologie (ODT) ;
- une épreuve locale, organisée par chaque subdivision, pour les étudiants souhaitant intégrer le troisième cycle court.

L'épreuve nationale pour les DES longs conserverait les principes d'une évaluation standardisée et équitable, basée sur le référentiel MONA. En parallèle, les épreuves locales pour le troisième cycle court seraient construites à partir d'une banque nationale de sujets, garantissant une certaine homogénéité tout en permettant aux facultés d'adapter l'organisation des examens à leurs contraintes spécifiques. Les universités pourraient ainsi choisir les dates et modalités d'évaluation selon leurs besoins. Cette banque nationale de sujets pourrait être hébergée par l'université numérique en santé et sport (UNESS)⁶¹.

Ce scénario offre une plus grande flexibilité aux facultés tout en maintenant un cadre national cohérent. Il permet également aux universités qui le souhaitent d'établir un classement interne pour la répartition des étudiants dans les stages. Néanmoins, il présente un risque de moindre harmonisation dans l'organisation des épreuves locales et une centralisation moins marquée de la gestion des stages du troisième cycle court.

2.3.3. Analyse comparative et choix de la mission

Les deux scénarios répondent à des logiques différentes : le premier scénario mise sur une uniformisation totale à l'échelle nationale, tandis que le second favorise une approche plus souple et adaptable aux réalités locales des facultés.

Le scénario 1 garantit un haut niveau d'harmonisation des compétences et permet d'intégrer des dispositifs comme le droit au remord ou l'évaluation des diplômés européens. Cependant, il implique une mise en œuvre lourde, avec des contraintes logistiques et organisationnelles majeures, qui ont déjà posé des difficultés en médecine.

Le scénario 2 maintient une exigence de compétences définie par le référentiel MONA tout en laissant aux facultés une plus grande marge de manœuvre pour organiser les épreuves locales. Cette approche allège les contraintes logistiques tout en préservant une évaluation rigoureuse des connaissances et compétences des étudiants.

⁵⁹ Ces EDN seraient imposés aux chirurgiens-dentistes diplômés de l'UE hors de France désireux de s'installer. L'évaluation permettrait d'identifier les manques disciplinaires de certains et les engager à suivre une formation avant de pouvoir s'installer.

⁶⁰ Pour les EDN de médecine, voir les éléments suivants sur le site du CNG : <https://www.cng.sante.fr/epreuves-dematerialisees-nationales-edn>

⁶¹ Université numérique en santé et sport (UNESS) : <https://www.uness.fr/>

Au regard de ces éléments, la mission privilégie le scénario 2, estimant qu'il représente le meilleur équilibre entre standardisation nationale et adaptation aux spécificités locales. Il garantit une évaluation des compétences conforme aux exigences académiques, tout en limitant les contraintes excessives de gestion au niveau national, réservées à l'accès aux DES longs. Ainsi, ce choix apparaît comme le plus pertinent pour garantir une transition fluide entre le second et le troisième cycle, tout en respectant les capacités d'organisation des facultés.

2.4. Un directeur et un projet de thèse clairement définis à l'issue du deuxième cycle pour permettre aux candidats au troisième cycle court de soutenir dans les délais

2.4.1. La désignation du directeur de thèse et le choix du sujet : un prérequis pour l'accès au troisième cycle court

La fin de la formation d'un chirurgien-dentiste, que cela soit à l'issue d'un troisième cycle long ou court, se conclut par la soutenance d'une thèse d'exercice qui confère le droit à l'impétrant d'exercer, sous réserve de l'autorisation de l'Ordre. Elle peut être soutenue par l'étudiant à compter du deuxième semestre du troisième cycle court et au plus tard à la fin de l'année civile (31 décembre) qui suit la validation du troisième cycle court⁶². Selon les facultés ou départements d'odontologie, la mission a constaté que le délai accordé aux étudiants pour soutenir est plus ou moins bien respecté. À titre d'exemple, dans une faculté visitée par la mission, près de 40 % des étudiants inscrits en troisième cycle court n'ont pas soutenu leur thèse avant le 31 décembre ce qui a nécessité l'obtention d'une dérogation pour une inscription universitaire supplémentaire⁶³. Cet allongement du délai à la soutenance de thèse tient à de multiples facteurs, notamment la définition d'un sujet et l'identification d'un directeur au plus tôt dans l'année universitaire.

Les enseignements d'initiation à la recherche dispensés au cours du second cycle doivent permettre aux étudiants de définir leur sujet de thèse et d'identifier le directeur de ces travaux à la sortie de la cinquième année d'études en odontologie. Cela doit conditionner l'inscription dans le troisième cycle court. En procédant ainsi, les étudiants pourront aborder dès le début de leur dernière année de formation le travail bibliographique et la collecte d'éléments complémentaires leur permettant de rédiger pas à pas leur thèse et d'envisager de la soutenir dans les délais. Grâce à cette visibilité, il sera plus aisé pour la faculté d'organiser les jurys de thèse suivant les critères définis⁶⁴.

2.4.2. L'inscription des étudiants en master recherche

La mission note que peu d'étudiants (moins de 10 %) ont validé un diplôme de master 1 à la fin de leur deuxième cycle. Pourtant, l'inscription en Master 1 a pour objectif de détecter et motiver les étudiants fortement intéressés par la recherche et les former à aborder dans les meilleures conditions la poursuite en Master 2 au plus tôt dans la formation du chirurgien-dentiste. À plus long terme, il s'agit de former ces étudiants par et à la recherche dans un domaine de santé préférentiellement pour leur permettre d'envisager une carrière hospitalo-universitaire (HU). La présence d'un ou plusieurs modules de cours autour de la démarche scientifique, l'appréhension des outils à la recherche bibliographique, etc. dans le parcours de l'étudiants en chirurgie-dentaire s'impose pour accompagner les étudiants vers le master.

L'offre de formation, souvent en biologie, dans les universités à composantes santé est généralement organisée de manière à ce que des étudiants des filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie puissent suivre des unités d'enseignement (UE) de niveau Master 1, voire valider certaines d'entre-elles par équivalence. Il est donc essentiel que les responsables et les enseignants des facultés d'odontologie puissent favoriser ces parcours ; cela passe par une organisation des emplois du temps permettant aux étudiants d'assister aux enseignements de master et d'être disponibles pour les épreuves de contrôle des

⁶² Bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, numéro 20 du 16 mai 2023. Docteur en chirurgie dentaire, régime des études en vue du diplôme d'État, voir les articles 21 à 25 : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo20/ESRS1308351A.htm>

⁶³ Sur la base de 351 étudiants inscrits en troisième cycle court à Bordeaux entre 2017 et 2024 (inscription en sixième année en septembre de l'année N), 208 soutenances ont été recensées avant le 31 décembre de l'année N+1.

⁶⁴ Bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, numéro 20 du 16 mai 2023. Docteur en chirurgie dentaire, régime des études en vue du diplôme d'État, voir l'article 22 sur la constitution des jurys : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo20/ESRS1308351A.htm>

connaissances et compétences. Cela implique également une organisation de l'année universitaire en odontologie qui donne le temps à l'étudiant d'effectuer son stage de master indispensable à la validation de cette première année de master. Bien que l'offre de formation de niveau master soit régulièrement en évolution, l'UNECD propose un recensement des masters accessibles aux étudiants d'odontologie université par université avec faculté d'odontologie⁶⁵. L'objectif final serait de permettre au plus grand nombre des étudiants de valider une première année de master à l'issue de leur deuxième cycle.

Ainsi les étudiants de troisième cycle, ou post troisième cycle, seront en capacité de s'inscrire en Master 2 de façon à préparer un parcours recherche qui leur ouvrira la possibilité de s'inscrire en thèse de doctorat pour un parcours hospitalo-universitaire, mais également de candidater aux postes d'enseignants-chercheurs mono-appartenant en odontologie générale (voir la partie 6).

3. La nécessaire réforme du troisième cycle court

Comme vu précédemment, la France n'a jamais disposé d'autant de chirurgiens-dentistes en exercice, ni compté autant de zones sous-denses, dans lesquelles la population doit faire face à une absence de prise en charge de soins de premier recours. Ces zones blanches touchent aussi bien les territoires ruraux avec une population vieillissante que des quartiers très urbanisés à la périphérie des grandes métropoles. L'absence de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients, éléments essentiels de l'activité des chirurgiens-dentistes omnipraticiens entraîne de graves conséquences pour la santé bucco-dentaire de ces populations, et au-delà sur leur état général.

Or, la formation odontologique dispensée dans les universités françaises est reconnue et s'avère particulièrement attractive. L'augmentation de près de 20 % du flux d'étudiants depuis 2021⁶⁶ à laquelle s'ajoute le flux de diplômés en provenance des pays étrangers, désormais aussi important que celui des chirurgiens-dentistes issus de nos formations universitaires permet d'envisager une amélioration de la situation démographique des chirurgiens-dentistes à moyen terme.

Mais si l'augmentation du nombre de diplômés constitue une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante pour pallier l'absence de soins bucco-dentaires dans de nombreux territoires. Avec le concours de l'ensemble des parties prenantes, il est nécessaire d'agir également sur la répartition territoriale des lieux de formation et notamment de stage, de favoriser les nouvelles installations en zone sous-dense et de prendre en compte les besoins des populations spécifiques, (petite enfance, handicap, personnes âgées dépendantes, etc.).

Ces constats montrent qu'il convient de trouver de nouvelles articulations entre la formation, l'installation des jeunes diplômés, et les soins de premier recours (cf. partie 3.2.2 infra) sur l'ensemble du territoire. Ces ajustements, en forme de défis, relèvent en grande partie du troisième cycle court qui concerne très directement près de 90 % du flux de diplômés en odontologie.

3.1. Le troisième cycle court actuel, une formation diplômante qui n'atteint que partiellement ses objectifs

Le troisième cycle court mis en place en 1974, « sixième année » de formation universitaire, constitue la cinquième année d'études spécifiquement odontologiques. Ce troisième cycle court comporte à l'évidence un objectif professionnalisaient avec par ordre croissant en nombre d'heures réalisées : une activité de soin clinique en milieu hospitalier ; un stage actif chez un praticien en exercice libéral, ou dans un centre de soin, des unités de valeur (UV) de cours et un temps réservé à la préparation de la thèse d'exercice.

3.1.1. Le cycle court actuel : organisation, objectifs et enjeux de la formation

Le troisième cycle court permet l'obtention du diplôme d'Etat (DE) de docteur en chirurgie dentaire. Au terme de cette sixième année d'étude, les étudiants sont aptes à l'exercice autonome de la profession. Leur

⁶⁵ Guide des masters de l'UNECD : <https://www.unecd.com/guide-des-masters/>

⁶⁶ En 2020, dernière année où le numerus clausus a été appliqué en odontologie, le nombre d'étudiants admis en première année du premier cycle des études dentaires autorisait 1 221 étudiants en formation. Les objectifs nationaux pluriannuels (ONP) 2021-2025 prévoient 7 265 étudiants sur cinq ans, soit 1 453 étudiants admis en première année, avec une tolérance de +/− 5 %. Les ONP sont très largement atteint sur l'ensemble du territoire, l'augmentation du nombre d'étudiants en formation est supérieure à 20 %.

installation peut se faire en mode libéral ou peut prendre la forme du salariat en fonction des lieux et des conditions d'exercice choisis. Ce diplôme d'État concerne plus des 90 % des étudiants en odontologie, l'autre voie offerte aux étudiants étant un troisième cycle long sanctionné par les diplômes d'études spécialisés (DES).

Le cycle court est régi par l'arrêté du 8 avril 2013⁶⁷ relatif au régime des études en vue de l'obtention du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. L'enseignement comprend un tronc commun conduisant à l'acquisition de compétences et de connaissances dans les domaines suivants : approfondissement disciplinaire ; santé publique ; insertion professionnelle ; préparation de la thèse. Il comprend également des unités d'enseignement optionnelles.

D'une durée de deux semestres, cet enseignement « permet à l'étudiant :

- *d'approfondir ses connaissances et de parfaire ses compétences cliniques de façon interdisciplinaire et, éventuellement, dans une orientation clinique particulière ;*
- *de participer à la continuité des soins et à la prise en charge de populations spécifiques ;*
- *de parfaire ses compétences dans le domaine de la communication avec le patient, son entourage et les autres professionnels ;*
- *de connaître les obligations réglementaires et médico-légales incombant à l'odontologue et de les mettre en pratique ;*
- *de prendre en compte la politique de santé publique dans le cadre de son exercice professionnel ;*
- *d'évaluer ses pratiques professionnelles dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ;*
- *de se préparer à la gestion du cabinet dentaire en vue de son futur exercice professionnel. »*

La formation théorique est complétée par une formation pratique et des stages en odontologie, hors odontologie et éventuellement à l'étranger. Ce cycle court vise à l'approfondissement de compétences cliniques mais il a également pour objectif le renforcement des compétences psychosociales, notamment en matière de communication (interaction avec le patient), des compétences réglementaires ainsi qu'en matière de gestion de cabinet. Ces aspects constituent en grande partie les fondements du troisième cycle qui a vocation à préparer l'insertion professionnelle.

Au cours des deux semestres d'une formation de 850 heures au minimum (cours, travaux dirigés, travaux pratiques et stages), les étudiants accomplissent un ou plusieurs stages hospitaliers pour un total d'au moins 450 heures et un stage actif d'initiation à la vie professionnelle auprès d'un chirurgien-dentiste, maître de stage agréé. Ce dernier, d'une durée de 250 heures, doit permettre à l'étudiant de mettre en application dans le cadre d'une autonomie contrôlée les compétences acquises au cours de son cursus d'études. Ce stage est effectué soit à temps plein, soit à temps partiel. Les 150 heures restantes sont dédiées aux enseignements.

3.1.2. Le bilan du cycle court actuel, essentiel dans la formation des chirurgiens-dentistes, met en lumière des points de fragilités

L'activité clinique en troisième cycle court reste majoritairement réalisée en CHU

C'est généralement à compter de cette sixième année, que les unités de formation et de recherche (UFR) ouvrent des stages pour leurs étudiants dans des centres hospitaliers périphériques⁶⁸. Si cette pratique tend à se développer, elle est loin d'être généralisée. Les obstacles sont notamment économiques. Les agences régionales de santé incitent les centres hospitaliers à s'engager dans l'accueil d'étudiants de sixième année, en lien avec l'UFR de la subdivision afin de renforcer l'activité de soin dans ces zones. Les facultés y trouvent un intérêt dans la mesure où le départ des étudiants de sixième année permet de rendre disponible des

⁶⁷ Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, chapitre II : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027343802/>

⁶⁸ Certaines UFR envoient dès la cinquième année, certains de leurs étudiants en stage clinique dans le service hospitalier odontologique de la subdivision dont elle accueillait traditionnellement les étudiants pour l'intégralité de leur cursus odontologique. Avec la création des nouvelles formations, ces flux transrégionaux ont vocation à s'éteindre. Ainsi, en 2025-2026, l'UFR de Lille enverra sa dernière promotion de cinquième année des étudiants issus de l'université de Rouen au CHU de Rouen.

fauteuils en milieu clinique tout en libérant des créneaux pour les encadrants. Les étudiants y trouvent également un intérêt d'un point de vue pédagogique dans la mesure où ils découvrent un environnement totalement nouveau par rapport au centre de soin dentaire rattaché au CHU où ils ont réalisé l'intégralité de leur activité clinique de deuxième cycle. Si de plus, le stage actif se déroule à proximité du centre hospitalier (cas de l'UFR de Nantes dans ses antennes du Mans, de Château-Gontier-sur-Mayenne, etc.), les étudiants bénéficient d'une véritable immersion loin de la métropole d'origine, ce qui nécessite la mise en place d'un suivi rigoureux par l'UFR.

De nombreux centres hospitaliers rencontrent des difficultés budgétaires ce qui les limite dans leur capacité à investir dans les infrastructures et les équipements nécessaires à l'accueil des étudiants en stage clinique. Lors des visites de terrain réalisées par la mission, celle-ci a pu constater que le financement d'un fauteuil supplémentaire peut nécessiter plusieurs années, ce qui ne permet pas aux UFR d'organiser la répartition de leurs étudiants avec suffisamment de fluidité dans les territoires de leur subdivision.

L'intérêt d'orienter les étudiants vers ces territoires est largement reconnu par l'ensemble des parties prenantes, en particulier les étudiants eux-mêmes. Les obstacles à la généralisation de cette nouvelle organisation ne pourront être levés que par un engagement de toutes les parties dans une refonte de leur cadre et organisation. Dans ce contexte financier contraint, la question de la mutualisation des investissements se pose de manière cruciale. Elle doit relever d'une approche territoriale, et le GHT demeure l'échelon le plus adapté pour définir la stratégie d'investissement, des financements croisés avec les collectivités locales sont possibles⁶⁹.

Le stage actif dont le cadre pédagogique est insuffisamment respecté

La durée du stage actif auprès d'un chirurgien-dentiste est de 250 heures. Il « doit permettre à l'étudiant de mettre en application, dans le cadre d'une autonomie contrôlée, les compétences acquises au cours de son cursus d'études » (article 20 de l'arrêté du 8 avril 2013 précité).

Le séquencement du stage est différent selon les UFR : le stage est soit massé vers la fin de l'année soit filé avec une alternance entre l'hôpital et le cabinet en ville. Le contenu et la pratique effectivement réalisés par le stagiaire sont très variables. Ainsi, selon une enquête menée par l'Union nationale des étudiants de chirurgie-dentaire (UNECD) auprès des étudiants en odontologie concernés, près de 40 % de ces stages actifs seraient plutôt « passifs » avec beaucoup d'observation et peu de pratique⁷⁰. Cette hétérogénéité entre les niveaux de responsabilité confiée au stagiaire par son maître de stage a été confirmée lors des échanges entre la mission et les étudiants rencontrés à l'occasion des déplacements au sein de différentes facultés d'odontologie. Certains étudiants évoquent une relation établie sous forme d'un compagnonnage fructueux, tandis que d'autres rapportent que dans le meilleur des cas, ils ont seulement observé le praticien. Outre la relation établie par le maître de stage avec son stagiaire, il existe un certain nombre de paramètres qui conditionnent le stage : le lieu d'accueil (zones denses ou sous-denses, cabinets libéraux ou cabinets mutualistes, etc.), l'existence d'un fauteuil effectivement disponible pour le stagiaire, la présence d'un assistant dentaire, le mode d'organisation et de fonctionnement du cabinet.

Le principe d'« autonomie contrôlée » prévu par le texte encadrant les conditions du stage actif des étudiants de sixième année doit être rendu plus opérationnel : il doit être défini, compris et mis en œuvre sur chaque lieu de stage.

Un sentiment d'impréparation à l'exercice libéral

Les échanges avec les étudiants de troisième cycle ont confirmé un besoin de pratique supplémentaire. Ce dernier s'explique pour partie par un nombre de vacations cliniques en milieu hospitalier inférieur à ce qui

⁶⁹ La loi n° 2022-217 du 21 février 2022, dite loi 3DS, relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et la simplification de l'action publique locale, permet désormais aux collectivités territoriales (communes, intercommunalités, départements, régions) de financer volontairement les projets d'investissement des établissements de santé (publics, ESPIC et privés). Ce soutien est possible à condition que ces projets respectent les objectifs fixés par les schémas régionaux ou interrégionaux de santé.

⁷⁰ « La sixième année, sondage 2023 » de l'UNECD présenté lors des 8èmes Universités d'été des chirurgiens-dentistes de France (CDF) organisées au Cap Esterel du 19 au 21 septembre 2024. Près de 25 % des répondants jugent le stage passif en assistantat et 14,3 % le considèrent comme passif en observation. Seuls 24,8 % des répondants le jugent actif à 100 %.

est prévu dans les enseignements de second cycle et plus précisément en quatrième année (DFASO 1)⁷¹. Dans de nombreuses UFR, les étudiants de quatrième année n'ont pas bénéficié des cinq vacations prévues par semaine se contentant de trois à quatre demi-journées par semaine en moyenne sur l'année. Ces séquences d'activité clinique perdues ne sont pas toujours compensées par d'autres modules de formation, sauf, le cas échéant par des temps d'observation d'internes, de praticiens hospitaliers, d'assistants dentaires, ou encore par des activités qui ne sont pas constituées de soins aux patients. Parmi les raisons principales de ce constat figurent : le nombre insuffisant de fauteuils, des temps d'attente liés à la validation des protocoles ou actes de soins au regard du nombre d'encadrants disponibles, ou simplement le manque d'encadrants.

En sixième année, ce sentiment d'un manque de préparation exprimé là encore par les étudiants au sujet du corpus réglementaire d'une façon générale, concerne également les pratiques de gestion du cabinet notamment leurs aspects réglementaires, la codification des actes, la maîtrise des logiciels patients, etc. alors même que des enseignements en la matière sont prévus par l'arrêté du 8 avril 2013 cité précédemment.

Encadré n°4 : un sentiment d'impréparation qui contribue à une santé mentale dégradée des étudiants

Au-delà des rencontres avec les étudiants du troisième cycle court, la mission a eu largement l'occasion d'échanger avec des étudiants de deuxième cycle ou des internes lors des visites ainsi qu'avec les organisations représentatives des étudiants⁷². Un questionnaire (voir annexe 3) a été adressé auprès des étudiants avec 617 répondants inscrits en deuxième cycle et 165 en troisième cycle court (sixième année). Les échanges et les questionnaires conduisent la mission à relever plusieurs constats préoccupants :

- pour 55 % des répondants inscrits en troisième cycle, leur formation a un impact fort sur leur santé mentale (la proportion est similaire chez les répondants inscrits en deuxième cycle) ;
- la première cause mise en avant est l'impression de ne pas maîtriser les compétences principales du métier (plus de la moitié des répondants cite cette cause qu'ils soient inscrits dans le deuxième cycle ou troisième cycle court) ;
- la seconde cause est également commune aux deux groupes d'étudiants questionnés à savoir le manque de préparation aux actes thérapeutiques (pour la moitié des répondants en deuxième cycle et 45 % des répondants en troisième cycle court).

S'il n'entrait pas dans le périmètre de la mission d'examiner spécifiquement la question de la santé mentale des étudiants, cette problématique se retrouve au cœur d'un des enjeux majeurs assignés à la réforme du troisième cycle à savoir rendre la formation plus professionnaliste afin de mieux accompagner les étudiants vers une insertion professionnelle sereine, condition essentielle, de surcroit, pour un exercice de qualité au service des patients et de la population.

En résumé, l'actuel troisième cycle court se caractérise par une forte hétérogénéité de la formation entre les quinze UFR qui le dispensent aujourd'hui. Contrairement aux deux premiers cycles, il ne débouche pas sur un diplôme universitaire. Les différents aspects de l'insertion professionnelle doivent être mieux intégrés dans le cursus et le stage actif qui ne remplit pas pleinement son rôle en matière d'insertion. La mission regrette également que ce cycle d'étude ne soit pas ouvert aux formations dispensées en cycle long. Plusieurs types de remédiations sont envisageables, notamment à travers la mise en place d'un DES en odontologie générale.

3.2. La mise en place d'un DES en odontologie générale, une évolution nécessaire

Afin de répondre aux points de fragilité exprimés ci-dessus, la mission propose de convertir l'actuelle sixième année de formation des chirurgiens-dentistes en une année diplômante sous la forme d'un DES d'odontologie générale, sans conférer pour autant le statut d'interne aux étudiants qui suivront cette année de formation.

⁷¹ Article R. 6153-64-1 du Code de la santé publique : « *Le temps de présence en formation pratique des étudiants hospitaliers en odontologie est fixé à cinq demi-journées par semaine en moyenne sur douze mois. Ils prennent part aux cours, contrôles et examens sur leur temps de présence universitaire* »

⁷² Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD), Syndicat National des Internes en Odontologie (SNIO), Association Nationale des Internes en Chirurgie Orale - ANICO

3.2.1. Les éléments clefs justifiant cette évolution sont constitués par le renfort de l'omnipratique, l'harmonisation des formations de santé et du cadre statutaire des chefs de clinique (CCU-AH)

Reconnaître l'omnipratique en art dentaire comme une spécialité en tant que telle

Aujourd’hui, un étudiant sortant du deuxième cycle des études en odontologie est considéré comme possédant les bases essentielles à la pratique de l’art dentaire, comme l’atteste la délivrance du CSCT qui lui donne la possibilité d’effectuer des remplacements en cabinet dentaire. Il lui reste ensuite à acquérir une expertise complémentaire pour renforcer ses compétences soit en omnipratique soit dans l’une des spécialités (cf. partie 4 infra). En effet, il ressort des entretiens conduits par la mission que l’émergence de nouvelles pratiques liée tant à des évolutions technologiques qu’à la prise en compte de pathologies spécifiques de certains patients⁷³ ainsi que l’évolution des protocoles de soins impliquent de renforcer la formation de sixième année et, par conséquent, de reconnaître l’omnipratique comme une spécialité à part entière.

Poursuivre la volonté des ministères de tutelle d’homogénéiser l’offre de formation en santé

Les DES pharmacie officinale et de pharmacie industrielle seront créés en substitution des actuelles sixières années correspondantes. Ces deux DES d’une année ont également permis de revoir les attendus en termes de compétences, en prolongeant, par exemple, le stage en officine ou dans l’industrie ainsi que les modalités concernant le mémoire et la soutenance de la thèse d’exercice qui conclut cette formation⁷⁴. De la même façon, les études de maïeutiques ont connu récemment une importante évolution⁷⁵ avec la création d’une sixième année sanctionnée par un diplôme d’État de docteur en maïeutique après la soutenance d'une thèse d'exercice.

Le cycle court des études d’odontologie est constitué actuellement par la sixième année qui a été mise en place en même temps que l’internat non qualifiant en 1994. Jusque-là, les études de chirurgie dentaire ne duraient que cinq années. Cette voie, choisie par neuf étudiants sur dix, souffre néanmoins d’un manque de reconnaissance, car elle ne débouche pas sur un diplôme universitaire, contrairement aux deux premiers cycles. Il serait très dommageable que l’odontologie demeure une discipline de santé dont le troisième cycle court ne fasse pas l’objet d’une reconnaissance sous forme d’un titre universitaire.

Aligner la diplomation avec les conditions de recrutements des CCU-AH en application du décret du 13 décembre 2021

À l’instar des études de pharmacie⁷⁶, dans le cadre de l’harmonisation des conditions de recrutement des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires prévue dans le décret précité, le diplôme d’études spécialisées est dorénavant exigé pour être recruté en qualité de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux (CCU-AH). La création du DES OG permet de répondre à cette condition dont l’objectif est de placer sous un régime unique les parcours et les carrières des personnels hospitalo-universitaires.

Les entretiens conduits par la mission révèlent que de nombreux étudiants de troisième cycle (court ou long) souhaitent prolonger leur formation par deux années de clinicat avant de s’installer en libéral. Parmi les motivations évoquées, le souhait de perfectionner leur pratique, mais surtout celui de contribuer à l’encadrement des étudiants de deuxième et troisième cycle lors de leurs vacations ou stages cliniques (une manière de rendre à la collectivité ce qu’ils ont reçu) a été fréquemment exprimé.

Cette contribution est indispensable à la bonne marche des centres de soins dentaires des CHU. Cependant pour les étudiants du troisième cycle court, cette perspective s’éloigne si la sixième année ne peut être reconnue comme un DES, diplôme qui est par ailleurs requis pour être recruté en tant que CCU-AH. Ainsi, la

⁷³ Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque, patients porteurs de pathologies lourdes associées à des risques médicaux, des risques médicamenteux et des complications post-opératoires, patients polymédiqués, etc.

⁷⁴ À titre d’exemple, les grandes lignes de la réforme du troisième cycle des études de pharmacie sont résumées ici : <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/les-reformes-des-etudes-de-pharmacie-en-officine-et-industrie-attendues-pour-2022.html>

⁷⁵ Arrêté du 3 juillet 2024 relatif au régime des études en vue du diplôme d’État de docteur en maïeutique : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049880850>

⁷⁶ Décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires.

création d'un DES OG, assortie de dispositions transitoires visant les anciens diplômés, est-elle une nécessité pour maintenir le vivier de recrutement des chefs de clinique et maintenir l'encadrement des étudiants en 1^{er} et 2^e cycles. Les contours de ce DES OG sont à préciser, afin d'en clarifier le positionnement et de renforcer la professionnalisation des futurs chirurgiens-dentistes amenés à exercer dans ce champ.

Recommandation n° 1 : Créer un diplôme d'études spécialisées en odontologie générale (DES OG) délivré à l'issue du troisième cycle court, en adoptant des dispositions transitoires à l'attention des anciens diplômés, afin de leur permettre de disposer d'une équivalence avec le DES dans des conditions à déterminer.

Afin de clarifier le positionnement de ce diplôme visant principalement à renforcer la professionnalisation des futurs CD, la mission propose d'en définir les contours en cohérence avec les attendus du métier d'odontologue généraliste et les besoins de santé.

3.2.2. Le métier d'odontologue généraliste : un omnipraticien concourant aux soins de premier recours

Pour la mission, afin d'assoir son existence sur les besoins en santé publique auxquels il doit répondre, de disposer d'une cohérence interne au regard des actes pratiqués, d'une attractivité suffisante pour développer son rôle de formation, un DES doit correspondre aussi clairement que possible à un métier.

Le métier d'odontologue généraliste a vocation à irriguer l'ensemble du territoire. Par son activité d'omnipraticien, le chirurgien-dentiste participe aux soins de premier recours⁷⁷. Selon l'article L. 1411-11 du Code la santé publique : « *L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. (...) Ces soins comprennent : 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. »*

Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD), les sociétés savantes et les organisations représentatives de la profession⁷⁸, interrogés au sujet de la possibilité de dresser la liste des soins de premier recours en matière de médecine bucco-dentaire s'accordent à dire qu'il paraît délicat d'établir une liste car cela risquerait de définir un cadre rigide qui deviendrait rapidement un carcan. Ils proposent ainsi une définition liée à la nature de l'activité et arrivent à la conclusion qu'« *un chirurgien-dentiste réalise des soins de premier recours s'il produit une activité en omnipratique dans le cadre d'une prise en charge globale quel que soit l'âge du patient et la diversité des actes réalisés et s'il effectue les actes de prévention, de dépistage, de diagnostic, le traitement et le suivi des patients. »*

Grâce à son expertise, le chirurgien-dentiste généraliste assure la prise en charge des patients, tout en leur garantissant un parcours de soin optimal, gage d'une santé globale en raison des liens entre affections systémiques et santé orale. Si les soins ne peuvent être pris en charge par le généraliste en raison de leur complexité, celui-ci oriente le patient à un spécialiste pour des soins de deuxième recours, et, le cas échéant, dans une structure hospitalière pour un troisième niveau de soin nécessitant un plateau technique important ou une médecine de pointe. Il est important de souligner que dans ce cadre d'omnipratique, tous les patients sont concernés, sans distinction et quel que soit l'âge. Il a été signalé à la mission que certains cabinets refusent de prendre en charge des mineurs⁷⁹.

⁷⁷ Articles L. 4130-1 et L. 5125-1-1a du CSP précisent que les praticiens de premier recours sont les médecins généralistes et pharmaciens. Les chirurgiens-dentistes participent aux soins de premier recours mais ne sont pas des praticiens de premier recours.

⁷⁸ Soins de premier recours : une définition en médecine bucco-dentaire. V20/11/2024 (article cosigné par le CNOCD, l'ADF, l'UFSBD, l'ANCD, la FSDL et les CDF). <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2024/11/R-une-defintion-des-soins-1%C2%BO-recours-V20.11.2024.pdf>

⁷⁹ Selon le Conseil de l'ordre (Ibid) : « *La notion de premier recours se superpose avec celle de soins primaires., initialement développé par l'OMS à destination des pays en voie de développement. Mais elle est déclinée de façon plus générale (...) afin de satisfaire à une large majorité des besoins de santé, dans une approche familiale et communautaire. L'offre proposée doit être la plus large possible et donc toute offre restrictive (que ce soit d'un point de vue des patients pris en charge ou du type d'acte proposé) n'est pas communautaire, elle n'est pas familiale, et donc, elle n'est pas de premier recours. »*

Ainsi, le métier d'odontologiste généraliste répond à un enjeu de santé publique car il s'agit de concourir aux soins de premier recours. Il constitue le pilier de la prévention et des soins de premier recours au niveau de la cavité buccale, et il est le garant de l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous.

3.3. Un DES OG au service d'une meilleure insertion professionnelle renforçant l'omnipratique

3.3.1. Le stage actif, un élément structurant de la transition vers l'exercice professionnel

Comme la mission a pu le constater, le stage actif est un élément essentiel de la professionnalisation de la formation des futurs chirurgiens-dentistes. À la fois par la diversité des patients rencontrés en cabinet de ville, et par l'appréhension progressive de l'ensemble des tâches qu'implique un exercice libéral, ce stage diffère des stages cliniques réalisés en milieu hospitalier au cours du second cycle mais aussi au cours de cette sixième année. Pour autant, comme il a été relevé, ce stage actif peut ne pas répondre aux attentes de la formation, soit en raison d'une autonomie trop limitée accordée aux étudiants, soit en raison d'un temps de pratique trop courts pour embrasser l'ensemble des actes de l'art dentaire en omnipratique hors du milieu hospitalier, soit encore du fait d'une insuffisance de pratique en matière de gestion.

Par conséquent, la mission recommande de porter la durée de stage à 400 heures, contre 250 heures actuellement ce qui assurera aux étudiants d'une part, une meilleure connaissance de leur futur milieu d'exercice professionnel, et, d'autre part, une pratique plus conséquente en dehors du milieu hospitalier avec des plateaux techniques différents, un rythme de travail et des habitudes spécifiques. Il s'agit de leur permettre de renforcer leur expertise en matière de compétences, de mode de travail, de mise en œuvre de pratiques managériales et relationnelles tout en partageant et développant une culture et une identité professionnelles.

À la fois pour élargir le spectre des compétences et connaissances des étudiants et d'assurer la meilleure couverture territoriale possible des terrains de stage, la mission propose que ce stage de 400 heures puisse être converti dans toute la mesure du possible en deux stages de 200 heures chacun suivant les projets des étudiants dans le cadre d'une discussion avec l'équipe pédagogique de l'UFR. L'un des deux stages pourrait être effectué dans un cabinet avec pratique exclusive par exemple. Ou bien, alors que le premier stage serait réalisé en ville, le second pourrait l'être en périphérie, voire en ruralité. Pour autant, il reste absolument nécessaire qu'au moins un des deux stages de 200 heures soit un stage en omnipratique.

Recommandation n° 2 : Renforcer le stage actif du DES OG en le portant à 400 heures et, suivant le projet de l'étudiant et avec l'accord de l'équipe pédagogique, idéalement réparti en deux stages de 200 heures dont l'un, au moins, à effectuer en omnipratique.

3.3.2. Le maître de stage universitaire en odontologie garant de la qualité de l'encadrement du stage actif

Le stage actif doit être davantage encadré dans ses finalités. La réglementation prévoit que ce stage s'effectue en « autonomie contrôlée »⁸⁰. S'il paraît évident que certains actes⁸¹ méritent d'être observés dans un premier temps, il sera nécessaire de sensibiliser les maîtres de stage universitaires en odontologie (MSUO) à la nécessaire progressivité dans l'autonomie accordée aux stagiaires. Cette progressivité peut s'illustrer dans trois types de positionnement pour l'étudiant :

- un simple statut d'observateur ;
- une pratique en autonomie supervisée (supervision directe par le chirurgien-dentiste et appui si nécessaire) ;
- une pratique en autonomie supervisée indirecte (échanges asynchrones⁸² concernant le patient, adaptation du protocole de soin le cas échéant).

Le suivi et l'évaluation du stage pratique doivent rendre compte de cette diversité.

⁸⁰ Article 2 de l'arrêté du 16 mai 2023 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire.

⁸¹ Il s'agit de ceux qui n'auraient jamais été réalisés par le stagiaire ou qui se révèlent complexes.

⁸² Même si le maître de stage doit être présent au sein de la structure lorsque l'étudiant intervient sur un patient.

Afin que le stage actif puisse être bénéfique pour l'étudiant, des temps de pratique en autonomie supervisée sont essentiels. Il est en conséquence indispensable qu'un fauteuil, et son environnement, soit disponible tout le temps de présence du stagiaire. Autrement dit, soit le cabinet dispose d'un fauteuil en surnuméraire, soit l'organisation du temps de travail assure un temps de fauteuil disponible suffisant. Il ne s'agit pas pour la mission de réglementer de manière précise le sujet mais de sensibiliser le MSU sur cette obligation afin qu'il s'engage en pleine connaissance de cause.

L'encadrement des étudiants réalisant des stages dans le secteur libéral doit être davantage formalisé et reconnu. Actuellement, les professionnels exerçant en libéral n'ont pas accès au statut de maître de stage universitaire (MSU). L'accueil des stagiaires ne s'inscrit donc pas dans un cadre donné et ne donne lieu à aucune reconnaissance particulière. L'identification des terrains de stage se fait de manière informelle malgré des initiatives relayées par les ARS avec des pages dédiées à manifestation d'intérêt pour un tel tutorat d'étudiants pour des stages en sixième année comme en témoigne l'exemple de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes⁸³.

À l'inverse, le statut de MSU permet aux médecins généralistes d'accueillir des étudiants en stage dans leur cabinet. Ce statut renforce également la constitution d'un réseau dans la perspective de remplacements ou de reprises de cabinet.

Encadré n° 5 : statut et modalités de recours aux MSU en médecine générale

Pour devenir MSU, un médecin doit exercer une activité libérale depuis au moins trois ans pour accueillir un interne. C'est l'Agence régionale de santé (ARS) qui agrée les lieux de stage ainsi que les praticiens maîtres de stage, sur avis de l'Ordre des médecins. La durée de l'agrément est de cinq ans.

Le MSU perçoit des honoraires pédagogiques dont les modalités de versement sont précisées par l'arrêté du 27 juin 2011 modifié relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine⁸⁴. Leur montant forfaitaire est fixé à 600 € bruts par mois de stage et par étudiant.

Le praticien doit se former à la pédagogie en suivant un cursus particulier de maître de stage. Les indemnités compensatrices de perte de ressources professionnelles pour le temps dédié à la formation sont estimées forfaitairement à 375 € par jour, dans la limite de deux jours de formation, soit 750 € par maître de stage formé.

La création d'un tel statut apparaît aujourd'hui indispensable pour les étudiants en DES d'odontologie générale afin que leur encadrement soit pleinement reconnu mais aussi pour favoriser le développement de stages sur l'ensemble du territoire. Il permet également aux praticiens d'enrichir leur pratique professionnelle grâce à l'échange avec des étudiants en formation.

Ce statut spécifique pourrait être accessible après trois ans de pratique libérale et sous réserve d'avoir suivi une formation dédiée.

La mission identifie la maîtrise de stage universitaire en odontologie comme un levier stratégique essentiel pour atteindre la qualité des stages attendue dans le cadre du DES OG. Elle considère que les modules de formation devraient être inscrits parmi les nouvelles orientations nationales prioritaires du développement professionnel continu (DPC) 2026-2028 pour en garantir la pérennité et l'efficacité.

Comme pour les médecins, la fonction de maître de stage serait soumise à un agrément accordé par les ARS, après avis du directeur de l'UFR d'odontologie et du Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Elle serait rémunérée pour chaque étudiant accueilli.

Cette mesure nécessite une disposition législative, à l'image de ce qui a récemment été fait pour les études de maïeutique. La loi n° 2023-29 du 25 janvier 2023, visant à faire évoluer la formation de sage-femme, a ainsi une disposition spécifique à l'article L. 4151-9 du Code de la santé publique⁸⁵.

⁸³ Portail des professionnels de santé en Auvergne-Rhône-Alpes L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, en partenariat avec l'Assurance Maladie, qui propose un point d'entrée unique pour accompagner les professionnels de santé : <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/devenir-maitre-de-stage-et-acceuillir-des-stagiaires-8>

⁸⁴ Voir également les circulaires DGOS/R1 campagnes tarifaires 2017 et 2018

⁸⁵ « Art. L. 4151-9-1.-Les étudiants de deuxième et de troisième cycles de maïeutique peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de sages-femmes agréées maîtres de stage des universités, dans des conditions fixées par décret. » « Les conditions de l'agrément des sages-femmes agréées maîtres de stage des universités, qui comprennent une formation obligatoire auprès de l'université de leur choix ou de tout autre organisme habilité, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Estimation du coût généré par la rétribution des MSUO

La rémunération des MSUO est calculée sur la base du mois constitué de quatre semaines de 35 heures. Chaque étudiant dispose de 2,86 mois d'encadrement. Pour 1 500 étudiants, l'estimation du coût des honoraires pédagogiques des MSUO s'élève à 2,574 M€.

Chaque maître de stage perçoit 858 € d'honoraire pédagogique pour un encadrement de 200 heures.

Une partie des MSUO pourra encadrer deux stagiaires à des périodes distinctes de l'année, ce qui réduit le nombre de maître de stage à former. Avec une hypothèse de 2 500 maîtres de stages nécessaire, compte-tenu de l'accueil de deux stagiaires sur l'année par une partie d'entre eux, le montant de la compensation de ressources professionnelles pour deux jours de formation s'élève à 1,875 M€ pour l'initialisation de la démarche, elle est ensuite réduite au turnover des MSUO et à l'actualisation des formations.

Tableau n° 4 : Estimation du coût de la création du statut de MSUO

| Honoraires et compensations | Volume | Coût total estimé | Financeur |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Mensualisation : 400 h/140 h mois = 2,86 Honoraires pédagogiques : 600 € bruts Coût par étudiant : 1 716 € | 1 500 étudiants | 2,574 M€ | ONDAM ⁸⁶ |
| <u>Compensation pour perte de ressources professionnelles</u> : 750 € pour chaque MSUO. | Nombre de MSUO estimé : 2 500, | Initialisation 1,875 M€ Puis actualisation 0,250 K€ environ. | ONDAM |

Source : la mission, avril 2025.

Le niveau et les modalités de formation des tuteurs restent à préciser dans le cadre d'un cahier des charges dont la conférence des doyens, en lien avec les représentants de l'ONCD pourrait fixer le cadre général.

Recommandation n° 3 : Créer et financer un statut de maître de stage universitaire en odontologie (MSUO) sur le modèle des dispositifs existants aujourd'hui en médecine (pour les médecins de ville) et maïeutique (pour les sages-femmes).

Recommandation n° 4 : Définir un cahier des charges pour la formation des MSUO incluant deux jours de formation universitaire.

3.3.3. La nécessaire gratification des étudiants en stage actif

L'indemnisation du stagiaire durant le stage n'est pas obligatoire. Toutefois, une gratification peut être prévue, à condition d'être mentionnée dans la convention. Son montant est librement déterminé entre les parties. La mission a constaté des pratiques très diverses sur le terrain. Il serait souhaitable d'harmoniser les usages en la matière. Deux scénarios sont envisageables : soit une gratification comme elle est prévue dans les textes pour tous stagiaires, soit une reconnaissance de l'activité comme elle l'est pour les internes en première année de médecine et probablement retenue pour les étudiants inscrits dans l'un des deux futurs DES court de pharmacie.

Première hypothèse : une gratification selon le régime général

L'allongement de la durée du stage actif renforce la question de la gratification. « *Lorsqu'au cours d'une même année scolaire ou universitaire, la durée du stage est supérieure à deux mois (ou 44 jours sur la base de 7 heures par jour ou à partir de la 309^{ème} heure) consécutifs ou non au sein d'un même organisme d'accueil, une gratification doit être versée par l'employeur. Son montant ne peut être inférieur à 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale* »⁸⁷. Cette gratification sera alors exonérée de cotisations sociales. Elle

⁸⁶ L'Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) hospitalier comporte des dotations pour des missions d'intérêt général (MIG), dont les MERRI qui financent notamment la rémunération des étudiants en santé.

⁸⁷ Au sujet de la réglementation des gratifications de stages : <https://www.urssaf.fr/accueil/employeur/embaucher-gerer-salaries/embaucher/stagiaire-etudiant.html>

représentait 4,35 € de l'heure en 2025 soit pour 35 heures par semaine (avec un mois de quatre semaines) une gratification minimale de 609 € par mois.

Un stage actif de 400 heures, s'il a lieu au sein de la même structure, le stage impose nécessairement une gratification. Or, la mission incite à la réalisation de deux stages de 200 heures, si possible, dans deux structures d'accueil différentes. Afin de garantir une rémunération entrant dans le cadre règlementaire des gratifications, il convient de prévoir le principe d'un stage de 400 heures adossé à un maître de stage principal assurant le portage de la gratification globale, tout en s'accordant avec un second MSUO pour le déroulé des 200 heures s'effectuant dans un cadre distinct.

La couverture en responsabilité des actes réalisés dans le cadre de ces stages devra être organisée de telle sorte que l'ensemble des situations (étudiants-patients-maitres de stage universitaire) soient prises en charge.

Seconde hypothèse : une rémunération équivalente aux étudiants de première année d'internat

Dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études de pharmacie, les formations de sixième année pour les filières de pharmacie officinale et de pharmacie industrielle devraient prochainement devenir des DES. Au moment où la mission rédige ce rapport, les textes sont en préparation et ne devraient pas tarder à paraître. Il ressort que pour le futur DES de pharmacie officinale, les étudiants, dont le statut n'est pas celui d'internes, devraient bénéficier d'une rémunération équivalente à celle des étudiants de première année d'internat, soit environ 1 200 € mensuel. Dans un souci d'homogénéisation de l'offre de formation et de sa reconnaissance en troisième cycle court, la mission s'interroge sur la possibilité d'appliquer aux étudiants du DES OG les décisions prises pour les étudiants du DES de pharmacie officinale. Il est à noter qu'une différence majeure existe entre les deux formations à savoir la durée du stage en officine d'une durée supérieure à six mois contre 400 heures pour le stage actif.

Par conséquent la mission recommande la première hypothèse et que tous les étudiants en stage actif puissent bénéficier d'une gratification suivant le régime général, qu'il y ait un ou deux lieux d'accueil, ceux-ci relevant d'une convention unique de stage.

Pour accompagner les étudiants dans la perspective du renforcement des stages actifs auprès d'un praticien-maître de stage, une gratification doit être envisagée ainsi qu'une indemnité forfaitaire de transport et d'hébergement.

En s'inspirant de ce qui existe pour les étudiants en médecine générale, cette mesure représente un coût de 2,610 M€ pour les gratifications (cf. tableau n° 5 ci-dessous) et un coût inférieur à 2,380 M€ pour la prise en charge des frais de mission, selon le lieu de stage des étudiants. Ces montants sont à prévoir sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de ville.

Tableau n° 5 : Estimation du coût de l'indemnisation des étudiants en stage actif

| Montant alloué par stage de 400 heures | Nombre de stages (*) | Coût total estimé | Financeur |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| Gratification : 400 h à 4,35 € = 1 740 € | 1 500 | 2,610 M€ | Profession |
| Indemnité : 555 € par mois⁸⁸ Mensualisation : 200 h / 140 = 1,43 mois, Coût potentiel pour 200 h 793,65 € | Prise en compte des stages qui se déroulent en dehors de la métropole de l'UFR. < 3 000 | < 2,380 M€ | ONDAM |

(*) Correspond aux effectifs étudiants prévus par les objectifs nationaux pluriannuels 2021-2025 (cf. encadré n° 1 supra)

Source : la mission, avril 2025.

⁸⁸ Les 555 € sont composés de l'hébergement 300 €, du transport 130 € et de la prime de responsabilité 125 €. Ces frais de mission ne concernent que les stages qui se déroulent en dehors du CHU en dehors de l'agglomération de la faculté.

Recommandation n° 5 : Faire bénéficier tous les étudiants en stage actif d'une gratification correspondant à celle du régime général et d'une indemnisation forfaitaire des frais induits (hébergement, transport et responsabilité) et budgéter les montants correspondants.

3.3.4. La territorialisation du stage clinique, un levier stratégique pour le maillage des soins en odontologie

Le développement de stages cliniques en centres hospitaliers périphériques constitue un levier stratégique majeur pour la formation des futurs omnipraticiens et la réduction des inégalités territoriales en matière de santé bucco-dentaire. Cette dynamique repose sur trois axes complémentaires : l'extension des terrains de stage, la structuration des capacités d'accueil et une meilleure connaissance des ressources existantes.

L'extension des terrains de stage pour une meilleure répartition de l'offre de soins

L'évolution du stage actif dans le cadre du DES OG — désormais ramené de 450 à 400 heures — implique une réorganisation rigoureuse pour préserver son efficacité formative. Aujourd'hui, l'obligation faite aux étudiants d'effectuer cinq vacations hebdomadaires dans les centres de soins des CHU se heurte à des limites structurelles : pénurie de fauteuils, encadrement insuffisant, saturation des centres universitaires.

Dans ce contexte, le développement de stages dans les centres hospitaliers permettrait de désengorger les CHU tout en offrant aux étudiants une immersion dans des pratiques contextualisées, au plus près des besoins des territoires sous-denses. Plusieurs expérimentations en cours à Nantes, Brest, Lille, Bordeaux ou Toulouse illustrent l'intérêt de cette approche pour encourager, à terme, l'installation dans ces zones. Ce levier contribuerait également à enrichir l'expérience des étudiants, en les exposant à la diversité des réalités professionnelles sur le territoire. Il constitue, à ce titre, un vecteur stratégique d'insertion professionnelle. Cette dynamique pourrait ainsi contribuer progressivement à une meilleure répartition des chirurgiens-dentistes sur l'ensemble du territoire.

La structuration des capacités d'accueil et le renforcement de l'encadrement

Le déploiement de stages en périphérie suppose une montée en puissance significative des capacités d'accueil au sein des établissements hospitaliers partenaires. Il nécessite notamment :

- la création ou l'extension de services odontologiques hospitaliers ;
- l'aménagement de locaux cliniques adaptés ;
- l'acquisition d'équipements biomédicaux et informatiques ;
- le recrutement de personnels médicaux et non médicaux.

À titre indicatif, un plateau technique de soins dentaires complet nécessite en moyenne quatre à six fauteuils, pour un coût global pouvant dépasser 500 000 €, selon les configurations locales. Ces chiffres doivent cependant être considérés comme des estimations approximatives, destinées à donner un ordre de grandeur. Seule une analyse fine des situations locales permettra d'évaluer les besoins réels et de définir des réponses adaptées.

Le modèle envisagé repose sur plusieurs principes :

- un encadrement médical dédié, avec un minimum d'un équivalent temps plein (ETP) par site, idéalement réparti entre deux praticiens hospitaliers ;
- un encadrement paramédical et logistique d'au moins trois ETP, incluant un cadre de santé, des infirmiers ou aides-soignants, un secrétaire médical, et potentiellement un technicien ou un prothésiste ;
- un fauteuil de soins dédié par étudiant, garantissant des conditions pédagogiques comparables à celles des CHU.

Ce dispositif s'inscrit dans une logique d'universitarisation progressive des hôpitaux périphériques soutenue par la nomination d'enseignants associés et le recrutement de praticiens hospitaliers en odontologie polyvalente. Il suppose également un renforcement de la coordination entre les ARS, les établissements supports de GHT et les universités, afin de mutualiser les ressources, optimiser les moyens existants et harmoniser les modalités de stage.

La consolidation de la connaissance du maillage territorial pour une stratégie nationale d'implantation

Une dimension essentielle reste aujourd’hui sous-documentée : la connaissance précise de l’état des équipements odontologiques hospitaliers à l’échelle nationale. Il manque une visibilité structurée permettant de piloter efficacement l’extension des terrains de stage et d’ajuster les politiques d’implantation.

Une cartographie nationale est indispensable, aussi exhaustive que possible :

- les équipements fonctionnels disponibles (fauteuils, imagerie, stérilisation) et les taux d’occupation⁸⁹ ;
- leur état, leur ancienneté et éventuellement leur taux de vétusté ;
- les équipements immobilisés faute de praticiens ;
- les sites sous-utilisés disposant pourtant d’un bon niveau d’équipement ;
- les besoins en matériel complémentaire et en ressources humaines ;
- le niveau d’encadrement médical et paramédical ;
- les logiciels utilisés et la capacité à intégrer une logique de formation.

Les ARS pourraient piloter un recensement structuré, en s’appuyant sur les établissements supports des GHT. Ce travail fournirait une vue d’ensemble partagée du parc existant, faciliterait l’allocation des financements et permettrait une priorisation cohérente des ouvertures de nouveaux terrains de stage.

Cette base de données constituerait un socle essentiel pour construire une stratégie nationale d’extension des stages cliniques, fondée sur des critères d’équité territoriale, de niveau d’équipement et de potentiel de formation.

Recommandation n° 6 : Proposer un stage clinique de 400 heures pouvant s’exercer, suivant l’organisation de l’UFR, soit dans les centres de soins dentaires des CHU, soit dans les centres hospitaliers périphériques, soit dans les deux à la fois.

Recommandation n° 7 : Confier aux ARS, en collaboration avec les GHT, la réalisation d’un état des lieux exhaustif des équipements odontologiques hospitaliers, afin de construire une stratégie d’extension des stages cliniques en concertation avec les collectivités territoriales.

Les investissements nécessaires permettant aux centres hospitaliers d’accueillir des étudiants en stage dans le cadre de l’universitarisation des services odontologiques, devront être doublés par la création d’emplois de praticiens hospitaliers, ainsi que d’enseignants associés pour l’encadrement de ces étudiants (voir partie 5.3.2). Une première estimation du coût d’investissement s’élève à 30 M€ auquel s’ajoute environ 12 M€ de frais de fonctionnement annuel à l’échelle nationale⁹⁰.

Dans ce contexte, l’extension des stages cliniques implique nécessairement un accroissement du nombre de fauteuils odontologiques et de postes de praticiens hospitaliers, une dynamique qui pourrait se heurter aux contraintes budgétaires pesant sur les établissements de santé ; d’où la nécessité d’anticiper ces besoins par une action coordonnée des ARS, des directions hospitalières et des UFR, afin de sécuriser les moyens humains et matériels indispensables à la mise en œuvre effective de cette réforme (voir partie 5.3.2).

3.3.5. Un encadrement renforcé de la préparation à la thèse d’exercice pour favoriser l’insertion professionnelle

La conversion de la sixième année, conclue aujourd’hui par un diplôme d’État comprenant la rédaction d’un mémoire de thèse et d’une soutenance, en un DES OG amène la mission à s’interroger, non pas sur l’existence

⁸⁹ L’activité odontologique est codée dans le PMSI (CMD 28), mais son suivi reste limité, les fauteuils dentaires n’étant pas intégrés aux outils nationaux de planification ou de performance.

⁹⁰ En première estimation, le coût d’investissement moyen pour la création ou l’agrandissement d’un service odontologique d’hôpital périphérique, sans construction supplémentaire est de l’ordre de 0,5 M€. Les frais de fonctionnement afférent ainsi que la masse salariale nécessaire pour le recrutement des personnels d’encadrement se situe entre 0,150 et 0,2 M€. Une moyenne de trois antennes hospitalières pour chacune des 21 facultés d’odontologie (60 au total, compte tenu des antennes déjà existantes) nécessiterait environ 30 M€ d’investissement, auxquels s’ajoutent 12 M€ de fonctionnement annuel.

de la thèse d'exercice mais sur ses modalités de contenu et de soutenance. En soi, la question d'une thèse d'exercice ne se pose pas : elle peut, dans certains cas, s'apparenter à un travail de recherche, que l'étudiant pourra ultérieurement valoriser en fonction de son parcours, par ailleurs, elle est vue par les étudiants et la profession (chirurgiens-dentistes et universitaires) comme un rite de passage avec une forte dimension symbolique.

La mission a pris note que la création à venir des DES de pharmacie officinale et de pharmacie industrielle opère un changement notable pour la thèse d'exercice. Le mémoire de DES et sa soutenance devrait faire office de thèse d'exercice pour délivrance du diplôme d'État de docteur en pharmacie. La mission ne souhaite pas retenir cette possibilité en raison des durées des stages pratiques et cliniques et leurs organisations qui ne favorisent pas la rédaction d'un mémoire unique. La mission a été très sensible aux arguments des étudiants quant au côté formateur de la rédaction d'un mémoire de thèse dans une démarche scientifique. Les étudiants ont souligné l'intérêt d'un tel travail avec une méthodologie spécifique, la nécessité de mener une recherche bibliographique aboutie, ainsi que l'apport du questionnement intellectuel afférent au sujet choisi. Ils précisent également que cette méthodologie de recherche est susceptible d'être réinvestie pour continuer à se former par eux-mêmes. Par ailleurs, il a été signalé que certaines thèses d'exercice, d'une grande qualité, sont susceptibles de faire l'objet d'une publication.

Pour lutter efficacement contre le retard important dans la soutenance des thèses, retardant l'entrée dans la vie professionnelle, il conviendrait de réaliser un encadrement plus ciblé et plus soutenu des étudiants afin de les aider à la préparation de leur thèse. En plus de l'appui apporté par le directeur de thèse, des séances encadrées obligatoires pourraient être organisées en fonction de la progression de leur travail, et porter sur les outils et méthodes nécessaires pour la conception et la rédaction. Des séances d'approfondissement spécialisées choisies en fonction du sujet retenu pourraient porter par exemple sur l'étude clinique, l'interprétation du résultat, et l'analyse statistique etc.

Comme il a été montré dans la partie précédente, suivant les UFR, il apparaît que le délai donné aux étudiants pour remettre puis soutenir leur thèse d'exercice n'est pas toujours respecté. Il importe donc que des jalons soient imposés aux étudiants afin de garantir le respect des délais des soutenances de thèse :

- le premier d'entre eux est de déterminer le sujet et le directeur de thèse à la sortie du second cycle (voir partie 2.4) ;
- le second, en début du DES OG, une présentation générale à destination de tous les étudiants afin de présenter le calendrier, les règles de rédaction, les logiciels de recherche accessibles ;
- un troisième au début du second semestre du DES OG correspondant à un échange formalisé entre l'étudiant et son directeur de thèse pour faire le point sur l'avancée des travaux et le plan du mémoire ;
- un dernier, si besoin, aux abords du mois de juin-juillet de l'année universitaire en cours afin de vérifier l'état d'avancement des travaux et définir la période pour le rendu du mémoire et de la soutenance.

Ces dispositions peuvent ici paraître contraignantes, à la fois pour l'impétrant et son directeur de thèse, mais elles doivent conduire à ce que la très grande majorité des étudiants du DES OG aient soutenu avant la fin de l'année civile de leur année d'inscription universitaire, de façon à pouvoir exercer dès le diplôme d'État obtenu.

Il va de soi que diverses circonstances ne permettent pas de tenir les délais fixés. Dans ce cas, à titre exceptionnel, il sera toujours possible pour le doyen de la faculté d'accorder une dérogation permettant une inscription universitaire pour ouvrir la possibilité à l'étudiant de soutenir sa thèse d'exercice d'ici la fin du mois de juin de l'année universitaire supplémentaire accordée. En cas de non-respect de ce nouveau délai, la mission s'interroge sur la possibilité d'imposer à l'étudiant un redoublement en DES OG. Cette mesure peut apparaître excessive, mais il faut trouver une menace suffisamment dissuasive pour renverser une situation aujourd'hui préoccupante.

Recommandation n° 8 : Maintenir les modalités de l'actuelle thèse d'exercice en conditionnant l'entrée en troisième cycle par la détermination du sujet et du directeur de thèse ; en imposant des jalons au cours de l'année du DES OG et en accordant une dérogation à inscription supplémentaire à titre tout à fait exceptionnel.

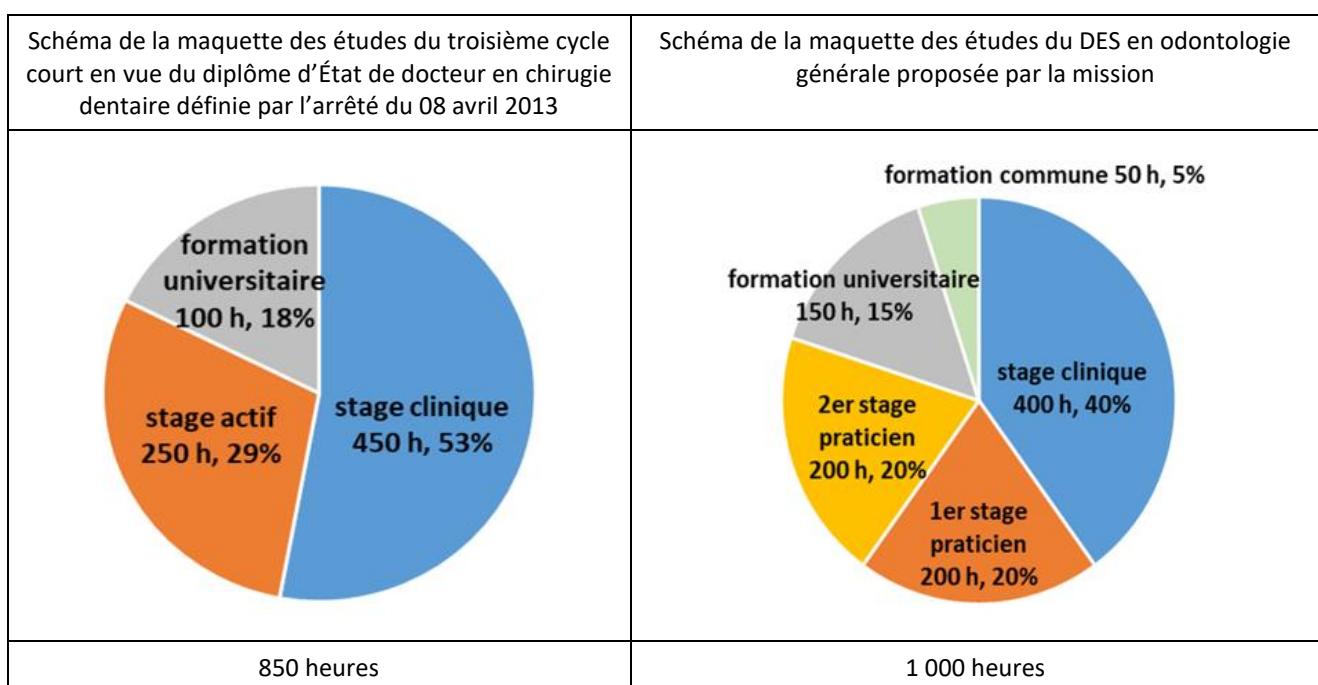
3.3.6. Une maquette du DES OG pour renforcer les enseignements théoriques à l'omnipraticité

Le schéma de la maquette de formation est présenté dans le graphique n° 2 ci-dessous. Les principaux items figurant dans le graphique de droite font l'objet du présent développement. Un point reste à préciser à ce stade : il s'agit d'un module d'une cinquantaine d'heures, commun au socle de troisième cycle, ainsi que de la part de formation théorique et pratique consacrée à un encadrement à la thèse.

Les formations actuelles souffrent du cloisonnement des disciplines. De manière générale, il est très difficile d'envisager des formations communes entre le cycle court et le cycle long alors que cela présenterait incontestablement un intérêt évident. L'offre de formation, pour s'adapter à ces différents publics, doit donc être modulaire. Dans le cadre de la nouvelle architecture des DES longs, une formation spécialisée transversale (FST) relative aux patients à besoins spécifiques pourrait être proposée (voir infra partie 4). Il serait souhaitable que certains modules de cette formation puissent bénéficier au troisième cycle court, avec une organisation souple adaptée. C'est la part qui est représentée avec le libellé « Module commun avec socle troisième cycle, patients à besoins spécifiques », à hauteur de 50 heures environ.

Par ailleurs, la partie collective de l'aide à la préparation de la thèse en troisième cycle court pourrait être intégrée dans une unité d'enseignement (UE) d'une trentaine d'heures, comprises dans les 150 heures de formation théorique et pratique prévue dans le schéma b) ci-après.

Graphique n° 2 : évolution des maquettes de formation entre le troisième cycle court aujourd'hui et le DES OG



Source : la mission, avril 2025

3.4. Mise en place d'une année de probation préalable à l'installation des chirurgiens-dentistes en odontologie générale diplômés en France et dans l'Union européenne

À l'issue de leur formation, afin de soutenir les titulaires du DES OG dans leur exercice libéral ou salarié, la mission propose l'instauration d'une année de stage pratique en autonomie supervisée, avant toute installation, suivie d'une reconnaissance formelle par l'ONCD. Cette mesure s'appliquera également aux titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste obtenu dans un autre pays membre de l'Union européenne (UE), permettant ainsi à la profession de s'assurer que ces derniers possèdent un niveau de pratique suffisant

pour pouvoir exercer en toute sécurité. À cet égard et dans un souci d'équité, le référentiel MONA devra jouer pleinement son rôle.

Depuis 2002, ce dispositif existe en Belgique, où tous les étudiants à l'issue de leurs cinq années de formation doivent effectuer une année de stage conduisant à la délivrance du titre professionnel particulier (TPP) dentiste généraliste⁹¹, nécessaire à l'intervention de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) dans le remboursement des soins effectués⁹². Ce stage imposé de douze mois de 1 500 à 1 800 heures maximum se compose ainsi :

- une partie théorique de minimum 250 heures, sous forme de séminaires. En général, dix journées de séminaire sont organisées par les universités en collaboration avec les associations professionnelles. Le reste comprend des discussions de plans de traitement et des rapports de cas ;
- une partie clinique, d'une durée de minimum 1 250 heures. Il s'agit de pratiquer de façon autonome la médecine dentaire générale. Cela revient à gérer l'intégralité du parcours de soins en réalisant les actes cliniques, en assurant leur traçabilité dans le dossier du patient et en suivant l'évolution.

Il est effectué chez un maître de stage et l'année est couplée à un master de spécialisation.

Année de stage en pratique autonome imposée aux néo-titulaires du DES d'odontologie générale diplômés en France et aux chirurgiens-dentistes formés dans un autre pays de l'UE

Lors de auditions menées par la mission, de très nombreux étudiants ont souligné une absence de pratique suffisante de certains actes ainsi qu'une méconnaissance de la marche d'un cabinet pour un exercice libéral. Ces propos sont confirmés par les résultats de l'enquête conduite auprès des étudiants (annexe 3). Certains actes, tels que la prise en charge implantaire ou l'extraction, jugés comme des gestes complexes, sont considérés insuffisamment pratiqués pour permettre aux étudiants de les réaliser de manière autonome en cabinet. Le remodelage de la sixième année de formation, devenue un DES, permet en partie de répondre à ce manque de pratique. Cependant, comme le souligne la mission, le temps alloué au stage actif reste insuffisant au regard des nombreuses compétences à acquérir durant cette période (stage actif ambulatoire, stage clinique en milieu hospitalier, en CHU ou en CH).

Cette année probatoire doit également apparaître comme une opportunité pour la profession d'intégrer, dans des conditions de sécurité et d'accompagnement adaptées, les nombreux chirurgiens-dentistes diplômés d'autres pays de l'Union européenne. En effet, il a été rapporté à la mission⁹³ que certaines formations hors de France, généralement d'une durée de cinq ans, offrent peu, voire pas d'expérience clinique. Une étude de 2016⁹⁴ montrait que 10 % des étudiants formés dans l'UE, hors de France, n'avaient jamais eu de contact avec de patients. De surcroit, pour les diplômés de l'UE entrants, cette année probatoire constituerait également un temps d'appropriation du système de soins français et une initiation aux exigences liées à la gestion d'un cabinet libéral.

C'est à l'issue de cette année probatoire que l'Ordre national des chirurgiens-dentistes pourra autoriser l'installation, qu'il s'agisse de titulaires d'un DES OG ou de diplômes européens reconnus, conformément aux règles et procédures qu'il lui incombe de faire respecter.

Scénario d'organisation et rétribution des candidats à l'installation

⁹¹ Ce titre a été instauré par l'arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste : <https://www.dentiste.be/DisplayPage.aspx?pid=147>. Cet arrêté a été légèrement amendé par un arrêté ministériel du 30 juin 2009 et publié le 3 juillet 2009 : https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-ministeriel-du-30-juin-2009_n2009024221.html

⁹² L'INAMI est l'équivalent de la sécurité sociale française. Un numéro INAMI est indispensable aux chirurgiens-dentistes pour que leurs patients puissent bénéficier d'un remboursement de leurs soins.

⁹³ Lors de nombreuses auditions, notamment avec les, doyens, les représentants de l'ordre et les étudiants, il a été signalé que certaines formations dispensées hors de France, généralement d'une durée de cinq ans, offrent peu, voire pas d'expérience clinique.

⁹⁴ Étude rapportée par La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes : https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2020/12/La_Lettre_150_2016.pdf

Placée sous la responsabilité de la profession et plus précisément de l'ONCD, cette année probatoire vise à consolider les connaissances et compétences des omnipraticiens. Les candidats à l'inscription au tableau de l'Ordre ne disposent donc pas du statut d'étudiant et ne sont pas inscrits à l'université. Cette année probatoire pourrait être organisée sur les modalités suivantes :

- une partie clinique de 1 250 heures en autonomie supervisée dans un cabinet libéral ;
- une partie théorique de 250 heures sous la forme de séminaires, proposée et organisée par la profession.

Concernant la rétribution des chirurgiens-dentistes au cours de leur année probatoire, les dispositifs existants dans le cadre des remplacements apparaissent adaptés à cette situation.

Il existe différents types de contrats, décrits par l'ONCD, bien adaptés⁹⁵ à cette année probatoire. Les collectivités locales pourraient également se saisir de cette opportunité pour instaurer des mesures incitatives à la fois en faveur des chirurgiens-dentistes accueillant ces confrères et en soutien aux candidats à l'installation, notamment dans les zones sous-denses.

Évaluation quantitative du nombre de terrains de stage et de MSUO

D'après les données de l'ONDPS, environ 2 200 chirurgiens-dentistes s'installent chaque année, dont la moitié est diplômée dans des établissements d'enseignement supérieur de l'Union européenne. Cela conduit à identifier au moins 2 200 terrains de stage en ambulatoire et au moins autant de MSUO, qui s'ajoutent aux 1 500 à 2 000 MSUO environ mobilisés pour les stages cliniques de troisième cycle court⁹⁶. Le coût afférent reste à définir en fonction du dispositif retenu.

Pour mémoire, on recense aujourd'hui un peu plus de 40 000 chirurgiens-dentistes⁹⁷ libéraux, dont la très grande majorité exerce en omnipraticité. Cela reviendrait à mobiliser entre 5 et 10 % de la profession pour assurer l'encadrement de ces candidats à l'installation.

Au titre de leur fonction de MSUO, les chirurgiens-dentistes bénéficieront, comme cela a été évoqué précédemment, d'un régime similaire à celui qui a été fixé pour les MSU de médecine générale⁹⁸.

Recommandation n° 9 : Mettre en place une année probatoire pour les titulaires du DES OG et les diplômés de l'UE avant autorisation à l'exercice professionnel par l'ONCD et installation par l'ARS.

Encadré n° 6 : chiffrage de la mise en place du DES OG

Coûts supplémentaires liés aux stages de DES OG

- gratification des étudiants stagiaires : 2,610 M€ (prise en charge par les MSUO)
- frais de mission des étudiants inférieurs à 2,380 M€, en fonction des lieux de stage (ONDAM),
- honoraires pédagogiques des MSUO 2,574 M€ (ONDAM)
- compensation pour perte de ressources professionnelles 1,875 M€ à l'initialisation de la démarche, puis un tiers environ de ce montant selon la durée prévue pour le renouvellement de la certification de la formation des MSUO (ONDAM)

Passé l'année d'initialisation, la diminution des frais de mission liée au nombre d'étudiants réalisant leurs stages dans leur ville universitaire couvrira la compensation pour perte de ressources liée à la formation des MSUO. L'ensemble des mesures liées aux stages financées sur l'ONDAM s'établissent à 5 M€ environ.

Dépenses liées à l'extension des services odontologiques en milieu hospitalier

Les dépenses d'investissement de fonctionnement et de recrutement nécessaires pourront être estimées à l'aune de l'état des lieux et du plan de développement stratégique demandé aux ARS.

Coût supplémentaire lié à l'année probatoire

C'est le coût de rétribution des 2 200 MSUO nécessaires pour accueillir et encadrer l'ensemble des nouveaux diplômés durant une année.

⁹⁵ Contrats d'exercice, ONCD : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/pour-le-chirurgien-dentiste/contrats-dexercice/>

⁹⁶ Certains MSUO pourront accueillir deux stagiaires à deux périodes distinctes sur l'année, mais tous ne le feront pas, et par ailleurs, il convient de prévoir une marge de sécurité du nombre de MSUO.

⁹⁷ Données ONCD (mars 2025) : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

⁹⁸ La rétribution est fixée par une instruction interministérielle DGOS/RH1/DGESIP/2022/51 (annexe 3) du 24 février 2022. Elle indique une rémunération pédagogique de 600 € par mois (brut) pour l'encadrement.

4. L'ajustement du troisième cycle long aux besoins de santé publique

Suite à la publication de l'arrêté du 31 mars 2011⁹⁹, trois spécialités sont à ce jour reconnues en chirurgie-dentaire et font l'objet d'une qualification via un DES. Ces trois spécialités sont :

- l'orthopédie dento-faciale (ODF) ;
- la chirurgie orale (CO), une formation commune à la médecine et à l'odontologie¹⁰⁰ ;
- la médecine bucco-dentaire (MBD).

Comme présenté dans la partie 2.1 de ce rapport, l'accès des étudiants en chirurgie-dentaire à ces trois spécialités s'effectue par un concours national d'internat en odontologie (ODT)^{101,102} comprenant deux épreuves écrites. Ce concours permet de répartir les candidats dans la spécialité de leur choix, ou à celle rendue possible par leur classement, ainsi que dans les subdivisions où la spécialité est proposée.

La dynamique et l'attractivité diffèrent suivant le DES. Le tableau n° 6 ci-après présente le nombre de postes ouvert au concours de l'internat en odontologie de l'année 2023-24, le nombre de postes finalement pourvus et les rangs de classement du premier et du dernier reçu par spécialité¹⁰³. Il est à noter que tous les CHU peuvent recevoir au moins un interne dans chacune des spécialités, sauf celui de Brest qui n'a pas de poste affecté pour le DES ODF¹⁰⁴. À remarquer également que le nombre de postes ouverts pour le DES CO reflète uniquement les postes à destination des étudiants ayant suivi la formation de chirurgien-dentiste. Ce nombre doit être complété par les 16 postes ouverts destinés aux étudiants de médecine¹⁰⁵. Sans nul doute, des trois DES, celui d'ODF apparaît comme le plus attractif. En effet, les 25 premiers du classement du concours d'internat ont demandé ce DES, et finalement sur les 52 places possibles, toutes pourvues, le dernier recruté était classé 58^{ème}. A l'inverse, le DES MBD ne semble pas rencontrer son public, puisque la saturation des postes ouverts est à 82 %.

Tableau n° 6 : postes ouverts au concours de l'internat odontologie par spécialités en 2023-24

| DES | Nombre de postes ouverts | Nombre de postes pourvus | Rang du premier reçu | Rang du dernier reçu |
|-----|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| ODF | 52 | 52 | 1 ^{er} | 58 ^e |
| CO | 24 | 24 | 26 ^e | 178 ^e |
| MBD | 44 | 36 | 29 ^e | 240 ^e |

Source : Journal officiel, mise en forme par la mission, avril 2025

⁹⁹ Arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023877522>

¹⁰⁰ Le cadre de ce DES a été modifié en 2017 afin d'homogénéiser le parcours avec celui des autres formations de médecine. Cela se concrétise en une formation de quatre années composées d'une phase socle (un an), d'une phase d'approfondissement (deux ans) et d'une phase de consolidation conférant le statut de docteur junior aux internes (un an). Arrêté du 18 octobre 2017 fixant la réglementation applicable à la formation commune à la médecine et à l'odontologie délivrée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale et modifiant l'arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000035880885>

¹⁰¹ À titre d'illustration, voir l'arrêté du 20 février 2025 portant ouverture du concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2025-2026 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051234208>

¹⁰² Au sujet du concours d'internat en odontologie (ODT) organisé par le CNG : <https://www.cng.sante.fr/concours-national-dinternat-en-odontologie-odt>

¹⁰³ Arrêté du 5 octobre 2023 relatif à l'affectation des internes en odontologie ayant satisfait aux épreuves du concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2023-2024 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048167474>

¹⁰⁴ Arrêté du 20 février 2023 portant répartition des postes offerts au concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2023-2024 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047219506>

¹⁰⁵ Arrêté du 23 août 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2023 fixant au titre de l'année universitaire 2023-2024 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047996093>

L'attractivité d'une spécialité se mesure également par le nombre de praticiens ayant été formés dans cette spécialité et l'affichant comme telle dans sa pratique. Le tableau n° 7 montre que seuls 2,4 % des chirurgiens-dentistes pouvant exercer en affichant la spécialité ODF ne la pratiquent pas, contre plus de 28 % en CO¹⁰⁶ (pour ceux issus d'une formation en odontologie et se tournant vers l'ONCD pour obtenir le droit à installation) et surtout 64 % en MBD. De nouveau, ce premier et rapide constat montre que la spécialité MBD ne trouve pas sa place dans le paysage de l'art dentaire et est très sûrement difficilement identifiable par les patients dans un parcours de soins. Ce constat vient conforter les témoignages reçus lors d'entretiens conduits par la mission indiquant que la majorité des titulaires du DES MBD préfèrent exercer en omnipraticité considérant que leur DES ne correspond pas à un métier spécifique.

Tableau n° 7 : taux de chirurgiens-dentistes n'exerçant pas la spécialité pour laquelle ils sont qualifiés

| | Modalités de qualification | Spécialités | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|---------------|--------------|
| | | CO | MBD | ODF |
| Praticiens inscrits avec une qualification mais pas forcément déclarée comme spécialité | Arrêté ministériel | 11 | | 35 |
| | CECSMO | | | 1 640 |
| | Décision ordinaire | 208 | 136 | 214 |
| | DES CO | 133 | 12 | |
| | DES MBD | | 172 | |
| | DES ODF | | | 517 |
| | Diplômés EU entrants | 5 | 2 | 147 |
| | Total | 357 | 322 | 2 556 |
| Praticiens inscrits en exercice avec spécialité déclarée | | 255 | 116 | 2 495 |
| Écart | | +102 | +206 | +61 |
| % de praticiens n'exerçant pas la spécialité pour laquelle ils sont qualifiés | | 28,6 % | 64,0 % | 2,4 % |

Source : ONCD, mise en forme la mission, avril 2025.

La mission propose une brève analyse, non exhaustive, de ces trois DES afin de mesurer de leur pertinence au regard des besoins de santé publique. Les constats qui en découlent permettront d'élaborer plusieurs scénarios d'évolution, voire de proposer de nouveaux DES.

4.1. Trois DES aux trajectoires différentes

Alors que la formation des chirurgiens-dentistes spécialistes s'est progressivement professionnalisée et harmonisée avec les standards européens, les DES en odontologie restent marqués par des disparités notables. Si le DES ODF présente un modèle structuré et globalement satisfaisant au regard de son attractivité

¹⁰⁶ Les données 2023 communiquées par le collège des enseignants de cette spécialité montrent que sur les 252 praticiens inscrits comme spécialistes auprès de l'ONCD, 103 sont titulaires du DES CO sur les 136 possibles (soit 76 % des titulaires du DES CO exercent leur spécialité).

et de l'installation des spécialistes ODF, son maintien dans une logique figée depuis 2011 interroge sa capacité d'adaptation à l'évolution des pratiques. Le DES CO, quant à lui, porte l'ambition d'un dialogue entre médecine et odontologie, mais la réalité du terrain révèle un déséquilibre préoccupant entre les deux filières, posant la question, en l'état, de sa viabilité à moyen terme. Enfin, le DES MBD souffre d'un manque de lisibilité, à la fois dans son contenu pédagogique et dans ses débouchés, peinant à asseoir une identité professionnelle claire.

Cette analyse des trois DES met en lumière la nécessité d'une réflexion stratégique sur la structuration de ces formations spécialisées, afin d'en renforcer la cohérence, la lisibilité et l'attractivité, tout en répondant aux besoins de santé publique.

4.1.1. Le DES ODF, une formation à la hauteur des enjeux et une valorisation de la spécialité

Le DES ODF fait suite à une formation appelée Certificat d'Études Cliniques Spéciales Mention Orthodontie (CECSMO)¹⁰⁷ dispensée alors dans quatorze facultés. Son accès était régi par un examen probatoire classant. La formation durait quatre ans et trois mois, à temps partiel dans les CHU et permettait de former environ 65 spécialistes par an. La particularité de cette formation résidait dans la sélection des candidats sur des connaissances mais aussi des compétences, notamment manuelles, en orthodontie, qui dépassaient le cadre de la formation initiale. La faiblesse de cette formation était l'absence de statut hospitalier pour ces étudiants de troisième cycle ainsi que l'inégalité d'accès à la formation, principalement due à une sélection locale.

Depuis 2011, il existe deux voies d'accès à cette spécialité : être titulaire du DES qui permet au CNOCD de donner la qualification automatiquement lorsque demandée, ou d'entamer une procédure de qualification auprès d'une commission dédiée du même conseil national.

Comme l'indiquent les données communiquées par l'ONCD (tableau n° 7), globalement, tous les titulaires d'une qualification de cette spécialité, notamment les titulaires du DES, exercent en l'affichant et donc limitent leurs actes en conséquence au seul périmètre permis.

La pratique de l'orthodontie, en France comme à l'international, est réalisée par des spécialistes qualifiés. Conformément à la directive européenne 2005/36/CE, article 35¹⁰⁸, tous les pays européens proposent une formation de trois à quatre ans à temps plein à la suite de la formation de chirurgien-dentiste omnipraticien, mixant enseignements théoriques et pratiques.

Le DES ODF est une formation en trois ans dont l'organisation n'a pas évolué depuis 2011¹⁰⁹. Elle comprend une formation théorique et une formation pratique, et est validée après rédaction d'un mémoire de thèse et soutenance. Les enseignements pratiques sont dispensés sous la forme de six stages hospitaliers, exclusivement en CHU, en ODF dans des lieux agréés pour cette spécialité.

Selon les enseignants et des internes engagés dans cette spécialité auditionnés par la mission, la formation répond globalement à leurs attentes. Un des atouts de cette formation réside dans la stabilité du lieu de stage : les internes l'effectuant généralement dans le même service hospitalier. Cela leur permet de suivre dans les patients sur le long terme conformément à une logique de plan de soins structuré, et non à une succession d'actes isolés.

Comme le montre l'attractivité de cette spécialité auprès des étudiants (voir tableau n° 6 supra), la mission note également un développement de cette discipline dans les CHU. La situation actuelle est de 11 enseignants (MCU-PH ou PU-PH) à temps plein et 17 MCU-PH à temps partiel, pour 172 internes en formation. Depuis 2018, cinq MCU-PH et six PU-PH ont été recrutés (sous-section CNU 56.01¹¹⁰) et les prévisions, au regard des candidats potentiels, indiquent un recrutement d'un MCU-PH et d'un PU-PH en

¹⁰⁷ Arrêté du 4 août 1987 relatif au certificat d'études cliniques spéciales mention Orthodontie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000844106>

¹⁰⁸ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000703171/>

¹⁰⁹ Bulletin officiel du MESR, n° 19, 12 mai 2011 : <https://www.education.gouv.fr/bo/2011/19/esrs1108890a.htm>

¹¹⁰ La sous-section du Conseil national des universités (CNU) 56.01 correspond aux disciplines suivantes : odontologie pédiatrique et l'orthopédie dento-faciale. D'après le Centre national de gestion, au premier janvier 2024, cette sous-section abritait 49 MCU-PH et 23 PU-PH au total.

2025 et de deux MCU-PH en 2026¹¹¹. Malgré cette hausse de recrutement perceptible, la concurrence entre un exercice en ville et celle comme hospitalo-universitaire fait peser une menace sur l'encadrement nécessaire pour former ces spécialistes.

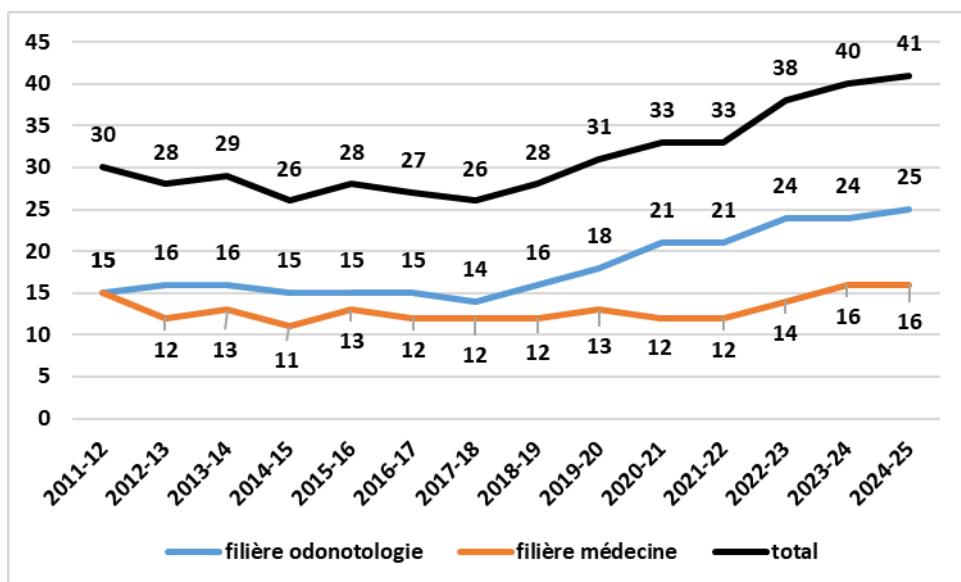
Un sondage réalisé en décembre 2021 par l’Institut français d’opinion publique (Ifop)¹¹², à la demande du syndicat des orthodontistes de France (SODF), révèle que si une large majorité des personnes interrogées (77 %) considèrent l’orthodontie comme une spécialité médicale pour la pratique dentaire, 27 % des sondés considèrent qu’un orthodontiste n’est pas obligatoirement un dentiste spécialisé en orthodontie. Cette confusion perçue par le public conduit 94 % des répondants à souhaiter une intervention des pouvoirs publics afin de clarifier les pratiques en orthodontie et les rendre plus lisibles.

4.1.2. Le DES CO, une spécialité médico-chirurgicale unique à double entrée médicale et odontologique

Unique spécialité médico-chirurgicale accessible après un deuxième cycle de médecine ou d’odontologie, le DES CO a remplacé les DES de stomatologie (filière médecine) et le diplôme d’études supérieures en chirurgie buccale (DESCB, diplôme non spécialisant de la filière odontologie)¹¹³. Le DESCB était une formation de quatre années comportant des enseignements théoriques, dirigés, pratiques et cliniques et parmi les terrains de stage, les services de stomatologie des centres hospitaliers¹¹⁴.

Cette double entrée médecine et odontologie nécessite une remise à niveau respectivement en odontologie pour les étudiants en provenance de médecine, et en médecine pour les étudiants venant de la filière odontologie. Celle-ci est proposée au cours de l’année de phase socle du DES en combinant cours théoriques et stages cliniques. À l’issue de la seconde année du DES, soit à la fin de la première année de la phase d’approfondissement, un contrôle des connaissances et des compétences permet d’évaluer le niveau des internes avant de les autoriser à poursuivre la formation. Cette double entrée visait à assurer un équilibre du nombre d’internes formés chaque année entre les filières médecine et odontologie. Cependant ces dernières années, la mission constate que le nombre de places proposées à l’internat (hors titre européen) tend à diminuer pour les candidats issus de la filière médecine, au profit de ceux de la filière odontologie comme le montre le graphique n° 3.

Graphique n° 3 : nombre de places ouvertes dans le DES CO suivant la filière d’origine



Source : la mission à partir des arrêtés du journal officiel, avril 2025.

¹¹¹ Chiffres donnés par le Professeur Damien Brézulier, président du collège des enseignants de la spécialité ODF.

¹¹² L’enquête a été menée auprès d’un échantillon de 2 001 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

¹¹³ Le diplôme d’études supérieures en chirurgie buccale a été créé en 1989, voir l’arrêté du 2 août 1989 relatif au diplôme d’études supérieures de chirurgie buccale : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006059091/2021-05-09>

¹¹⁴ Pour avoir un regard plus complet sur l’actuel DES CO, à lire, cet article : « La formation hospitalo-universitaire spécialisée actuelle en chirurgie orale en France », <https://aos.edpsciences.org/articles/aos/pdf/2017/02/aos2017282article3.pdf>

Ce déséquilibre de recrutement d'internes entre les deux filières d'origine, combiné à un nombre d'internes formés jugés trop faible par le collège des enseignants du DES de chirurgie maxillo-faciale (CMF) de médecine, est probablement l'une des raisons¹¹⁵ du souhait de désengagement manifesté depuis plusieurs années des HU de la spécialité CMF. La mission tient à rappeler ici que la Cour de justice de l'Union européenne s'est prononcée à la demande Conseil d'État à la suite à de questions préjudiciales posées par du conseil national de l'ordre des médecins quant à la conformité de l'arrêté de 2011 sur la création du DES CO avec la directive européenne 2005/36/CE du Parlement européen. La Cour a confirmé que « *les matières relevant du domaine médical fassent partie d'une formation spécialisée dans le domaine de l'art dentaire* » mettant ainsi un terme aux contestations juridiques sur la création du DES CO. Pour autant, ce sujet est repris régulièrement par les mêmes protagonistes qui menacent de façon cyclique, à chacune de leurs alertes, de se retirer des formations destinées aux internes du DES CO.

Le risque de ce désengagement serait de ne plus avoir de terrains de stage clinique à proposer en CMF aux internes (semestres 5 et 6 de la formation), et de ne plus voir être respectée la parité du jury final¹¹⁶.

Suivant la directive européenne 2005/36/CE qui prévoit la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles pour certaines professions réglementées, cette spécialité est reconnue en Europe dans la plupart des pays mais uniquement pour les titulaires issus de la filière odontologie. Il n'est pas reconnu le droit d'exercer cette spécialité ailleurs qu'en France. Cette observation incite à engager une réflexion vers le développement d'un diplôme de double degré odontologie et médecine comme cela est aujourd'hui le cas dans plusieurs pays membres de l'UE¹¹⁷.

La mission a également noté que ce DES suivant la filière d'origine des internes n'ouvrirait pas les mêmes droits en termes d'activités cliniques. Certains actes, comme la prothèse sur implant, ne peuvent pas être pratiqués par un titulaire issu de la filière odontologique, alors qu'ils le sont, notamment en secteur 2, par un titulaire issu de la filière médecine.

4.1.3. Le DES MBD, un DES qui ne correspond pas à une spécialité unique

Comme le montre les tableaux n° 6 et n° 7 plus haut, le DES MBD ne correspond pas aux attentes des chirurgiens-dentistes en formation ; les places proposées au concours de l'internat ne sont pas toutes pourvues et majoritairement les titulaires de ce DES n'exercent pas la spécialité. Il ressort des nombreux échanges que la mission a pu mener, que ce DES ne correspond pas à un métier précis. À la création de ce DES la motivation reposait sur l'idée de proposer une formation de chirurgiens-dentistes omnipraticiens en capacité de conduire des soins complexes sur des patients à besoins spécifiques et pouvant présenter des pathologies lourdes. Ce DES recouvre par ailleurs plusieurs disciplines dont la dentisterie restauratrice, l'endodontie et la parodontologie.

Nombreux sont les internes qui au cours de leurs trois années de formation suivent également un ou deux DU proposés par leurs universités afin d'acquérir des compétences complémentaires qu'ils pourront par la suite valoriser lors de leur installation. Mais au lieu de s'installer comme spécialiste, ils seront souvent omnipraticiens, tout en revendiquant une pratique exclusive dans un domaine relevant d'un DU. Ce souhait d'associer des DU au DES a pour conséquence de donner une coloration disciplinaire différente aux titulaires du DES suivant la faculté d'odontologie où ils ont été formés.

¹¹⁵ D'autres motifs d'insatisfaction ont été énoncés à la mission par le collège des enseignants du DES CMF dont la différence irréductible de formation en médecine des internes venant d'odontologie, l'allégation non documentée d'une pratique de la chirurgie orthognathique par quelques chirurgiens-dentistes titulaires du DES CO.

¹¹⁶ « *Le jury est composé d'enseignants titulaires des sous-sections 55-03 et 57-02 du conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques à part égales.* », annexe II-I, maquette 2 de l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

¹¹⁷ Ces pays sont : Belgique, Chypre, Allemagne, Grèce, Irlande, Lichtenstein, Malte, Pays-Bas, Norvège, Roumanie, Suisse, Angleterre, Autriche et Luxembourg. Plus récemment, le passage au double degré a concerné la Bulgarie et la Hongrie. Voir https://omfsuems.eu/_userfiles/pages/files/keyongoingdocuments/2025_domfs_and_mfs_summary.pdf

4.2. Un format unique pour les DES : enjeux et plus-values

Avant de présenter les différents scénarii concernant les diplômes d'études spécialisés (DES), la mission souhaite aborder plusieurs éléments communs à l'ensemble de la formation de troisième cycle long.

Ces points, qui visent à renforcer la cohérence et l'efficacité du parcours de formation, soulignent l'importance de certaines actions structurelles. Chaque proposition ici développée justifie la nécessité d'adapter certains aspects fondamentaux de la formation pour mieux répondre aux enjeux actuels de la profession, tout en respectant les attentes des étudiants et des praticiens.

4.2.1. L'uniformisation de la durée des DES

La durée de formation d'un DES de la filière odontologie varie entre trois et quatre ans. Dans un objectif d'uniformisation, à la fois pour la filière odontologie, mais aussi avec les DES de médecine, la mission considère que l'ensemble des DES doivent être d'une durée de quatre ans et construits suivant un même et unique schéma :

- une phase socle d'un an correspondant à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession ;
- une phase d'approfondissement de deux ans correspondant à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie ;
- une phase, d'un an, de consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité.

Une telle uniformisation permettrait d'harmoniser les parcours de formation, d'assurer une équité entre les disciplines et de faciliter les échanges interprofessionnels. De plus, elle offrirait une meilleure lisibilité et une meilleure cohérence des parcours, tant pour les étudiants que pour les acteurs de la formation en répondant aux exigences d'une formation de haut niveau.

Recommandation n° 10 : Uniformiser la durée et l'organisation de l'ensemble des DES selon un modèle de formation identique.

4.2.2. La création d'un statut de chirurgien-dentiste junior

Les trois premières années de formation s'effectuent sous un statut d'interne, tel que défini par le régime actuel, et la dernière année sous un nouveau statut de chirurgien-dentiste junior (CDJ). À l'instar de ce qui est fixé pour la médecine avec le statut de docteur junior, le CDJ suit sa formation en autonomie supervisée, c'est-à-dire que les actes dentaires réalisés le sont par le CDJ seul. Le CDJ effectuera son année de consolidation, en fonction du contexte de sa formation et de ses souhaits futurs, soit en centre hospitalier, soit en ville.

Suite à la publication des décrets de 2018¹¹⁸ puis de 2020¹¹⁹, le statut de docteur junior s'applique aux internes du DES CO issus de la filière d'odontologie. Afin de bénéficier de ce statut, l'interne doit avoir, à l'issue de la phase d'approfondissement, validé l'ensemble des connaissances et compétences, soutenu avec succès sa thèse d'exercice et obtenu le diplôme d'État de docteur en odontologie. Bien qu'il ne soit plus interne, il reste étudiant et ne peut pas s'inscrire au tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Comme le précise l'ONCD, cela implique des démarches pour une inscription au tableau spécial établi et tenu à jour par le Conseil national de l'ordre¹²⁰.

Recommandation n° 11 : Créer un statut de chirurgien-dentiste junior.

Au regard des modalités d'exercice du chirurgien-dentiste, plutôt ambulatoire qu'en centre hospitalier, il conviendra d'adapter le statut existant pour le rendre applicable à l'ensemble des DES issu de la filière

¹¹⁸ Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037152217>

¹¹⁹ Décret n° 2020-1057 du 14 août 2020 portant diverses dispositions relatives aux études médicales et odontologiques : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042238259/2022-07-24>

¹²⁰ Le statut du docteur junior (ONCD, consultation en mars 2025) : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/pour-l-etudiant/statut-de-docteur-junior/>

odontologie. Au moment de la rédaction de ce rapport, les modalités de mise en œuvre du statut de docteur junior pour les étudiants du DES de médecine générale¹²¹, notamment la rémunération, sont en cours de finalisation ; la mission n'est pas en mesure d'évaluer si ce qui prévaudra pour les docteurs juniors de médecine générale pourra s'appliquer aux CDJ.

4.2.3. La nécessité d'accorder le droit au remord aux étudiants du troisième cycle long en odontologie

Le droit au remord offert aux internes de médecine est un mécanisme leur permettant de changer de spécialité au cours de leur formation en troisième cycle. En médecine il peut être demandé au plus tard durant le deuxième semestre de la phase d'approfondissement, c'est-à-dire avant la fin du quatrième semestre de la spécialité. Dans le cadre d'un schéma de formation identique à celui de médecine, l'inscription pour les DES de la filière odontologique, il semble essentiel que les étudiants inscrits dans ces DES puissent également bénéficier du droit au remord et que celui-ci s'inscrive dans une procédure en tout point similaire à celle décrite par l'arrêté du 12 avril 2017¹²², et plus précisément dans les articles 7 à 9.

La question du changement de subdivision au moment de l'exercice du droit au remord doit être également possible particulièrement au regard du faible nombre de postes d'interne possibles au sein de chaque UFR d'odontologie contrairement à la médecine. Pour autant, il faut que ce changement de subdivision reste motivé et que la procédure s'inscrive dans un processus similaire à celui mis en place pour médecine¹²³.

Recommandation n° 12 : Accorder un droit au remord, sous conditions, permettant aux étudiants engagés dans un DES long de réorienter leur parcours.

4.2.4. L'importance de promouvoir la recherche pour attirer les étudiants vers les carrières hospitalo-universitaires en favorisant l'accès au Master 2

Après avoir abordé la question de l'obtention d'un Master 1 au cours du second cycle (cf. partie 2.4.2 supra), se pose celle d'inciter les étudiants du troisième cycle long à s'engager dans un Master 2 afin d'une part de promouvoir les activités de recherche et d'autre part de les engager vers des carrières hospitalo-universitaires (HU). En effet, la très grande majorité des étudiants inscrits actuellement dans un DES long privilégie un exercice de l'art dentaire en ville et considère que l'ajout d'un Master n'est pas nécessaire pour diversifier leur parcours ou perspectives professionnels. Pour autant, il est essentiel de préparer certains d'entre eux à embrasser une carrière HU afin de former les futurs praticiens et de maintenir une recherche dynamique dans ce domaine.

Une année de Master 2 est une année d'études universitaires dite pleine où, en général, le premier semestre concentre des cours théoriques en lien avec la discipline appréhendée et le second est consacré à un stage recherche en laboratoire. Cette organisation implique de suspendre pendant une année la formation du DES, sous forme de césure de préférence entre la troisième et quatrième année, qui marque le passage de l'internat au statut de CDJ. Afin de financer cette année de césure, il doit être laissé à l'étudiant du troisième cycle long la possibilité d'effectuer des remplacements.

¹²¹ Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>

Voir aussi la présentation détaillée par le collège national des généralistes enseignants (CNGE) : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>

Voir également les rapports suivants : « Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale » (juin 2023) <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/ajout-d'une-quatrieme-annee-au-diplome-d-etudes-specialisees-des-de-medecine> et « Accompagnement et suivi de la mise en œuvre de la quatrième année de formation du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale » :

https://www.apmnews.com/documents/202502211443500.Rapport_2eme_mission_4eme_annee_version_2_envoi_conseillers_16_janvier_2025_1.pdf

¹²² Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758>

¹²³ Pour médecine, en application du troisième alinéa de l'article R632-11 du code de l'éducation, l'étudiant qui sollicite un changement de subdivision pour des motifs impérieux adresse sa demande auprès du directeur général de l'agence régionale de santé dont il relève, lequel se prononce après avis, le cas échéant, du comité médical, du coordonnateur, du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée et du directeur général de l'agence régionale de santé dans laquelle se situe la subdivision souhaitée par l'étudiant.

Il doit être également du ressort des responsables du DES d'accompagner dès la deuxième année les internes désireux de s'inscrire dans ce processus afin de les orienter vers le Master 2 le plus en adéquation avec leurs formations et aspirations. En effet, au-delà du choix, il est nécessaire d'anticiper cette année, notamment pour entamer les démarches indispensables, consistant par exemple en une demande de disponibilité¹²⁴.

4.2.5. L'intérêt de favoriser l'accès à un second DES aux chirurgiens-dentistes titulaires d'un premier DES

Depuis l'année universitaire 2023¹²⁵, les médecins en exercice peuvent accéder au troisième cycle des études de médecine, avec l'opportunité d'acquérir une surspécialité en préparant une option ou une formation spécialisée transversale (FST) ou d'acquérir un second diplôme d'études spécialisées, ouvrant droit à l'exercice d'une nouvelle spécialité.

À l'instar de ce qui est proposé pour la filière médecine, la mission considère que cette possibilité doit être également offerte aux chirurgiens-dentistes en exercice. Cette possibilité doit être ouverte autant pour les titulaires du DES OG (ou du diplôme d'État de chirurgien-dentiste) que les titulaires d'un DES du troisième cycle long. Afin de pouvoir bénéficier de ce dispositif, les chirurgiens-dentistes devraient remplir des conditions d'exercice en tout point similaire à ce qui est demandé aux médecins, soit :

- avoir exercé sur le territoire national pendant au moins trois ans à temps plein pour pouvoir candidater à une formation conduisant à la délivrance d'un diplôme d'études spécialisées d'une spécialité différente de celle dans laquelle ils sont qualifiés ;
- avoir exercé sur le territoire national pendant au moins un an à temps plein pour pouvoir candidater à une option, proposée dans le cadre de la formation du diplôme d'études spécialisées de la spécialité dans laquelle ils sont qualifiés, ou à une formation spécialisée transversale.

Au regard du parcours professionnel des chirurgiens-dentistes souhaitant accéder à un deuxième DES et des formations suivies au cours de leur période d'exercice, une partie de ce second DES devrait pouvoir être validée suivant une procédure établie de validation des acquis d'expériences (VAE) sous le contrôle conjoint de l'ONCD et de la faculté d'odontologie d'accueil.

Afin de conserver un équilibre entre formation initiale et formation continue, les besoins de soins de la population, et les priorités locales que peuvent exprimer les ARS, chaque année un arrêté devra être publié afin de fixer le nombre de chirurgiens-dentistes en exercice susceptibles d'accéder au troisième cycle de la filière odontologie pour suivre un DES, ou une formation spécialisée transversale, par spécialité et par subdivision.

Recommandation n° 13 : Permettre aux chirurgiens-dentistes en exercice de changer de spécialité par l'accès à un second DES dont une partie peut être obtenue par une procédure de validation des acquis d'expérience par la voie de la formation continue sous le contrôle conjoint de l'ONCD et de la faculté d'odontologie d'accueil.

Par ailleurs, L'accès à un second DES de la filière odontologie peut être élargi à la possibilité pour un chirurgien-dentiste, déjà titulaire d'un DES, notamment celui d'odontologie générale, de poursuivre vers le DES de santé publique de la filière médicale.

4.3. Un premier scénario avec cinq DES dont deux co-DES pour un troisième cycle long d'odontologie

Au cours de ses travaux, la mission a rencontré à plusieurs reprises la coordination nationale des collèges des enseignants en odontologie (CNCEO), les responsables des différents collèges, les responsables des différentes sections du Conseil national des universités (CNU) concernés ainsi que la Conférence des doyens

¹²⁴ Voir l'article R. 6153-26 du Code de la santé publique :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028688123/2023-04-15/

¹²⁵ Arrêté du 25 avril 2022 relatif aux modalités d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045654099>. Plus d'informations sur le site du ministère de la Santé : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/acces-au-3eme-cycle-des-etudes-de-medecine-pour-les-praticiens-en-exercice-ce>

des facultés d'odontologie, ainsi que les différents organismes représentatifs des étudiants. L'objectif principal de la réflexion engagée est d'améliorer la qualité des soins et de faciliter la compréhension du parcours de soins pour le patient, notamment en distinguant les soins de premier recours assurés par les omnipraticiens des soins de deuxième et troisième recours dispensés par des spécialistes.

L'organisation de ce troisième cycle long a aussi pour objectif d'encourager une partie des étudiants vers une carrière hospitalo-universitaire (voir la partie 4.2.1 au sujet de l'accès au Master 2) en associant les DES aux différentes sections CNU.

Cette partie a donc pour objectif de proposer un scénario principal comprenant cinq DES au total, dont deux partagent la phase socle, à partir duquel des déclinaisons sont possibles même si ce schéma principal soit recommandé par la mission. Le tableau ci-dessous présente l'architecture retenue (tableau n° 8).

Le contenu des formations est une tâche qui reste du ressort des différents collèges des enseignants concernés par les disciplines constituant ces DES, seuls compétents pour accomplir cet exercice.

Tableau n° 8 : cinq DES adossés aux trois sections CNU et deux FST

| 57 ^e section CNU | | 56 ^e section CNU | | 58 ^e section CNU |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| co-DES chirurgie orale et parodontologie Double entrée : médecine et odontologie | | DES orthopédie dento-faciale | DES odontologie pédiatrique | DES réhabilitation orale complexe |
| année 1 | phase socle | | phase socle | phase socle |
| année 2 | approfondissement | approfondissement | approfondissement | approfondissement |
| année 3 | | | | |
| année 4 | Docteur junior | CDJ | CDJ | CDJ |
| diplôme | DES CO | DES parodontologie | DES ODF | DES OP |
| FST | - patients à besoins spécifiques - santé publique | | | |

Source : la mission, avril 2025.

En somme, un DES équivaut à un métier, sauf pour le DES odontologie pédiatrique qui répond à la demande de prise en charge d'un public. Globalement, cela revient à une spécialisation claire de chaque parcours, facilitant ainsi l'orientation des étudiants et la prise en charge des patients en fonction des compétences spécifiques de chaque praticien.

4.3.1. Une évolution du DES MBD en un DES répondant à une spécialisation de l'omnipraticien

Comme indiqué en partie 4.1.3, l'actuel DES MBD n'a pas rempli les objectifs escomptés lors de sa création et souffre d'un manque de visibilité dans le parcours de soins. La mission propose donc de le faire évoluer en un DES dont les axes disciplinaires correspondent à la section CNU 58, c'est-à-dire dentisterie restauratrice, endodontie et prothèse (dernière colonne du tableau n° 8). La parodontologie qui figurait précédemment comme une discipline de ce DES MBD ne figure pas dans ce nouveau DES nommé réhabilitation orale complexe (DES ROC).

Le terme « complexe » ici ne signifie pas « compliqué » car il ne renvoie pas à une notion de difficulté mais est employé pour délimiter le périmètre de cette spécialité par rapport au champ d'intervention habituel du chirurgien-dentiste omnipraticien. Selon plusieurs collèges enseignants (en prothèses odontologiques, en odontologie conservatrice et en sciences biologiques), cette formation devrait permettre de traiter les conséquences fonctionnelles et neurologiques des processus inflammatoires, traumatiques, dégénératifs,

cancéreux et génétiques conduisant souvent aux pertes dentaires et osseuses et à des douleurs chroniques oro-faciales.

L'objectif de ce DES est donc de former des praticiens spécialisés dans :

- le traitement de patients atteints de pathologies oro-faciales complexes (bruxisme, cancérologie, résorption sévère, maladies rares) ;
- les traitements dentaires faisant appel à des solutions incluant les obturations, les prothèses adjointes, maxillo-faciales, les facettes, les couronnes, les ponts, les jumelages, les dispositifs occlusaux, les implants, la dentisterie conservatrice réparatrice, la dentisterie cosmétique, la dentisterie numérique ;
- la prise en charge du patient à besoin spécifique : douleurs, dysfonctions, situation de handicap, polyopathologie, vulnérabilités, maladies rares ;
- l'élaboration de diagnostics, de plans de traitements et coordination de séquences de traitement avec les spécialistes médico-dentaires et les omnipraticiens ;
- la prévention et le maintien de la santé, de la fonction et de l'esthétique.

L'évolution du DES MBD vers un DES ROC répond aux défis de la dentisterie spécialisée en offrant une formation adaptée aux pathologies complexes, tout en renforçant la cohérence du parcours de soins et en optimisant la prise en charge des patients.

La mission préconise un dispositif permettant aux titulaires d'un MBD qui en feront la demande d'obtenir une équivalence avec le DES réhabilitation orale complexe, en fonction de leur parcours et de leur expérience professionnelle, le cas échéant, en s'appuyant sur une formation complémentaire.

4.3.2. Un co-DES pour la chirurgie orale et la parodontologie

Bien qu'elles soient différentes, ces disciplines sont complémentaires, la chirurgie orale et la parodontologie sont deux disciplines qui partagent des connaissances médicales et des techniques chirurgicales. Elles sont également abritées par la section CNU 57 (chirurgie orale, parodontologie, biologie orale) confirmant ainsi l'existence de points communs disciplinaires. Sous la forme d'un co-DES, ces deux spécialités partageront la double entrée médecine et odontologie et par conséquent une phase socle comprenant une remise à niveau en odontologie et en médecine. L'organisation de cette phase socle pouvant être une évolution de celle qui existe aujourd'hui pour le DES CO où les activités cliniques devront être différencier afin de garantir l'acquisition des compétences en chirurgie orale et en parodontologie sur quatre ans. C'est à l'issue de cette phase socle que la séparation entre les deux spécialités s'effectuera pour mener d'un côté au DES CO et de l'autre au DES parodontologie.

Une évolution du DES CO renforçant la convergence entre les deux filières d'entrée

Bien que certains chirurgiens maxillo-faciaux menacent de ne plus participer à la formation des internes de ce DES, en particulier en ne sollicitant plus l'obtention de l'agrément de terrains de stage, la communauté issue de la filière odontologie, ainsi qu'une partie de la filière de médecine souhaitent maintenir cette formation à double entrée, en proposant, le cas échéant, d'autres terrains de stage comme en oto-rhino-laryngologie (ORL)¹²⁶. Ce qui ressort également des entretiens réalisés par la mission auprès du collège des enseignants en CO, est plutôt de tendre vers une évolution de la formation pour inclure plus d'enseignements de simulation, de renforcer la convergence des compétences et connaissances des internes issus des deux filières initiales en prenant appui de façon plus prononcée sur les référentiels LiSA (médecine) et MONA en finalisation (odontologie).

Création du DES parodontologie, une réponse à la forte prévalence des parodonties sévères

Bien que la parodontologie ait une place au sein de la formation des premier et deuxième cycles des études d'odontologie, il apparaît à la mission nécessaire de renforcer cet axe disciplinaire en le déclinant sous la forme d'un DES, ici associé au DES de chirurgie orale pour sa phase socle. Aujourd'hui, d'après le collège

¹²⁶ À titre d'exemple, la substitution de stage clinique en CMF en ORL est déjà pratiquée à Rennes en raison de l'absence d'un service CMF au CHU de Rennes.

national des enseignants de parodontologie, près de 30 % des internes du DES MBD s'orientent vers la parodontologie et implantologie depuis 2011. Cela ne sera plus possible si la révision du DES MBD est retenue. Par ailleurs, cette discipline fait l'objet de diverses offres de formation continue dont deux diplômes d'université (DU) accrédités au niveau européen¹²⁷. De plus, onze pays membres de l'UE proposent cette discipline comme spécialité¹²⁸.

Du point de vue de la santé publique, la parodontite est le sixième problème de santé le plus courant dans le monde. Selon l'étude Global Burden of Disease (2017)¹²⁹, la prévalence de la parodontite sévère était de 11 %, touchant environ 743 millions de personnes. Comparée à certaines autres maladies courantes, elle est presque à égalité avec la prévalence des infections sexuellement transmissibles (16 %) et est plus fréquente que les maladies cardiovasculaires (prévalence de 6,6 %). Dans des travaux de recherche récents, il a été montré en particulier que la parodontite constitue un facteur contribuant au risque cardiovasculaire¹³⁰. En janvier 2025, l'union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) a publié une note au sujet des interrelations entre traitement parodontal et affections longues durées¹³¹. Le chirurgien-dentiste en omnipraticipe, en raison de la formation du premier et deuxième cycle est en capacité de prendre en charge une très large majorité de la maladie parodontale. Cependant, il ressort que 5 à 10 % des cas devraient relever d'une prise en charge spécialisée. La création de cette spécialité répond donc à la nécessité d'une activité de recours pour le traitement de parodontites sévères.

L'objectif de ce DES est donc de former des praticiens spécialisés dans :

- la planification et traitements implantaires chez le patient parodontal ;
- la chirurgie muco-gingivale ;
- l'aménagement pré- et péri-implantaire ;
- la gestion des patients à risques spécifiques.

La création du DES en parodontologie est pleinement justifiée. Il répond à la forte prévalence des parodonties sévères en formant des praticiens spécialisés aux soins complexes, assurant ainsi une prise en charge optimale des patients et, de préférence dans le cadre de soins de deuxième, voire de troisième recours, c'est-à-dire en caractérisant cette spécialité comme étant avant tout hospitalière¹³².

4.3.3. Un DES ODF prolongé d'une année par la création de la phase de consolidation

Il n'est pas ici question de remettre en cause la formation du DES ODF telle qu'elle est aujourd'hui proposée car elle répond aux attentes en termes de santé publique, mais d'aborder la création d'une année supplémentaire, celle de chirurgien-dentiste junior, correspondant à une année de consolidation. Cette année complémentaire est demandée à la fois par les internes rencontrés, dont un grand nombre poursuit actuellement la formation via deux années de clinicat avant de s'engager dans un exercice libéral, et par le collège national des enseignants en ODF. Cette phase de consolidation devra permettre une transition douce entre l'internat et le clinicat. Un projet de maquette propose pour cette dernière année des enseignements hors stage permettant d'acquérir des connaissances et des compétences pour l'exercice autonome de la spécialité et pour un exercice professionnel en milieu libéral (gestion d'entreprise, comptabilité, etc.).

¹²⁷ Plus précisément il s'agit du DU « clinique de parodontie » délivré par l'université de Paris Cité (<https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/du-clinique-de-parodontie-KFGRBM1T.html>) et le DU de « parodontologie clinique » de l'université de Strasbourg (<https://chirurgie-dentaire.unistra.fr/formation/du/parcours-parodontologie-clinique-PR1946-9659>). L'accréditation européenne est donnée par la Fédération européenne de parodontologie.

¹²⁸ Il s'agit des pays suivants : Belgique, Bulgarie, Croatie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Slovénie, Suède et Roumanie.

¹²⁹ Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, The Lancet, 2018 ; 392(10159) : 1789-858.

¹³⁰ A. Brun, C. Petit, O. Huck, P. Bouchard, M. C. Carra, M. Gosset, « La parodontite : un risque sous-estimé des maladies cardiovasculaires », Med Sci (Paris) 2024 ; 40 : 35-41.

¹³¹ Objectif Prévention, UFSBD, janvier 2025 (numéro co-rédigé avec la société française de parodontologie et d'implantologie orale) : https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2025/02/OBJ_PREV_GUIDE-PARO_0225.pdf

¹³² Comme la parodontologie est une discipline enseignée en premier et deuxième cycle, elle doit pouvoir être exercée par les titulaires d'un DES OG au titre des soins de premier recours, et aux omnipraticiens ensuite pour les cas plus complexes d'adresser les patients vers les spécialistes.

Ainsi, l'ajout d'une année de consolidation en chirurgie-dentaire junior dans le DES ODF répond à un besoin de transition entre l'internat et l'exercice libéral. **Cette année complémentaire facilitera l'insertion professionnelle tout en ouvrant des opportunités vers les carrières hospitalo-universitaires, profession dont le renouvellement constitue un enjeu majeur.**

4.3.4. Crédit d'un DES odontologie pédiatrique réclamé par tous les acteurs et qui répond à une forte demande en santé publique

Bien que la mission ne dispose pas de données précises à ce sujet, il est généralement admis qu'un certain nombre de chirurgiens-dentistes (autour de 20 %) choisissent de ne pas prendre en charge les enfants. La création de ce DES d'odontologie pédiatrique répond ainsi à une demande croissante de chirurgiens-dentistes spécialisés dans cette pratique (plus de 200 praticiens recensés par le collège national des enseignants d'odontologie pédiatrique en 2021) et des familles, afin d'offrir à cette spécialité la reconnaissance et la visibilité qu'elle mérite.

L'odontologie pédiatrique ne se définit pas par un domaine de compétences techniques comme pour les autres DES, mais elle se rapporte à un type de patient particulier (tout-petit, enfant et adolescent) dont la prise en charge nécessite une approche thérapeutique adaptée tenant compte de leur développement et est tributaire de la relation que peut nouer le praticien avec son jeune patient¹³³. Le praticien titulaire de ce DES sera demain un acteur essentiel de la prévention au regard des actuelles politiques publiques qui visent l'objectif « zéro carie ». Un livre blanc¹³⁴, publié en 2021, dresse un état des lieux de cette spécialité à travers l'Europe, de la situation en France et présente les difficultés rencontrées par les familles dans un parcours de soins qui impose une prise en charge spécifique. Bien que l'odontologie pédiatrique soit abordée en premier et deuxième cycle d'odontologie, et qu'il existe une offre de DU, de diplômes interuniversitaires (DIU) ainsi que de certificats d'études supérieures (CES) Odontologie Pédiatrique Prévention, il ressort que cela insuffisant au regard des besoins énoncés dans le livre blanc de 2021.

Le contenu et les attendus en termes de connaissances et compétences pour ce DES ont d'ores et déjà été établis par la profession sur la base d'un référentiel de compétences¹³⁵ et de l'existence de cette spécialité dans onze pays membres de l'UE¹³⁶.

4.3.5. Des spécialités pouvant être renforcées par la création de formations spécifiques transversales

Afin de compléter l'offre de formation d'un troisième cycle long, la mission propose la création de deux formations spécifiques transversales (FST) pouvant répondre à des besoins énoncés par la profession, et ne pouvant pas donner lieu à la création d'un DES. Ces FST, d'une durée d'une année, pourraient être suivies par les internes à l'issue de leur phase d'approfondissement.

Une formation nécessaire pour traiter les patients à besoins spécifiques

Selon l'American academy of paediatric dentistry (AAPD), les patients à besoins spécifiques correspondent à toute personne présentant « toute incapacité physique, développementale, mentale, sensorielle, comportementale, cognitive ou émotionnelle ou toute situation invalidante qui requiert une prise en charge médicale, des soins et/ou le recours à des services ou programmes spécialisés »¹³⁷. Pour autant, cette notion est plus large et peut englober notamment des situations parfois peu visibles d'emblée comme celles des patients se prêtant difficilement aux soins, des patients souffrant d'aphasie ou trouble de la parole, ou encore des patients désorientés. Ces patients nécessitent donc une prise en charge particulière pouvant aller jusqu'à requérir une anesthésie générale. L'ONCD a rapporté, à l'occasion de travaux dédiés¹³⁸, que ces patients

¹³³ « Relation praticien-patient chez l'enfant et l'adolescent », Narek Khatchatryan, février 2024, université de Reims Champagne-Ardenne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04659703/document>

¹³⁴ Livre blanc de l'odontologie pédiatrique en France : une urgence de santé publique, 18 novembre 2021 : <https://collegeodontopediatriquedotnet.wordpress.com/livret-blanc-de-lodontologie-pediatrique-en-france/>

¹³⁵ Référentiel de compétences métier de l'European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) et prend en compte celui de l'Association for Dental Education in Europe (ADEE).

¹³⁶ Ces onze pays sont : Bulgarie, Croatie, Finlande, Hongrie, Italie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie, Suède.

¹³⁷ American Academy of Paediatric Dentistry. Definition of special health care needs. Pediatr Dent. 2012 ; 34 (special issue) : 16.

¹³⁸ ONCD, accès aux soins bucco-dentaires, dépendance – handicap – précarité – maladies rares, rapports 2017 et 2018 : https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/categories_presse/rapport-acces-aux-soins/

seraient de l'ordre de six à dix millions en France, et a constaté que ces patients sont particulièrement concernés par ces difficultés d'accès aux soins buccodentaires.

Il est donc important que les internes souhaitant traiter ce type de patients complètent leur formation par une FST dédiée que pourrait proposer quelques facultés d'odontologie sur le territoire, ce qui impliquerait pour certains internes d'effectuer une mobilité géographique pendant cette période.

En ce qui concerne le contenu de cette FST, la mission encourage les facultés proposant un diplôme universitaire¹³⁹ s'inscrivant dans ce champ à travailler ensemble à la mise en place d'une maquette permettant à cette formation d'être accréditée puis déployée au plus vite.

Une formation qui permet de promouvoir la santé orale dans les politiques publiques

Le collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique souhaite la création d'un DES en santé publique afin de porter cette discipline à hauteur des autres disciplines médicales. Bien que cette discipline soit essentielle pour intégrer les problématiques de santé orale dans les politiques publiques de santé, la mission considère qu'il est plus important que la culture de la santé publique soit accessible au plus grand nombre des étudiants d'odontologie et qu'elle soit intégrée dès le premier et deuxième cycle de la formation des chirurgiens-dentistes.

Cependant, la connaissance des besoins de soins bucco-dentaires au sein de la population via des données épidémiologiques, le développement d'une politique nationale dans la prévention bucco-dentaire et la promotion de la santé orale exige de former des spécialistes de haut niveau. C'est pour cette raison que la mission propose la création d'une FST de santé orale dont le contenu pourrait être bâti à partir du projet initial de DES porté par le collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique.

4.3.6. Malgré une offre de formation à cinq DES, le nombre d'internes global à former évolue peu

Lors de la dernière phase d'ouverture du concours d'internat pour les DES de la filière odontologie¹⁴⁰, un total de 121 postes étaient à pourvoir, dont 44 pour le DES MBD. Dans le cadre de la mise en place des cinq DES suivant le scénario proposé, la mission propose de redistribuer les postes du DES MBD aux trois nouveaux DES, en tenant également compte des éléments communiqués par les collèges enseignants sur les besoins et du caractère nouveau de ces DES. Aux postes d'internes existant aujourd'hui, la mission propose également dans cet effort de prospective d'inclure la hausse du nombre d'étudiants prévue en raison de la création des nouvelles facultés d'odontologie. Le flux d'étudiants sortant du deuxième cycle devrait être de l'ordre de 300 en 2027 ou 2028. Par conséquent, aux 121 postes d'internes, la mission suggère d'en ajouter 29 supplémentaires, portant ainsi le nombre à 150 postes à mettre au concours en 2027.

La répartition pourrait alors être la suivante :

- hausse proportionnelle des postes ouverts dans les DES ODF et CO aboutissant respectivement 65 et 30 postes d'internes ;
- 15 postes pour le DES OP comme proposé par le collège national des enseignants d'odontologie pédiatrique ;
- 30 postes pour le DES ROC et 10 pour le DES parodontologie.

Le nombre de postes d'internes à ouvrir ainsi que de leur répartition sur le territoire national devront tenir compte à la fois des compétences pédagogiques au sein des UFR d'odontologie (les seize anciennes comme les nouvelles) et des besoins recensés par les ARS.

Il reviendra, in fine, à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) d'établir la cartographie finale.

¹³⁹ Par exemple l'université de Clermont-Ferrand propose un DU « soins dentaires sous sédation consciente et anesthésie générale » dont le contenu peut correspondre à une base de travail pour construire une FST dédiée aux patients à besoins spécifiques.

¹⁴⁰ Arrêté du 15 mai 2024 portant répartition des postes offerts au concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2024-2025 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049548359>

4.4. Un deuxième scénario permettant une évolution importante du DES CO selon deux voies possibles

Bien que la mission ait noté que chirurgie orale et parodontologie pouvaient partager un socle commun au regard de l'aspect médical que partagent ces deux disciplines, la possibilité d'un co-DES ne doit pas être un frein au développement des deux spécialités et une évolution en profondeur du DES CO. En effet le collège national des enseignants de chirurgie orale souligne les disparités entre les deux disciplines, considérant que l'une relève plutôt de la chirurgie et l'autre est plutôt médicale que chirurgicale, la parodontologie étant surtout axée sur le diagnostic des maladies parodontales et sur les traitements conservateurs et de prévention.

C'est la raison pour laquelle la mission propose une alternative au scénario initial :

- une évolution des deux DES existants que sont le DES CO (voir ci-dessous) et le DES ODF (voir partie précédente) ;
- la création du DES parodontologie, du DES OP et du DES ROC, ce dernier étant issu du DES MBD revu ;
- l'ouverture des deux FST mentionnées précédemment.

Tableau n° 9 : une offre de formation à cinq DES et deux FST

| 57 ^e section CNU | | 56 ^e section CNU | | 58 ^e section CNU |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| DES CO ou DES CO + CMF | DES parodontologie | DES orthopédie dento-faciale | DES odontologie pédiatrique | DES réhabilitation orale complexe |
| voir ci-dessous | 4 ans, entrée unique odontologie + la dernière année étant celle de CDJ | | | |
| FST | - patients à besoins spécifiques - santé publique | | | |

Source : la mission

Deux architectures possibles pour une évolution du DES CO en un double degré DES CO et CMF

Suite aux visites sur sites et rencontres avec des internes inscrits dans le DES CO ainsi que des échanges avec les représentants de l'Association nationale des internes en chirurgie orale (ANICO), la mission a relevé leur souhait de pouvoir bénéficier d'une surspécialisation en chirurgie maxillo-faciale conduisant à un double degré¹⁴¹ leur permettant de pratiquer des actes chirurgicaux comme la chirurgie orthognathique.

Les tensions mentionnées précédemment résultant de la menace de voir les acteurs de chirurgie maxillo-faciale ne plus s'impliquer dans la formation du DES CO tel qu'il a été conçu en 2011 amènent la mission à proposer une révision de l'architecture du DES CO pour offrir une mise à niveau en médecine, des étudiants issus de la filière odontologique. Dès lors, ce complément de formation permet d'envisager un parcours ouvrant la possibilité d'un double degré CO et CMF¹⁴². L'obtention de ce double degré devra s'accompagner de la possibilité d'une inscription à la fois au conseil national de l'ordre des médecins et au conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes. De surcroit, en procédant ainsi, le diplôme sera reconnu à travers les pays

¹⁴¹ La notion de double degré chirurgie orale et chirurgie maxillo-faciale se développe dans de nombreux européens et également dans au Canada, aux États-Unis comme en Australie. À l'échelle européenne, il permettra aux titulaires de ce DES de la filière médicale de pouvoir exercer dans un autre pays d'Europe, alors qu'à ce jour cela n'est pas possible.

¹⁴² Le DES de chirurgie maxillo-faciale est décrit dans l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine, annexe II-I, maquette I : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881>. Ce DES comporte 12 semestres dont au moins huit dans la spécialité (dont au moins cinq dans un lieu de stage avec encadrement universitaire) et au moins trois dans un lieu de stage sans encadrement universitaire.

membres de l'Union européenne, que le titulaire soit de la filière odontologie ou de la filière médecine, donnant ainsi en particulier aux médecins titulaires du DES CO d'exercer la spécialité en dehors de France.

La mission propose deux possibilités pour ouvrir une voie nouvelle répondant à l'enjeu d'un double degré.

Une première voie renforçant la pratique clinique médicale des internes de la filière odontologie

L'accès de ce double degré pour les internes issus de la filière odontologie consisterait à leur proposer deux ans en stages pratiques dans différents services de médecine. De la même manière, les internes issus de la filière médecine pourraient suivre une année de stages pratiques en odontologie. Cette période en médecine pour les chirurgiens-dentistes et en odontologie pour les médecins s'effectuerait à la suite des deux années de la phase d'approfondissement et par conséquent avant d'accomplir l'année comme docteur junior.

À titre d'exemple, voici une organisation possible des stages à destination des internes en odontologie :

- six mois dans des services de médecine comme la médecine interne, gastroentérologie, cardiologie, etc. ;
- six mois dans des services de chirurgie notamment en chirurgie maxillo-faciale, ou l'ORL, l'orthopédie, etc. ;
- trois mois dans des services de psychiatrie ;
- trois mois dans un service d'urgence ;
- trois mois dans un service d'anesthésie ;
- trois mois dans un service au choix.

À la suite ce cursus de 4+2 ans pour les internes de la filière odontologie et de 4+1 ans pour les internes de la filière médecine, les étudiants obtiennent le double degré d'un DES chirurgie orale et chirurgie maxillo-faciale.

Une seconde possibilité emportant une année de consolidation des connaissances et compétences médicales aux internes de la filière odontologie

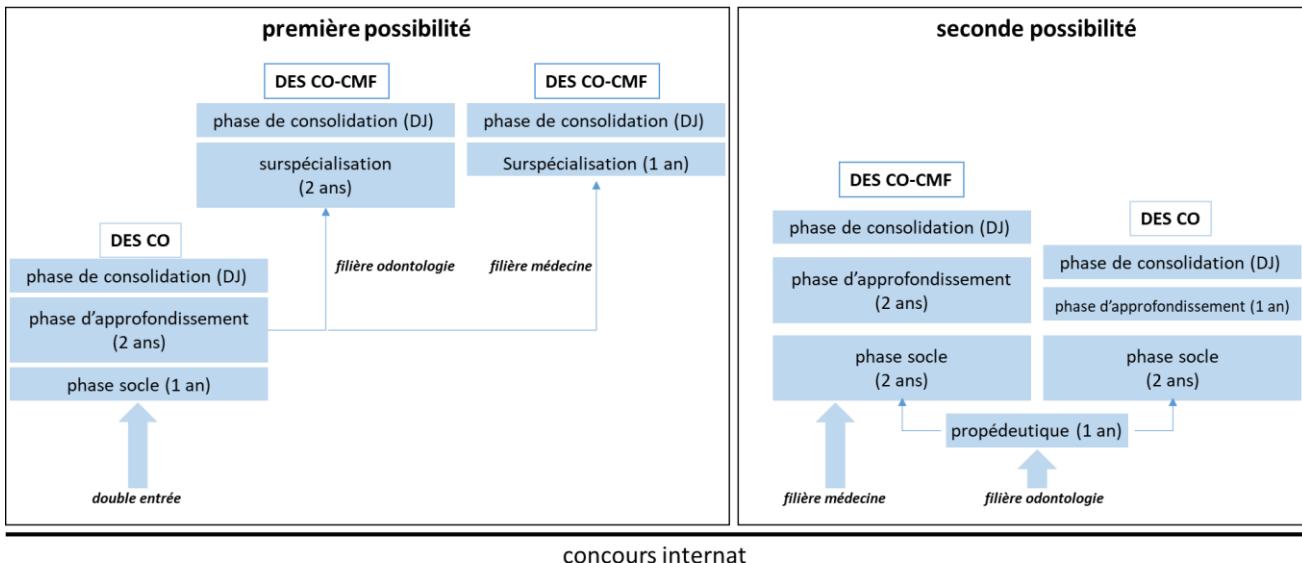
Ce second parcours implique dès l'entrée dans le DES une formation médicale dont l'objectif est de mettre à niveau les internes de la filière odontologie. Cette architecture permettra à tout interne, quelle que soit sa filière d'origine de participer à la permanence des soins, ce qui n'est pas le cas à ce jour pour les étudiants issus d'odontologie, couvrant ainsi une partie des besoins en termes de santé publique dans les hôpitaux. Sans entrer dans le détail, tout en tenant compte des parcours des candidats précédant l'entrée dans ce DES double degré, le schéma global serait ainsi organisé :

- pour les internes issus de la filière odontologie, une année de propédeutique permettant d'aborder des connaissances et compétences purement médicales nécessaires à la poursuite dans ce DES ;
- pour tous les internes, deux années de phase socle :
 - pour les internes issus de médecine une formation orientée odontologie, en partie de pratique clinique indispensable pour une bonne connaissance des soins bucco-dentaires,
 - pour les internes issus d'odontologie une formation orientée médecine,
- pour tous, deux années pour la phase d'approfondissement ;
- pour tous, une année de phase de consolidation sous le statut de docteur junior.

À l'issue de ce cursus de six ans pour les internes de la filière odontologie et de cinq ans pour les internes de la filière médecine, tous les étudiants obtiennent le double degré d'un DES chirurgie orale et chirurgie maxillo-faciale et sont alors dans la possibilité d'une double inscription aux ordres de médecine et de chirurgiens-dentistes.

Pour les internes de la filière odontologie souhaitant exercer uniquement dans le champ restreint de la chirurgie orale, comme défini aujourd'hui, il sera possible d'effectuer une seule année de la phase d'approfondissement conduisant finalement au DES CO après cinq ans de formation et impliquant l'inscription au seul conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Figure n° 2 : représentation des deux possibilités



Source : la mission

Cette évolution du DES CO en un double dégré imposera à ce que l'ensemble des acteurs, chirurgie-orale et chirurgie maxillo-faciale, se mettent autour de la table afin de construire les contenus de cette formation dans les délais les plus brefs afin qu'un nouvel arrêté puisse être pris et que cette nouvelle formation soit proposée au plus tôt. Il va de soi que dans la période de transition il sera nécessaire de maintenir l'organisation du DES CO telle qu'elle existe aujourd'hui.

4.5. Un troisième scénario à quatre DES, la parodontologie étant une FST supplémentaire

Comme l'a indiqué précédemment la mission, la parodontologie est une discipline enseignée tout du long de la formation des chirurgiens-dentistes et plutôt que de faire l'objet d'une spécialité, elle pourrait être proposée comme une FST. Cette troisième FST pourrait être construite autour des fondamentaux de la discipline et nourrir les pratiques des autres DES, en particulier les DES CO, OP et ROC. Une telle hypothèse emporterait (tableau n° 10) :

- une évolution des deux DES existants que sont le DES CO et le DES ODF comme indiqué précédemment ;
- la création du DES parodontologie, du DES OP et du DES ROC, ce dernier étant issu du DES MBD revu ;
- l'ouverture de trois FST, notamment les deux mentionnées précédemment et d'une FST en parodontologie.

Le second scénario permet d'adapter le DES CO aux enjeux soulevés à la fois par le collège des enseignants de chirurgie orale à ceux de chirurgie maxillo-faciale et des besoins en santé publique.

Recommandation n° 14 : Revoir l'offre de DES du troisième cycle long d'odontologie selon l'un des trois scénarios suivants : soit pour le premier, cinq DES dont deux co-DES, soit pour le deuxième cinq DES en parallèle avec une évolution du DES CO, soit au titre du troisième, quatre DES.

Tableau n° 10 : une offre de formation à quatre DES et trois FST

| | 57 ^e section CNU | 56 ^e section CNU | | 58 ^e section CNU |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| | DES CO ou DES CO + CMF | DES orthopédie dento-faciale | DES odontologie pédiatrique | DES réhabilitation orale complexe |
| | voir ci-dessous | 4 ans, entrée unique odontologie + la dernière année étant celle de CDJ | | |
| FST | - patients à besoins spécifiques - santé publique - parodontologie | | | |

Source : la mission

4.6. Avec la création de DES de cycle court et de cycle long et l'ouverture de nouvelles facultés d'odontologie, une répartition des terrains de stage nécessite de revoir la carte des subdivisions

Jusqu'à présent, le découpage en subdivisions du territoire¹⁴³ pour la filière odontologie présentait une différence avec celle de médecine¹⁴⁴ en raison d'un nombre moindre de facultés d'odontologie. L'émergence des nouvelles facultés (voir encadré n° 2) et les nouveaux DES en quatre ans invitent la mission à s'interroger sur le découpage territorial actuel, et son influence par la suite sur la couverture territoriale en termes de terrains de stage, notamment avec la création du CDJ qui pourra exercer soit en milieu hospitalier, soit en ambulatoire. Afin de développer les nouvelles facultés d'odontologie, un « accompagnement » par une faculté plus ancienne a été mis en place. Par exemple, celle de Caen était en lien direct avec celle de Rennes, proche géographique, bien que la subdivision de l'UFR de médecine de Caen soit dans l'interrégion Nord-Ouest et non de Bretagne.

Le tableau ci-dessous présente les actuelles interrégions et subdivisions de la filière odontologie. La mission note que Rennes et Brest figure à ce jour dans une unique subdivision et que la subdivision Nord-Ouest couvre à la fois les Hauts-de-France et la Normandie alors qu'il n'existe pas encore récemment de facultés d'odontologie à Caen et Rouen et que ces deux nouvelles facultés ne sont pas, à ce jour, encore accréditées à délivrer de DES.

¹⁴³ Pour la formation des internes, l'Hexagone est découpé en inter régions permettant de regrouper les internes d'une spécialité pour des cours théoriques ; les inter régions regroupent au moins trois CHU, sauf la situation de Paris qui est particulière. Le découpage en subdivision correspond aux terrains de stages possibles dans un périmètre proche du CHU et de l'UFR qui porte le DES et permettent aux ARS de déterminer les besoins en spécialistes dans ces territoires.

¹⁴⁴ Pour le découpage inter régions et subdivisions en médecine, voir <https://isni.fr/tout-sur-la-formation-pratique-et-theorique-des-internes-et-sur-le-post-internat/interregions-et-subdivisions/>

Tableau n° 11 : interrégions et subdivisions de la filière odontologie comme définies à ce jour et régions de France

| Inter région | Subdivision CHU | Région | Inter région | Subdivision CHU | Région |
|----------------------|--------------------|----------------------|--------------|-----------------|-------------------------|
| Ouest | Rennes et Brest | Bretagne | Nord-Est | Dijon | Bourgogne Franche Comté |
| | Nantes | Pays de la Loire | | Besançon | |
| | Angers | | | Strasbourg | Grand Est |
| | Tours | Centre Val de Loire | | Nancy | |
| | Poitiers | Nouvelle Aquitaine | | Reims | |
| Sud-Ouest | Limoges | Nord-Ouest | Lille | Hauts-de-France | |
| | Bordeaux | | Occitanie | | Amiens |
| | Toulouse | | | | Rouen |
| Sud-Est | Montpellier-Nîmes | | PACA | | Caen |
| | Marseille et Nice | Paris | Paris | Paris | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Clermont | Auvergne-Rhône-Alpes | | | |
| | Lyon et St Etienne | | | | |
| | Grenoble | | | | |

Source : DGOS, mars 2025

La Conférence des doyens des facultés d'odontologie propose un découpage légèrement différent de l'actuel qui tient compte à la fois des régions, et de la nécessité de créer une subdivision rattachée au CHU de Brest comme cela existe en médecine (tableau n° 12). Cette proposition diffère également légèrement du découpage pour la médecine qui maintient la subdivision de Toulouse dans l'interrégion Sud-Ouest et place Poitiers dans l'interrégion Ouest.

Tableau n° 12 : proposition d'inter régions et de subdivisions de la filière odontologie et régions de France

| Inter région | Subdivision | Région | Inter région | Subdivision | Région | |
|--------------|-------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| Ouest | Brest | Bretagne | Nord-Est | Dijon | Bourgogne Franche Comté | |
| | Rennes | | | Besançon | | |
| | Nantes | Pays de la Loire | | Strasbourg | Grand Est | |
| | Angers | | | Nancy | | |
| | Tours | Centre Val de Loire | | Reims | | |
| | Orléans | | | Clermont-Ferrand | | |
| Sud-Ouest | Limoges | Nouvelle Aquitaine | Auvergne-Rhône-Alpes | Lyon et Saint Etienne | Auvergne-Rhône-Alpes | |
| | Bordeaux | | | Grenoble | | |
| | Poitiers | | | Lille | Hauts-de-France | |
| Sud-Est | Toulouse | Occitanie | Nord-Ouest | Amiens | | |
| | Montpellier | | | Rouen | Normandie | |
| | Nîmes | | | Caen | | |
| | Marseille | Provence-Alpes-Côte-D'azur | Paris | Paris | Paris | |
| | Nice | | | | | |

Source : Conférence des doyens des facultés d'odontologie, octobre 2024

La mission considère que ce découpage est la plus adapté à la situation, en prenant en compte la loi Nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) et la création des nouvelles formations en odontologie.

5. Un tarissement imminent du vivier d'encadrants en odontologie à endiguer

La formation en odontologie repose sur un personnel d'encadrement de haut niveau relativement peu nombreux à l'échelle de chacune des 21 subdivisions existantes aujourd'hui en France. Les taux d'encadrement, déjà relativement faibles, vont considérablement se dégrader si une évolution statutaire ne vient pas corriger l'impossibilité pour les personnels de la filière hospitalo-universitaire d'exercer à temps incomplet à partir de 2027. L'équilibre déjà fragile de ces formations qui fonctionnent à flux tendus en serait très perturbé ce qui pourrait remettre en question la formation elle-même. Sans modifier le décret portant unification des personnels enseignant et hospitalier, il convient d'examiner des pistes d'évolution statutaires susceptible de redonner une attractivité à cette filière.

5.1. Une cartographie des personnels enseignants et encadrants en évolution

Afin d'obtenir le nombre d'emplois d'enseignants en odontologie attribués aux universités, la mission a interrogé deux sources de données : celle existante à la direction générale des ressources humaines (DGRH) pour l'enseignement supérieur, et celle du CNG pour la Santé. Un premier constat a porté sur des écarts très significatifs du nombre d'emplois de titulaires entre ces deux sources. Par ailleurs, une seule des deux directions dispose des effectifs des chefs de clinique universitaires, alors qu'il s'agit d'une catégorie d'emploi hospitalo-universitaire et qu'elle représente un peu moins de la moitié des effectifs de la filière. La mission n'a pu travailler au final qu'à partir des données de la DGRH.

L'information concernant les emplois attribués aux universités ne permet pas à elle seule de connaître la situation réelle des formations en odontologie, qui est déterminée par le nombre d'emplois effectivement pourvus. Lors des visites de terrain, la mission a constaté l'existence d'un nombre préoccupant d'emplois de

la filière hospitalo-universitaire vacants en odontologie, avec plusieurs cas de figure : ces emplois peuvent être pourvus temporairement par des emplois d'associés ; ils peuvent être prêtés aux autres UFR ou départements de santé ou encore tout simplement inoccupés.

L'un des déterminants majeurs du fonctionnement d'une formation, est son taux d'encadrement à partir des postes effectivement pourvus. La mission a souhaité obtenir cette information en administration centrale afin d'en garantir l'homogénéité. Malgré les efforts du service concerné, le second constat a porté sur l'impossibilité d'obtenir cette information qui n'existe pas en administration centrale.

La mission souligne le décalage important entre le formalisme qui prévaut pour la révision des effectifs annuelle réalisée site par site, et l'absence de moyens de pilotage en central.

5.1.1. Les emplois relevant des disciplines odontologiques en nombre limité sont répartis dans une grande variété de filières et statuts

L'ensemble des personnels hospitalo-universitaires (HU) et personnels associés des centres hospitaliers et universitaires des disciplines odontologiques représentait 1 % de la totalité des effectifs en activité dans l'enseignement supérieur en 2022-2023¹⁴⁵. Rapportés aux personnels exerçant dans les disciplines de santé avec le même périmètre d'emploi (HU et associés), la part de l'odontologie atteint 7 %. Ce nombre relativement réduit de personnels (moins d'un millier) se répartit en corps et catégories disposant de conditions de recrutement et de progression de carrière multiples et plus nombreuses que dans les autres disciplines hors santé, et presque à l'égal de la médecine. Toutefois afin d'assurer un bon encadrement des étudiants le présent rapport plaide pour l'émergence d'une quatrième filière.

La filière hospitalo-universitaire (HU) regroupe la grande majorité des personnels en odontologie

Les HU à proprement parler, relevant du décret du 13 décembre 2021 portant unification des corps des personnels titulaires et des qualités des personnels non titulaires¹⁴⁶, représentent 96 % des effectifs bi-appartenant en odontologie. Cette filière comprend deux corps de titulaires et deux catégories de personnels contractuels :

- les corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et de maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) pour les titulaires ;
- les praticiens hospitaliers universitaires (PHU) pour les personnels temporaires ;
- les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) pour les personnels non titulaires.

La part relative de la filière des personnels associés reste faible malgré la croissance de ses effectifs

La filière des personnels associés¹⁴⁷ représente un peu plus de 3 % des effectifs. Traditionnellement utilisée pour les besoins de remplacement sur postes vacants de la filière HU, cette filière demeure numériquement faible. Elle permet de constituer un vivier de potentiel maîtres de conférences, et elle est très utilisée dans les formations mises en place à partir de 2022, où elle représente 45 % des postes créés.

Elle comprend deux grandes catégories : les professeurs associés à temps-partiel (PAST) ; les maîtres de conférences associés à temps-partiel (MAST). Dans cet esprit, les formations nouvelles ont bénéficié de création d'emplois de maîtres de conférences pour asseoir et financer des recrutements de MAST dans le cadre de la création ex nihilo des départements d'odontologie de Caen et Rouen, par exemple. Ils sont comptabilisés dans le graphe ci-dessous en MAST.

La filière des praticiens hospitaliers (PH) occupe une place à part

¹⁴⁵ Soit 892 sur respectivement 91 709 enseignants de l'ESR et 12 760 enseignants des disciplines de santé. Source : DGRH Note n° 8 Octobre 2023 tableau n° 2 *Enseignants en activité dans l'enseignement supérieur*. (Dernière publication à date de la Direction générale des ressources humaines permettant de disposer d'une vue panoramique des enseignants du supérieur).

¹⁴⁶ Décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044488474>

¹⁴⁷ Décret n° 91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000538994>

Aux côtés des personnels HU, les « praticiens hospitaliers (PH) assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé » et « peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé¹⁴⁸. »

Contrairement aux personnels HU, ces personnels ne consacrent pas systématiquement de quote-part de leur temps de travail à l'encadrement universitaire. Lorsque cette fonction est prévue dans leur fiche de poste, elle n'est pas standardisée d'un centre hospitalier à l'autre et peut varier considérablement. Par conséquent, leur implication dans l'encadrement peut aller de l'absence de participation à plusieurs vacances par semaine, selon les besoins spécifiques de chaque centre hospitalier¹⁴⁹. Le volume d'emplois de PH en odontologie ne reflète pas directement la capacité d'encadrement de l'activité clinique des étudiants car ces emplois sont traités de façon distincte des HU.

5.1.2. De 2019 à 2024, les filières des HU et des associés ont bénéficié de créations d'emplois qui modifient sensiblement la structure d'emploi et le potentiel d'encadrement global

Les effectifs hospitalo-universitaires transmis par la Direction générale des ressources humaines (DGRH) rattachée au ministère en charge de l'enseignement supérieur diffèrent légèrement de ceux dénombrés par le Centre national de gestion (CNG) sous tutelle du ministère chargé de la santé¹⁵⁰. La DGRH collecte les données auprès des universités tandis que le CNG suit les effectifs des praticiens hospitaliers hors universitaires et coordonne les échanges de données avec les hôpitaux¹⁵¹.

Cette partie concerne les emplois existants, et non les emplois effectivement occupés, ce qui permet d'évaluer un potentiel d'encadrement plutôt que l'encadrement effectif.

Évolution des structures d'emploi dans les UFR historiques et spécificités dans les nouvelles formations

En 2024, le potentiel d'encadrement des étudiants a augmenté de 20 % en cinq ans, avec 151 emplois HU et associés supplémentaires dans les UFR historiques par rapport à l'année 2019. Le nombre de PU-PH a progressé de 34 %, celui des MCU-PH de 12 %. Le pyramide des hospitalo-universitaires titulaires en odontologie (PU-PH / MCU-PH) est inverse de celui observé en médecine où la proportion de PU-PH est de 75 % alors qu'elle ne dépasse pas 25 % en odontologie. L'évolution des postes de chefs de clinique suit la tendance de croissance globale de la filière, tandis que le nombre d'associés, recrutés le plus souvent sur emplois vacants de titulaires, qui était très faible en 2019 augmente très sensiblement.

Les formations nouvelles ont bénéficié de 40 emplois entre 2022, année de leur création, et 2024. Parmi ces emplois, 45 % sont des supports d'associés ou des emplois de maîtres de conférences destinés au recrutement de personnels associés, comme c'est le cas à Caen et Rouen.

¹⁴⁸ Article L. 6111-1 du code de la Santé publique.

¹⁴⁹ Cette disposition est explicitée dans l'instruction N° DGOS/RH5/2022/59 du 28 février 2022 relative aux activités d'intérêt général et aux activités non cliniques, dénommées « valences » exercées par les praticiens des établissements publics de santé : « *les activités non cliniques dénommées "valence" permettent la contribution à des travaux d'enseignement et de recherche (...)* ». La mission a rencontré des cas où l'activité d'encadrement du PH atteignait plusieurs demi-journée, prévues dès le profilage du poste et entérinée lors du recrutement par la direction de l'hôpital et la commission médicale d'établissement.

¹⁵⁰ La gestion du Centre National de Gestion (CNG) pour les praticiens hospitaliers englobe l'administration des recrutements, des carrières, des affectations et des évolutions professionnelles des praticiens hospitaliers dans le secteur hospitalier public.

¹⁵¹ Ainsi, le CNG ne gère pas les chefs de cliniques universitaires-assistants hospitaliers alors que cette catégorie représente une part importante des effectifs de la filière HU. En revanche, il dispose des données sur les praticiens hospitaliers, ce qui n'est pas le cas de la DGRH. Par conséquent, les sources que la mission a retenues sont celles de la DGRH pour la filière HU et celles du CNG pour la filière PH.

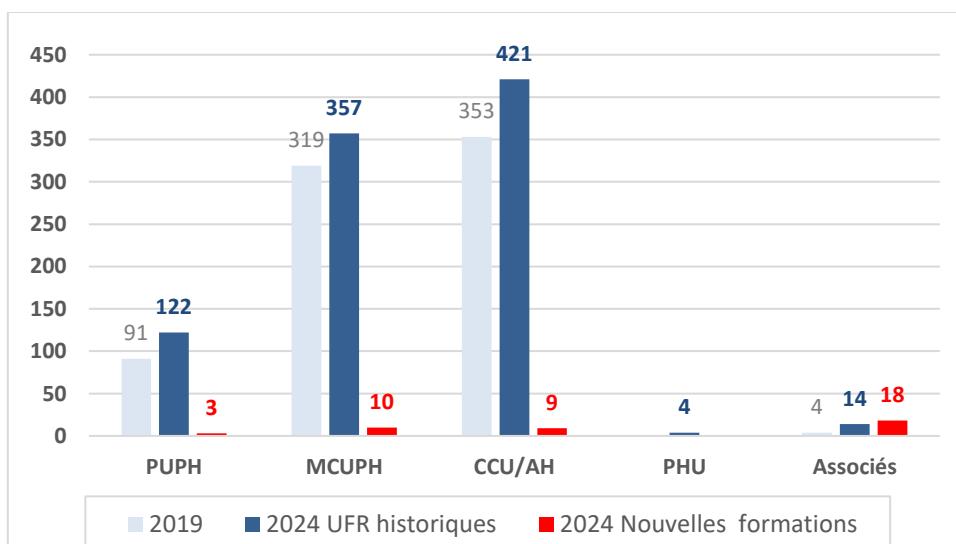
Tableau n° 13 : évolution du nombre d'emplois en odontologie par corps et catégorie d'emploi

| | UFR historiques | | | | | Nouvelles formations | Total UFR historiques et nouvelles formations | | |
|----------|-----------------|--------------|------------|---------------|------------|----------------------|-----------------------------------------------|---------------|------------|
| | 2019 | 2024 | | écart 2019-24 | | 2024 | 2024 | écart 2019-24 | |
| PU-PH | 91 | 12 % | 122 | 13 % | 31 | 34 % | 3 | 8 % | 125 |
| MCU-PH | 319 | 42 % | 357 | 39 % | 38 | 12 % | 10 | 25 % | 367 |
| CCU-AH | 353 | 46 % | 421 | 46 % | 68 | 19 % | 9 | 23 % | 430 |
| PHU | - | | 4 | 0,4 % | 4 | | | | 4 |
| Associés | 4 | 1% | 14 | 2 % | 10 | 250 % | 18 | 45 % | 32 |
| Total | 767 | 100 % | 918 | 100 % | 151 | 20 % | 40 | 100 % | 958 |
| | | | | | | | 191 | 25 % | |

Source : DGRH avril 2025

Au total, entre 2019 et 2024 l'odontologie a bénéficié de 189 emplois supplémentaires, soit une augmentation de 25 % du nombre d'emplois en cinq ans. Parmi ces créations, 20 % ont été attribué au titre des formations nouvelles, tandis que 80 % ont concerné les UFR historiques.

Graphique n° 4 : Évolution du nombre d'emplois de HU et associés entre 2019 et 2024.



Source : DGRH avril 2025

5.1.3. Les ratios d'encadrement théorique obtenu à partir des emplois alloués aux universités ont progressé sur les cinq dernières années

Alors que l'augmentation du nombre d'étudiants dans les UFR historiques est très mesurée sur la période 2019-2024 (+ 2 %), les emplois d'hospitalo-universitaires et d'associés ont augmenté de 20 %, ce qui traduit un ratrappage significatif de 1,4 point du taux d'encadrement (nombre d'étudiant rapporté au nombre d'emplois). Il s'agit là d'un taux théorique dans la mesure où de nombreux postes en odontologie restent vacants.

Pour les formations nouvelles, de nombreux emplois restent vacants. Il n'est donc pas possible de comparer les taux d'encadrement de ces formations avec ceux des UFR historiques en fonction des créations d'emplois. Par ailleurs, la montée en charge des nouveaux sites de formation est à mi-parcours ; la première promotion d'étudiants arrivée en année de DFGSO 1 en 2022-2023 est aujourd'hui en DFASO 1 et achèvera le troisième cycle court en 2026-2027.

Tableau n° 14 : augmentation des flux d'étudiants dans les UFR historiques

| Nombre d'étudiants | 2019-20 | 2023-24 | Taux (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Premier cycle | 2 662 | 2 766 | 4 % |
| Deuxième cycle | 2 783 | 2 794 | 0 % |
| Troisième cycle court | 1 259 | 1 251 | - 1 % |
| Troisième cycle long | 92 | 112 | 22 % |
| Total étudiants | 6 796 | 6 923 | 2 % |
| Nombre de personnels HU | 767 | 918 | 20 % |
| Ratios d'encadrement théorique, toutes catégories d'emplois et tous cycles d'études confondus | 8,9 étudiants par encadrant | 7,5 étudiants par encadrant | |

Sources : pour le nombre d'étudiants : ONDPS pour le nombre d'emplois : DGRH novembre 2024

Cette analyse mériterait d'être nuancée en prenant en compte les emplois effectivement pourvus car il existe des emplois vacants dans l'ensemble des UFR, que la mission n'a pas pu obtenir par les voies qu'elle avait privilégiées. Néanmoins, dans les UFR et départements visités, le nombre élevé de vacances d'emplois signalés, révèle un manque d'attractivité de la filière hospitalo-universitaire en odontologie.

Or, cette attractivité risque de se dégrader davantage avec l'entrée en vigueur du décret du 13 décembre 2021 portant unification statutaire des corps des personnels titulaires et des catégories de personnels non titulaires des disciplines de santé.

5.2. Le statut d'enseignant des universités de médecine générale transposé à l'odontologie générale ouvrirait une filière nouvelle de recrutement pour répondre au besoin d'encadrement

La majorité des internes rencontrés par la mission ainsi que certains étudiants de sixième année ont exprimé leur intention d'accomplir deux années supplémentaires dans le milieu HU en tant « qu'assistants » (chef de clinique universitaire-assistant des hôpitaux (CCU-AH)). Ces internes sont animés par la volonté de perfectionner leur pratique professionnelle pour être en mesure de faire face en autonomie aux situations complexes et, dans un autre registre, de « rendre » à la communauté universitaire ce qu'ils ont reçu de leurs aînés lors de leur formation (cf. supra). Durant cette période, qu'ils estiment à deux ans environ, la plupart d'entre eux entendent exercer à mi-temps en libéral, ce qui, en application du décret du 13 décembre 2021 précité, ne sera plus possible à compter de 2027¹⁵² et de ce fait, les dissuade de poursuivre dans cette voie.

Le dispositif prévu par l'article premier du décret du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires dispose en effet que : « *dans les centres hospitaliers et universitaires, les fonctions universitaires et hospitalières sont exercées à temps plein conjointement par un personnel médical et scientifique.* » Par conséquent, il ne sera plus possible de recruter des personnels de la filière HU exerçant des fonctions hospitalières à temps incomplet.

Or, dans les UFR et services hospitaliers, l'apport d'anciens internes encadrant des étudiants tous cycles confondus en supervisant leur activité clinique est essentiel à la bonne marche du service et de la formation. Tous les doyens rencontrés ont exprimé leur vive inquiétude face à l'absence de création d'une voie alternative à moins de deux années de l'échéance. Le tarissement annoncé de cette source de recrutement milite pour proposer rapidement des formes alternatives de recrutement.

¹⁵² Article 1^{er} du décret du 13 décembre 2021 précité : « *dans les centres hospitaliers et universitaires, les fonctions universitaires et hospitalières sont exercées (...) à temps plein* » ; Article 109 du même décret : « *les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux recrutés dans les disciplines odontologiques au titre des années 2021 à 2026 peuvent exercer leurs fonctions hospitalières à temps partiel* ».

La mission alerte sur les risques imminents liés à la suppression du temps incomplet pour les hospitalo-universitaires à partir de 2027, menaçant gravement l'encadrement des étudiants et la qualité des soins.

5.2.1. La création de la filière odontologie générale permettra d'adresser exclusivement les diplômés détenteur d'un DES OG

La loi du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale¹⁵³ crée cette nouvelle filière universitaire. Elle précise notamment que « *les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale* ». Elle indique également que ces mêmes personnels « *exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire* ». Cette loi donne aux enseignants de médecine générale la triple valence soins, enseignement et recherche, de plus, elle précise que cette activité de soins ne peut s'exercer qu'en secteur ambulatoire : un enseignant de la discipline ne peut avoir d'activité (strictement) hospitalière.

Encadré n° 8 : statut et conditions de recrutement des personnels enseignants de médecine générale¹⁵⁴

Chefs de clinique des universités (CCU) de médecine générale

- Pour postuler sur les emplois de CCU, les candidats doivent être en possession d'un titre de formation exigé pour l'exercice de la profession de médecin, et d'un diplôme d'étude spécialisé en médecine générale (article 32 du décret du 28 juillet 2008 précité).
- Les chefs de clinique des universités de médecine générale sont recrutés par contrat par le président de l'université, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée. Ils sont nommés pour une période de deux ans renouvelable deux fois une année, soit un total de quatre ans (article 33 du décret du 28 juillet 2008 précité).

À la suite de ce contrat, le CCU MG devient « ancien chef de clinique » ou peuvent poursuivre une carrière universitaire en candidatant à un poste de maître de conférences des universités. Ils peuvent devenir chargé d'enseignement ou enseignant associé (CCA ou MCA).

Maîtres de conférences et professeurs des universités en médecine générale

Les recrutements des PR et MCF en médecine générale sont réalisés par la voie de concours nationaux, (article 9 du décret précité). Pour être autorisé à postuler sur un emploi de maître de conférences il faut être titulaire d'un doctorat, et d'une habilitation à diriger des recherches pour un emploi de professeur (article 10 et 11 du décret précité).

Bien que ces emplois relèvent du statut d'enseignants-chercheurs¹⁵⁵, c'est « *le Conseil national des universités pour les disciplines de santé qui se prononce sur les mesures individuelles relatives au recrutement et à la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences des disciplines médicales* »¹⁵⁶.

Dans le prolongement de l'harmonisation statutaire des disciplines de santé, l'extension des dispositions existantes pour les personnels enseignants des universités de médecine générale (MG)¹⁵⁷ à l'odontologie générale (OG) ouvre une voie de recrutement universitaire compatible avec une activité libérale de soins buccodentaires. Cette évolution rendue possible par la mise en place du DES OG délivré à l'issue de troisième cycle court permettrait aux UFR de combler une partie du déficit de vivier de CCU annoncé. Elle s'inscrit dans le même processus que celui engagé en pharmacie, en maïeutique ou en soin infirmier.

¹⁵³ Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale.

¹⁵⁴ Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale.

¹⁵⁵ Décret en Conseil d'État n° 84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs.

¹⁵⁶ Article 1 du décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines de santé <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000517864>. En l'occurrence, la section CNU compétente pour la médecine générale est la 5303.

¹⁵⁷ Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant les dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale.

La transposition des conditions de recrutement des CCU MG à l'OG s'inscrit en cohérence avec la création du DES OG

Les conditions de recrutement des CCU de médecine générale s'appliqueraient en tout point en odontologie générale. Les deux conditions réglementaires de recrutement, accessibles à tous les diplômés à l'issue des troisième cycle court sont :

1° être titulaire d'un DES d'odontologie générale depuis moins de quatre ans.

Pour ce qui est du parcours, tout étudiant de troisième cycle court remplira les prérequis qui consistent à avoir réalisé un stage chez un praticien en ambulatoire en odontologie générale pour le traitement de soins primaires en autonomie supervisée ;

2° exercer l'odontologie générale dans toute sa dimension omnipratique dans le cadre d'une activité ambulatoire.

Pour l'exercice ambulatoire, différents statuts sont envisageables : la collaboration libérale ou salariée ; l'installation dans un cabinet médical, un pôle ou une maison de santé ; le salariat au sein d'un centre de santé et le cas échéant mais de façon transitoire, le remplacement.

La valence pédagogique de l'activité d'un CCU consiste à assurer une partie de la formation et de l'encadrement des étudiants dans les trois cycles de formation (apprentissage et simulation en premier cycle, encadrement clinique en deuxième et troisième cycle court, ainsi que des modules de cours et de travaux dirigés).

À l'issue de son contrat, le CCU OG peut choisir de prolonger son activité universitaire sous plusieurs formes :

- le contrat à durée déterminée de CCU qui est de deux ans peut se prolonger d'une année renouvelable une seule fois, c'est-à-dire qu'il ne peut excéder au total quatre années de clinicat ;
- pour les chefs de cliniques OG qui souhaiteraient rejoindre la filière HU, après deux années de contrat initial, il leur est possible de postuler sur un emploi de praticien hospitalier universitaire (cf. infra & partie 6.3.1) ;
- après trois années de clinicat, les CCU OG peuvent être recrutés en qualité de maître de conférences associés des universités à mi-temps puisque la double condition d'avoir assuré depuis au moins trois ans une activité professionnelle principale effective, autre qu'une activité d'enseignement, en rapport avec la discipline concernée ; et d'avoir assuré des services d'enseignement rémunérés à la vacation dans un établissement d'enseignement supérieur¹⁵⁸ est dès lors remplie. Les maîtres de conférences associés des universités à mi-temps sont nommés pour une durée maximale de trois ans, renouvelable une fois pour la même durée.

Le processus de nomination est relativement lourd, puisque celle-ci est prononcée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur, sur proposition du conseil de l'UFR odontologique et après avis de la commission compétente du Conseil national des universités siégeant en formation restreinte aux présidents et vice-présidents de sections d'un rang au moins égal. Pour les chefs de cliniques OG qui envisageraient de poursuivre une carrière d'enseignants-chercheurs universitaires, les prérequis leur permettant de postuler sur un emploi de maître de conférence OG semblent trop exigeants.

La transposition des conditions de recrutement des enseignants-chercheurs universitaires de MG à OG nécessiterait des aménagements pour être applicable

La filière odontologie générale a vocation à encadrer la formation de premier recours en omni pratique. Ceci n'exclut pas la possibilité d'une recherche clinique d'OG permettant de progresser en matière de prévention et de soins de premier recours, avec la possibilité d'embrasser une carrière d'enseignant-chercheur universitaire. Les enjeux concernent aussi bien la capacité de formation des chirurgiens-dentistes omnipraticiens que le développement de la recherche en soins ambulatoires.

Mais pour postuler sur un emploi de maître de conférences des universités en odontologie générale, la transposition stricte du décret de MG prévoit que le candidat doit justifier d'une thèse. De fait, les

¹⁵⁸ Article 8 du décret n° 91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des CHU dans les disciplines odontologiques.

occurrences d'une telle situation en odontologie sont tellement rares, que la condition apparaît presque rédhibitoire à ce jour. Assouplir cette disposition avec la possession d'un diplôme de master 2, au moins à titre transitoire, ouvrirait des possibilités à des candidats motivés à poursuivre une carrière d'EC.

Cette condition de diplôme une fois résolue, le recrutement sur concours d'enseignants-chercheurs (comme celui de PHU) nécessite l'existence d'une section CNU en odontologie générale à créer. Cette discipline concerne l'activité omnipratiche de réhabilitation orale qui représente la majeure partie de l'activité d'un cabinet dentaire. La spécialité « odontologie générale » pourrait être ainsi rattachée à la section 58 « réhabilitation orale », sous forme d'une sous-section « odontologie générale ». Cette hypothèse présentée aux présidents des sections de CNU en odontologie leur est apparue recevable.

S'agissant de la filière OG, le décret portant statut des personnels enseignants des universités de médecine générale est transposable en l'état pour recruter des diplômés titulaires du DES OG sur des contrats de CCU, mais nécessiterait des ajustements, au moins à titre transitoire, des conditions de recrutement pour devenir enseignant-chercheur.

Recommandation n° 15 : Créer un statut des personnels enseignants des universités en odontologie générale en transposant les dispositions relatives à celles de médecine générale prévues par le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008. Créer une section CNU dédiée afin de recruter ces personnels dès 2027. À titre transitoire, les conditions permettant de postuler à l'emploi de maître de conférences sont à assouplir.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette recommandation, la mission préconise de synchroniser le calendrier de publication du statut des enseignants universitaires en odontologie générale avec l'arrêté prévoyant la réforme du troisième cycle des études en odontologie afin d'éviter toute interruption dans la chaîne des recrutements.

Les universités représentées par les responsables des UFR d'odontologie devront veiller, en cohérence avec la section CNU, au bon équilibre des recrutements dans la filière OG pour qu'ils ne se traduisent pas par un tarissement de la filière HU, via le nombre de postes ouverts.

5.2.2. Les conditions de mise en œuvre de la filière OG portent notamment sur les emplois, la couverture en responsabilité des encadrants et leur rémunération

L'existence de supports d'emplois

La parution du nouveau statut devra s'accompagner de créations d'emplois d'enseignants des universités (mono-appartenant) en odontologie générale, ou, le cas échéant de transformations d'emplois (CCU-AH, vers les emplois de CCU-OG) avant d'envisager des créations d'emplois d'enseignants-chercheurs universitaires. Ces ajustements seront faits année après année à l'occasion des révisions d'effectifs.

Recommandation n° 16 : Accompagner la création de ces nouveaux statuts d'enseignants des universités en odontologie générale (titulaires et non titulaires) avec la création des emplois nécessaires.

La couverture en responsabilité des enseignants universitaires en milieu hospitalier

L'existence d'un employeur unique, l'université, en lieu et place des deux employeurs, hôpital et université, emporte des conséquences sur le plan de la responsabilité. En perdant son statut de co-employeur, le centre hospitalier soulève la question de la responsabilité des enseignants des universités lorsqu'ils interviennent en milieu hospitalier, que ce soit pour encadrer l'activité clinique des étudiants ou prodiguer des soins aux patients. Cette prise en charge pourrait être abordée soit au niveau national au moyen d'un accord cadre, soit au niveau local par voie de conventions entre les centres hospitaliers et les universités. Il s'agit, d'un point essentiel pour permettre le bon fonctionnement du dispositif.

Recommandation n° 17 : Clarifier et organiser la couverture en responsabilité des enseignants et enseignants-chercheurs en odontologie générale lorsqu'ils interviennent en milieu hospitalier, dans le cadre d'une convention nationale.

5.2.3. Les différentes fonctions et activités assurées par les enseignants universitaires en médecine générale appellent la mise en place d'équivalence horaire

Les obligations de service d'enseignement en présence d'étudiants des personnels de médecine générale fixées par l'arrêté du 10 mars 2022¹⁵⁹ sont de « *64 heures de cours ou 96 heures de travaux dirigés ou pratiques* » (article 2). Les services d'enseignement s'accompagnent de la préparation et du contrôle des connaissances y afférents. Les instances de l'université « *fixent les équivalences horaires applicables à chacune des activités correspondant à ces fonctions, ainsi que leurs modalités pratiques de décompte* » (article 3). L'organisation des services confié au CCU repose sur la définition par l'université du taux d'équivalence horaire de l'encadrement des étudiants selon qu'ils sont en activité clinique, en cours ou en TP de simulation dans le cadre règlementaire rappelé ci-dessous. Il appartient aux universités de veiller à une mise en œuvre de ce référentiel.

Encadré n° 9 : Organisation de l'encadrement de l'activité clinique des étudiants de deuxième et troisième cycle court en milieu hospitalier

Article R6153-64-1 du CSP : « *Le temps de présence en formation pratique des étudiants hospitaliers en odontologie est fixé à cinq demi-journées par semaine en moyenne sur douze mois. Ils prennent part aux cours, contrôles et examens sur leur temps de présence universitaire* ».

Article R. 6153-68 du CSP : « *Les étudiants hospitaliers en odontologie participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité du praticien référent désigné par le responsable pédagogique du lieu de stage ou, le cas échéant, sous la responsabilité du praticien responsable de la structure d'accueil* ».

En deuxième cycle, l'encadrement de l'activité clinique des étudiants se déroule par vacation de trois ou quatre heures selon les UFR, cinq fois par semaine durant 34 semaines.

Un encadrant qui assure une vacation hebdomadaire de 3 heures consacre 102 heures en présence d'étudiants à l'année, pour un service de 96 heures, (**soit, avec une équivalence horaire d'une heure d'encadrement assimilée à d'une heure de travaux dirigés ou pratiques : un service complet et six heures complémentaire**).

Chaque encadrant supervise un groupe de 12 étudiants.¹⁶⁰ Pour une promotion de 96 étudiants, il faut assurer huit vacations distinctes sur cinq demi-journées, ce qui nécessite 40 encadrants pour chaque année de deuxième cycle. À titre indicatif, une UFR de taille moyenne compte une vingtaine de CCU, pour les trois cycles.

Un complément d'encadrement peut être assuré par des enseignants-universitaires, mais même en jouant sur les taux d'équivalence horaire, le nombre de recrutement nécessaires serait très supérieur à celui des équipes en place dans les facultés d'odontologie aujourd'hui. Il paraît difficilement envisageable de remplacer intégralement les équipes existantes au sein des UFR par des enseignants des universités en odontologie générale. D'une part, le vivier d'intervenants volontaires choisis parmi d'ancien troisième cycle courts risque d'être insuffisant au sein des subdivisions. Par ailleurs, l'encadrement des soins cliniques réalisés par les étudiants ne tolère aucune défaillance. Le bon déroulement de l'activité de soin dentaire nécessite qu'une partie au moins de l'encadrement dispose d'une mémoire des protocoles, lieux et modes d'organisation pour assurer les soins des patients. Les UFR d'odontologie doivent pouvoir se reposer sur des équipes stables en maîtrisant leur turnover et le nombre d'intervenants.

5.3. Le recrutement des spécialistes hors OG devra pouvoir davantage s'appuyer sur la filière des PH tout en promouvant la filière HU

Aux côtés des recrutements d'enseignants universitaires d'odontologie générale, les UFR doivent recruter d'anciens internes spécialistes des disciplines odontologiques. Leur mission consiste à participer au perfectionnement de la formation en deuxième et troisième cycle court, et surtout à contribuer de façon active à la formation des internes notamment en phase socle et approfondissement des DES. À compter de 2027, la voie HU ne permet plus d'exercer en libéral ce qu'en revanche la voie PH, utilisée de façon trop confidentielle aujourd'hui autorise. Les besoins RH devront pouvoir être couverts par les différentes filières

¹⁵⁹ Arrêté du 10 mars 2022 fixant les obligations de service d'enseignement en présence d'étudiants des personnels enseignants de médecine générale : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/3/10/ESRH2205876A/jo/texte>

¹⁶⁰ Source : cahier des charges des formations hospitalo-universitaires en odontologie, en deuxième cycle, chaque encadrant peut superviser un groupe de 12 étudiants lorsqu'ils sont en binôme sur six fauteuils.

en se tournant davantage vers le secteur hospitalier pour qu'il développe la filière PH au profit de l'odontologie.

5.3.1. La filière HU exclusive de tout cumul d'activité doit demeurer une filière d'excellence

La règle du non-cumul d'activité s'applique strictement à la filière HU

Le décret du 13 décembre 2021 a fermé la porte à la pratique d'un exercice libéral parallèlement à une activité hospitalo-universitaire. Il n'est pas envisageable d'autoriser un cumul d'activité permettant à un HU qu'il soit titulaire ou contractuel d'exercer en libéral. Une activité privée de cette nature serait une activité lucrative incompatible avec les dispositions du code général de la fonction publique (CGFP), et notamment le décret relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique¹⁶¹.

De plus, les dispositions statutaires des HU sont beaucoup plus restrictives que le droit commun des fonctionnaires en matière de cumul. Le décret du 13 décembre 2021 limite strictement les cas de possibilité de cumul dans son article 14 où il apparaît que l'exercice d'une activité libérale ne peut l'être que dans les conditions prévues aux articles R. 6154-1 à R. 6154-27 du code de la santé publique, c'est à dire dans le cas de l'exercice de la médecine libérale dans l'hôpital public et de manière extrêmement encadrée. Un HU qui aurait des activités libérales hors de ce cadre commettrait un manquement professionnel grave.

La filière HU doit néanmoins rester la voie principale pour les diplômés de troisième cycle long

La filière HU demeure accessible à l'ensemble des diplômés d'odontologie, qu'ils soient issus du troisième cycle court ou long. Il est important que cette filière d'excellence accueillant des bi-appartenant se maintienne notamment pour les emplois de titulaires appelés à s'investir en formation, recherche et activité clinique au sein des UFR d'odontologie.

Les post-internes titulaires du DES OG ayant obtenu par la suite un DES du troisième cycle long pourraient postuler sur un emploi d'OG de façon à pouvoir exercer conjointement une activité libérale. Mais ce faisant, ils laisseraient de côté leur spécialisation obtenue après quatre années d'études. Il n'est donc pas souhaitable qu'ils s'engagent dans une voie qui les détournerait de la filière HU. Lorsqu'ils choisissent la voie de la formation et de la recherche, la bonne orientation pour eux consiste à encadrer les étudiants dans leur propre spécialité.

À plusieurs reprises, les doyens rencontrés par la mission ont indiqué qu'il existait une frange d'internes particulièrement motivés par une carrière HU, prêts à s'investir en abandonnant l'idée d'un exercice libéral au profit d'une carrière hospitalo-universitaire. Pour ces internes, la voie qui est normalement tracée pour une carrière HU consiste à être en contrat à durée déterminée de CCU-AH, de postuler sur un emploi de PHU¹⁶² les amenant logiquement à un recrutement sur un emploi de MCU-PH. Cependant, la mission remarque que le nombre de PHU créé depuis le décret du 1 décembre 2021 est encore trop faible (cf. graphique n° 4 supra).

L'autre voie permettant aux post-internes de participer à l'encadrement des étudiants et internes consiste à devenir praticien hospitalier (PH), en passant ce concours national qui est le même concours que celui qui leur permet d'être inscrits sur liste d'aptitude préalable à l'obtention d'un emploi temporaire de PHU.

5.3.2. Une politique d'emploi davantage volontariste permettrait à la filière PH de se développer au service de l'odontologie

Les statuts de praticien hospitalier (PH) à temps plein et temps partiel ont été fusionnés en un même statut unique¹⁶³ qui permet désormais d'exercer à l'hôpital public entre cinq et dix demi-journées par semaine, la quotité minimale de temps de travail étant équivalente à la moitié d'un temps plein.

¹⁶¹ Décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041506165>

¹⁶² L'emploi temporaire de PHU s'obtient grâce à leur inscription sur la liste d'aptitude établie à l'issue du concours national de praticien hospitalier des établissements publics de santé. Les candidatures sont examinées par le conseil de l'UFR et la commission médicale d'établissement avant d'être soumises à la section compétente du Conseil national des universités pour les disciplines de santé.

¹⁶³ Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045124260>

Contrairement au statut de CCU-AH, le statut de PH est compatible avec une activité privée rémunérée en dehors de ses obligations de service et de son établissement d'affectation, sous réserve d'en informer son employeur au préalable. De plus, le statut comporte des dispositions permettant aux PH d'encadrer des étudiants que ce soit au titre d'activités d'intérêt général qui donnent lieu à rémunération qu'au moyen de « valences » formation (cf. encadré n° 9 relatif au statut de praticien hospitalier et articles du code de la santé publique relatifs aux praticiens hospitaliers...)¹⁶⁴.

Le concours de praticien hospitalier est accessible aux diplômés en chirurgie dentaires inscrits à l'ordre à l'issue du DES OG, ainsi qu'aux chirurgiens-dentistes juniors dont le statut est prévu dans le cadre de l'évolution du troisième cycle long.

Encadré n° 10 : le statut de praticien hospitalier¹⁶⁵

- Conditions pour concourir

Aucune condition d'ancienneté n'est désormais exigée pour s'inscrire au concours. Tout praticien remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession de chirurgien peut se présenter au concours national de praticien hospitalier. Les docteurs juniors terminant le troisième cycle des études médicales, (*versus* chirurgiens-dentistes junior prévus en partie 4 du présent rapport) ; peuvent se porter candidats au concours dès la fin de leur cursus, pour intégrer au plus vite la carrière de praticien hospitalier.

- Temps de travail et obligations de service

Les deux anciens statuts de praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel sont fusionnés en un statut unique de praticien hospitalier. La quotité d'exercice du PH est désormais comprise entre cinq demi-journées par semaine (50 %) et dix demi-journées par semaine (100 %) pour un temps plein.

- Cumul d'activité

Tout praticien exerçant entre cinq et neuf demi-journées par semaine (soit entre 50 % et 90 %) peut développer une activité privée rémunérée en dehors de ses obligations de service et de son établissement d'affectation, sous réserve d'en informer son employeur au préalable.

- Activité d'intérêt général

Les PH peuvent exercer dans le cadre de leurs obligations de service des activités qui présentent un caractère d'intérêt général notamment au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, etc. Ces activités qui peuvent donner lieu à rémunération sont ouvertes à tout praticien hospitalier (deux demi-journées par semaine pour les PH exerçant à temps plein). Le praticien qui consacre deux demi-journées par semaine à une activité d'intérêt général externe ne peut exercer une activité libérale.

- Les « valences »

Ces activités recouvrent notamment la contribution à des travaux d'enseignement et de recherche et sont internes à l'établissement d'affectation. Elles s'exercent dans le cadre des obligations de service des praticiens et sont inscrites dans le tableau de service.

- L'activité libérale des PH

Possibilité de développer un exercice libéral¹⁶⁶ au sein même de l'hôpital, dans le cadre de leurs obligations de service.

Ce statut répond à l'attente exprimée par les étudiants et internes rencontrés et pourrait satisfaire pour partie aux besoins d'encadrement des UFR. De plus, les PH peuvent être spécialisés en fonction de leur propre expérience et des besoins de la structure hospitalière dans laquelle ils sont affectés. Ce statut pourrait constituer une passerelle vers la filière HU, à l'image des PHU.

Lors des échanges sur site, la mission a eu l'occasion de rencontrer un DG de CHU et un président de la CME qui ont mis en avant leur réussite dans le recrutement de PH en odontologie conjointement avec l'université. Le profil de poste en recrutement comportait une valence formation élaborée en lien étroit avec l'UFR, tandis que la partie hospitalière du profil répondait aux besoins du service odontologique. Cette approche hospitalo-universitaire a permis à toutes les parties d'exprimer leurs besoins et de procéder à des

¹⁶⁴ Articles R. 6152-1 à R6152-963 du Code de la santé publique.

¹⁶⁵ Instruction n° DGOS/RH5/2022/58 du 28 février 2022 relative au statut de praticien hospitalier :

https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-04/2022_02_28_DGOS%20RH5%202022%2058.pdf

¹⁶⁶ Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043261466/>

recrutements jugés de haut niveau. À l'autre extrémité du spectre, d'autres directeurs généraux ont pointé des services odontologiques structurellement déficitaires dans un contexte où les établissements hospitaliers sont confrontés à de lourdes difficultés budgétaires. Cette vision pourrait conduire peu ou prou à fermer des services odontologiques hospitaliers, avec des conséquences en cascade sur les soins à la population et sur la formation telle qu'elle est dispensée aujourd'hui à l'université.

Pour prévenir ce risque, les ARS, relayant la vision stratégique du ministère de la santé pourraient inciter voire accompagner les établissements hospitaliers à abonder le choix d'emplois de PH en odontologie, que ce soit dans les CHU ou les CH qui « *universitarisent* » leur service odontologique pour le transformer en antenne universitaire afin d'attirer des étudiants et des encadrants supplémentaires dans les territoires au bénéfice de la population. Pour rendre ces emplois attractifs, l'existence d'une activité d'intérêt général portant sur l'encadrement des étudiants en formation clinique, donnant lieu à rémunération complémentaire, entre totalement dans les dispositifs prévus par le nouveau statut. De plus, le profilage de ces postes, peut laisser une place importante à l'activité d'encadrement et de formation. Il existe de nombreuses possibilités à explorer pour accroître la valence universitaire de ces emplois hospitaliers.

À l'occasion des visites réalisées, la mission a eu l'opportunité de rencontrer des PH dans les services de soins odontologiques dont la part d'encadrement des étudiants, bien que réduite ait été évoquée. Cette activité est perçue comme valorisante et intéressante. Or, cette ressource pourrait conforter le vivier des personnels encadrants, en CHU comme dans les CH périphériques, renforçant ainsi le maillage des formations et des soins à la population.

L'emploi de PH est attractif dans la mesure où c'est un emploi de titulaire, qui offre un environnement stable avec une garantie de rémunération, de retraite et d'avantages qui peuvent parfois jouer, dans un environnement très libéral.

Dès lors, que de nouveaux emplois de PH en odontologie seront ouverts, il revient aux UFR d'inciter les chirurgiens-dentistes junior à postuler sur ces emplois. Par ailleurs, les centres hospitaliers favorables à l'ouverture ou l'extension d'antennes universitaires doivent être le lieu de création privilégiée d'emplois de PH de spécialité en odontologie.

Recommandation n° 18 : Encourager la création de postes de praticiens hospitaliers (PH) en odontologie polyvalente dans les CHU et les centres hospitaliers engagés ou souhaitant s'engager dans une collaboration avec une UFR d'odontologie, en s'appuyant sur une coordination entre les ARS, les directions hospitalières et les UFR, en fonction des dynamiques d'activité et des besoins territoriaux.

Enfin, comme indiqué précédemment, le concours de PH peut également constituer une passerelle vers la filière HU, via les emplois temporaires de PHU qui conduisent en bonne logique vers l'emploi de MCU-PH.

5.3.3. La piste des emplois de chefs de clinique et assistants territoriaux

Le projet de statut d'assistant territorial et les emplois de chefs de clinique territoriaux d'ores et déjà ouverts dans certaines régions dans les spécialités médicales et chirurgicales pourrait être mis en œuvre de la même façon en odontologie.

Encadré n° 11 : le projet de statut d'assistant territorial

Le statut d'assistant territorial, soutenu par l'Ordre des médecins, l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France et l'Inter Syndicale Nationale des Internes a été examiné par la commission des affaires sociale de l'Assemblée nationale. Ce statut serait ouvert à toutes les spécialités médicales et chirurgicales, dont la médecine générale, dans les zones identifiées comme sous-denses par les ARS, en exercice libéral ou en salarié hospitalier. Dès la fin de leur internat, les assistants pourraient exercer en bénéficiant d'une prime d'exercice territorial spécifique. Le financement serait couvert par les collectivités locales.

Depuis 2020, la faculté de médecine d'Angers a mis en place des postes de chefs de clinique assistants dans des hôpitaux qui ne sont pas des CHU, comme à Laval, au Mans et à Cholet. Ces jeunes médecins peuvent former des internes et soigner les patients. Ce sont des postes classiques dans les centres hospitaliers universitaires, mais qui n'existaient pas encore dans les centres hospitaliers. Ce projet de la faculté de médecine d'Angers est financé par des collectivités locales, le Conseil régional des Pays de la Loire, les Conseils départementaux et

l'agglomération de Laval. La mise en place de ces postes vise à « capter » des jeunes médecins, juste après la fin de leur diplôme, grâce à un poste attractif.

Exemple d'ouverture de chefs de cliniques territoriaux

La région Centre-Val de Loire en lien avec l'ARS, a lancé dès le mois de mars 2025 le recrutement de chefs de clinique assistants territoriaux affectés dans les établissements support des groupements hospitaliers de territoire correspondant en région Centre-Val de Loire au territoire départemental, soit les centres hospitaliers de Bourges, Chartres, Châteauroux, Blois et Orléans. Le dispositif vise à favoriser l'installation des professionnels et réduire les inégalités d'accès aux soins.

Pour la mission, ces initiatives pourraient être utilement transposées à l'encadrement des étudiants en centre hospitalier au profit de l'odontologie, tout en renforçant l'accès aux soins. Une action de la part des UFR en direction de l'ARS et des collectivités territoriales serait de nature à favoriser le déploiement de ce dispositif, à l'instar de l'évolution souhaitée en médecine.

5.3.4. Le recrutement de chef de clinique associé se heurte à l'obligation d'exercer un temps plein

La procédure de recrutement des CCU associés est très simple pour l'UFR puisque le contrat est signé directement par le directeur de l'UFR. « *Les nominations en qualité de chef de clinique associé des universités et d'assistant associé des universités à plein temps sont prononcées par le directeur de l'UFR odontologique concernée sur proposition du conseil de l'unité de formation et de recherche de l'établissement où ils sont affectés et, lorsqu'ils exercent simultanément des fonctions universitaires et hospitalières, conjointement par le directeur général du centre hospitalier régional sur proposition de la commission médicale d'établissement concernée¹⁶⁷* ».

Dans la majorité des UFR, ce type de recrutement est souvent utilisé pour pourvoir un poste resté vacant, sauf dans les formations nouvelles, où les personnels associés permettent de trouver des personnels d'encadrement ex nihilo, en l'absence de vivier suffisant. L'utilisation très souple de ces supports peut permettre de mobiliser indifféremment un support resté vacant ou à l'inverse recruter un candidat dont le profil répond aux besoins de l'UFR, dans l'attente d'une vacance d'emploi.

Mais, comme pour les CCU-AH, « *Les personnalités recrutées pour participer aux activités d'enseignement et de recherche en qualité de chef de clinique des universités associés, ne peuvent exercer que des fonctions à plein temps* » (article 1^{er}, dernier alinéa, du décret précité). Une modification règlementaire autorisant les chefs de cliniques universitaires associés à exercer à mi-temps leverait l'obstacle d'une possible activité en libéral.

L'objectif de cette évolution règlementaire, si elle était mise en place, serait de pouvoir utiliser plus largement cette possibilité de recrutement qui répond de manière simple et satisfaisante aux besoins des UFR.

Recommandation n° 19 : Permettre aux chefs de clinique des universités - assistant des hôpitaux, associés, d'exercer à mi-temps en modifiant l'article 1, alinéa 2, du décret n° 91-966 du 20 septembre 1991.

5.4. Les conditions de réussite de la réforme statutaire

5.4.1. Trouver le bon niveau d'adaptation des filières, existantes ou à créer, par rapport au décret du 13 décembre 2021

L'ensemble des mesures statutaires préconisées dans cette partie consacrée aux besoins de recrutement se résument aux préconisations principales suivantes :

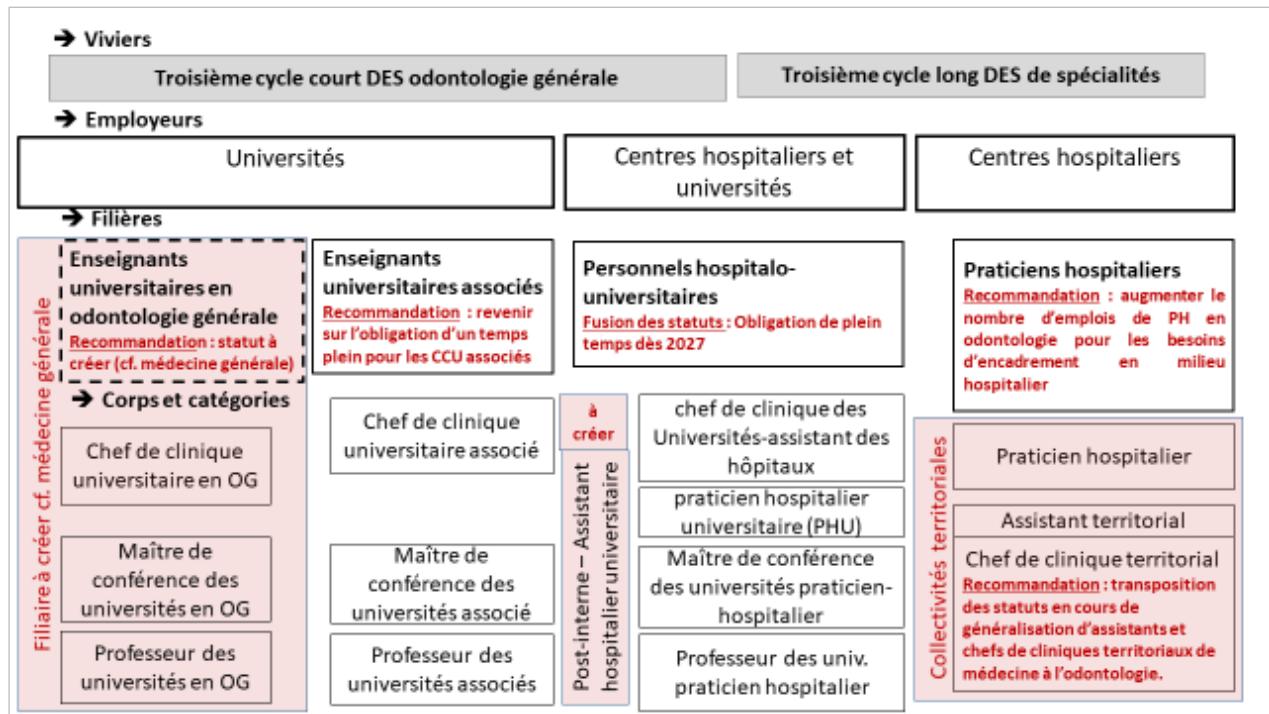
- la création d'un statut d'enseignant universitaire en odontologie générale permettant de concilier conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins omnipratiques. Ce nouveau statut serait accompagné par la création des emplois nécessaires aux recrutements, et le cas échéant à des transformations d'emplois, (cf. partie 6.2 supra) ;
- une stratégie de création d'emplois de PH en odontologie dans les CHU et les CH choisis pour devenir des antennes universitaires des UFR d'odontologie, (cf. partie 6.3.2 supra) ;

¹⁶⁷ Article 1 du décret n° 91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques.

- la création d'emplois de chefs de clinique et assistants territoriaux (cf. partie 6.3.3. supra) ;
- la possibilité de recruter les CCU associés à mi-temps de façon à fluidifier les recrutements, avec une aide financière des UFR pour qu'elles puissent assurer ces nouveaux recrutements (cf. partie 6.3.4. supra).

Cette architecture de filière est représentée dans le graphe ci-dessous.

Graphique n° 5 : représentation des filières de recrutement existantes et à venir en odontologie



Source : la mission, mai 2025

5.4.2. Envisager la création d'un nouveau corps d'emploi prenant en compte les spécificités du métier de chirurgien-dentiste est une autre réponse possible

Le temps alloué pour endiguer le risque de pénurie d'emploi d'enseignant en odontologie est compté et c'est une stratégie nationale, relayée par les ARS qui devra se mettre en place.

Il appartient aux UFR de sensibiliser leurs étudiants aux conditions nouvelles d'emploi dans le secteur hospitalier et universitaire toute au long de leur cursus.

Les mesures précitées pour importantes qu'elles soient, n'auront d'impact que si elles sont accompagnées des moyens budgétaires nécessaires à leur mise en œuvre. La disparition est imminente de la possibilité d'exercer à temps incomplet les fonctions hospitalières dans les disciplines odontologiques arrive à son terme, et les relais proposés doivent trouver une application. Si tel n'était pas le cas, les UFR d'odontologie se retrouveraient rapidement dans une impasse de recrutement qui les empêcherait de fonctionner.

En art dentaire, les soins délivrés aux patients sont très majoritairement réalisés en cabinet, y compris pour les soins de deuxième recours qui font l'objet d'une exclusivité alors que les soins hospitaliers de troisième niveau sont minoritaires. Il faut donc que la formation puisse s'appuyer sur un encadrement travaillant pour partie en secteur libéral, afin de permettre aux étudiants d'en saisir les mécanismes, les exigences et les conditions de bon fonctionnement.

C'est la raison pour laquelle, il est absolument nécessaire de créer un statut répondant aux spécificités de la formation et du métier de chirurgien-dentiste en autorisant l'exercice de soins bucco-dentaires ambulatoires conjointement avec les activités de formation et de recherche des personnels HU.

Recommandation n° 20 : Créer un statut de post-interne assistant hospitalo-universitaire (PI- AHU) en odontologie permettant l'exercice de soins bucco-dentaires ambulatoires ainsi que la participation aux missions de formation et de recherche, sur le modèle de l'ancien statut AHU prévu par le décret du 24 janvier 1990.

Conclusion

Le présent rapport s'attache à proposer les modalités de la réforme structurelle du troisième cycle des études en odontologie, fondée sur une analyse approfondie des enjeux sanitaires, universitaires et professionnels. Cette réforme se veut ambitieuse afin de répondre de manière adaptée aux besoins actuels et futurs de la population en matière de soins bucco-dentaire tout en assurant une formation de qualité pour les futurs chirurgiens-dentistes.

Cette proposition s'articule autour de la transformation coordonnée du troisième cycle court et du cycle long, dans un souci de structuration, de lisibilité et d'exigence renforcée.

Le troisième cycle court, suivi aujourd'hui par la majorité des étudiants, a pour objectif de former les chirurgiens-dentistes omnipraticiens, notamment pour la prise en charge les soins de premier recours sur l'ensemble du territoire. Afin de valoriser ce cycle, d'en renforcer la qualité et d'en clarifier le positionnement, la mission recommande de le structurer autour d'un diplôme d'études spécialisées en odontologie générale. Cette transformation consiste notamment à :

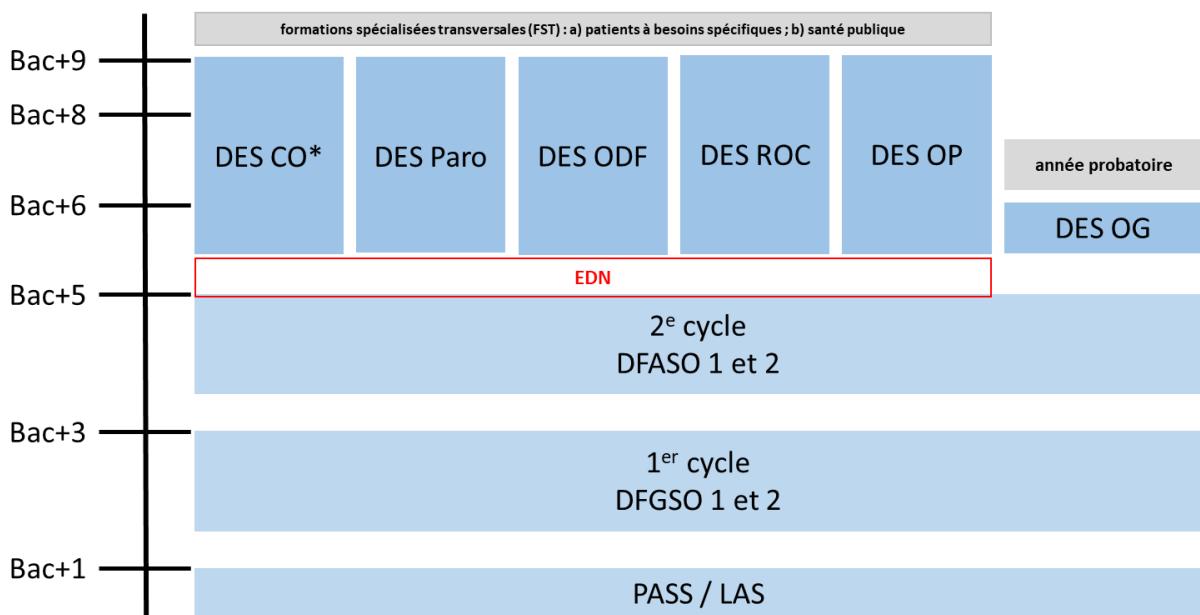
- augmenter le volume d'heure de formation clinique en troisième cycle court pour effectuer deux stages de 200 heures chacun, si possible chez deux praticiens distincts, dont un omnipraticien au moins, en lieu et place du « stage actif » de 250 heures en vigueur aujourd'hui ;
- renforcer l'efficience de ces stages en envoyant les étudiants chez des praticiens agréés ayant reçu une formation délivrée par les UFR d'odontologie. La création du statut de maître de stage universitaire en odontologie, garant d'un encadrement pédagogique structuré et homogène, constitue un prérequis, au même titre que le statut de praticien agréé maître de stage universitaire en médecine ;
- diversifier les lieux de stage clinique en intégrant les centres hospitaliers dans l'offre afin de permettre aux étudiants de réaliser l'ensemble de leur formation clinique (stage actif et leur stage clinique) au sein d'un même territoire tout en leur permettant d'acquérir de nouveaux repères par rapport à l'environnement UFR-CHU ; cette approche vise également à favoriser leur installation future comme chirurgiens-dentistes dans des zones sous-denses.

À l'issue de leur formation, et afin de soutenir les titulaires du DES OG dans leur exercice libéral ou salarié, la mission propose l'instauration d'une année de stage pratique en autonomie supervisée préalable à toute installation suivie d'une reconnaissance formelle par l'ONCD. Cette mesure s'appliquerait également aux titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste obtenu dans un autre pays membre de l'Union européenne.

Le troisième cycle long forme des spécialistes destinés à répondre aux besoins de santé bucco-dentaire relevant du deuxième et du troisième recours. Il doit être suffisamment attractif pour offrir une carrière hospitalo-universitaire aux diplômés qui, à compter de 2027, ne pourront plus exercer leurs fonctions hospitalières à temps incomplet. La mission propose un format unique pour l'ensemble des DES dont la durée est portée à quatre ans. La quatrième année s'effectue en autonomie supervisée sous le statut de chirurgien-dentiste junior conforme à celui de docteur junior pour la médecine.

Les modifications portant sur l'architecture des DES se décline sous forme d'un scénario dominant comprenant trois DES distincts : réhabilitation orale complexe (ROC) ; orthopédie dentofaciale (ODF) ; odontologie pédiatrique (OP) et deux co-DES : chirurgie orale (CO) et parodontologie. La représentation schématique du troisième cycle est ainsi modélisée.

Figure n° 3 : représentation du cursus de formation recommandé



PASS : parcours d'accès spécifique santé ; LAS : licence accès santé ; DFGSO : diplôme de formation générale d'odontologie ; DFASO : diplôme de formation d'approfondissement d'odontologie ; EDN : épreuves dématérialisées nationales ; DES : diplôme d'études spécialisées ; CO : chirurgie orale ; Paro : parodontologie ; ODF : orthopédie dento-faciale ; ROC : réhabilitation orale complexe ; OP : odontologie pédiatrique ; OG : odontologie générale ; * = un scénario comprenant une évolution du DES CO est également envisagée pour ouvrir la voie à un double degré DES CO-CMF

Source : la mission, mai 2025.

Ce scénario peut également se décliner suivant deux variantes : la première intégrant les cinq DES en parallèle ; la seconde en maintenant quatre DES et la parodontologie étant alors transformée en une FST.

L'acquisition d'une spécialité d'odontologie sous forme d'un DES acquis en formation continue doit être rendue possible pour tout chirurgien-dentiste titulaire d'un DES OG ou d'un des DES long. Une partie de cette formation pourrait faire l'objet d'une validation d'acquis d'expériences sous le contrôle conjoint de l'ONCD et de la faculté d'odontologie d'accueil.

En matière de recrutement, la règle du non-cumul d'activité s'applique strictement à la filière HU qui doit néanmoins demeurer la filière d'excellence des post-internes. Les risques liés à la suppression du temps incomplet pour les hospitalo-universitaires à partir de 2027 menacent sérieusement l'encadrement des étudiants et, par-delà, la qualité des soins. La transposition à l'odontologie générale du statut d'enseignant des universités de médecine générale ouvrirait une nouvelle filière de recrutement, susceptible de répondre en partie au besoin d'encadrement. Par ailleurs, d'autres ajustements pourraient être envisagés pour les personnels associés et les personnels hospitaliers. Enfin, la création d'un statut de post-interne assistant hospitalo-universitaire (PI-AHU) en odontologie, tenant compte des spécificités de la formation et de l'exercice de chirurgien-dentiste permettrait d'autoriser l'activité de soins bucco-dentaires en cabinet en ville conjointement des missions de formation et de recherche des personnels HU. Ce statut contribuerait de manière décisive à sécuriser les besoins de recrutement.

Sur le plan financier, les modifications liées à la mise en place de nouveaux DES de troisième cycle long ne comportent pas de surcoût directement identifiable par rapport à la situation actuelle. Les mesures préconisées pour le troisième cycle court emportent des coûts supplémentaires liés à l'appel aux MSUO et à la prise en charge des frais de mission des étudiants dans le cadre de la mise en place du DES OG, pour un montant de l'ordre de 5 M€ (ONDAM).

Le maillage accru des services odontologiques hospitaliers dans l'ensemble des territoires, permettant aux étudiants d'y réaliser leur stage, constitue l'autre volet financier de la réforme. Ce plan de développement doit faire l'objet d'une étude diligentée par les ARS afin d'affiner une première estimation évaluée à 30 M€ d'investissement et 12 M€ de fonctionnement à l'échelle du territoire national. Le surcoût lié à la dimension RH de la réforme est principalement alimenté par ce recrutement dans les services odontologiques

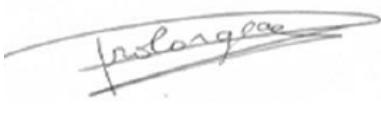
hospitaliers. Son financement adresse le ministère de la Santé mais également les collectivités territoriales. Les autres modalités de recrutement préconisées dans le rapport ne génèrent pas de surcoût par rapport à l'existant.

En définitive, cette réforme structurelle du troisième cycle vise à doter la formation des chirurgiens-dentistes d'un cadre plus lisible, plus cohérent et plus exigeant, en phase avec les attentes des professionnels, des patients et des territoires. Elle constitue une opportunité pour affirmer l'identité clinique et scientifique de l'odontologie, renforcer l'attractivité de la discipline, et garantir à l'ensemble des étudiants un parcours de formation à la hauteur des enjeux de santé publique de demain. La recherche de solutions en termes RH constitue les conditions de réussite d'une telle réforme.

La mission rappelle l'importance d'un suivi de la mise en œuvre de la réforme afin d'évaluer l'impact des changements sur les étudiants, les enseignants, et la qualité des soins délivrés. Il revient aux deux directions générales concernées d'en définir les modalités dans un calendrier compatible avec le déploiement de la réforme en associant les universités, les instances professionnelles et les ARS pour assurer une coordination fluide et efficace.



Jean-François PICQ



Aurélie PROLONGEAU



Pierre van de WEGHE



Mustapha KHENNOUF

Annexes

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Annexe 1 : | Lettre de saisine..... | 81 |
| Annexe 2 : | Liste des personnes rencontrées..... | 83 |
| Annexe 3 : | Retour sur le questionnaire adressé aux étudiants | 91 |
| Annexe 4 : | Une méthodologie innovante pour repenser l'analyse de l'offre et de la demande | 100 |
| Annexe 5 : | Aides à l'installation des chirurgiens-dentistes en zones sous-denses..... | 103 |
| Annexe 6 : | Une régulation de la profession des chirurgiens-dentistes défaillante..... | 104 |
| Annexe 7 : | La formation continue comme levier de transformation professionnelle..... | 106 |
| Annexe 8 : | Quatre exemples d'organisation d'études en odontologie en Europe..... | 108 |
| Annexe 9 : | Assistants dentaires de niveau 2 ou hygiénistes bucco-dentaires, la situation dans quelques d'Europe..... | 117 |


GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités
La ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
Le ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention

Paris, le **29 AVR. 2024**

Réf : I-24-001286

À l'attention de Madame Caroline PASCAL
Cheffe de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
et de Monsieur Thomas AUDIGÉ
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Lettre de mission relative aux modalités de la mise en place d'une réforme du troisième cycle des études odontologiques

En octobre 2016, les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ont missionné la conférence des doyens des facultés d'odontologie pour mener des réflexions et émettre des propositions afin de réformer le troisième cycle des études odontologiques. En l'absence de consensus entre les parties prenantes, les travaux n'ont pu aboutir.

Cette réforme doit faire évoluer le troisième cycle dans sa totalité, et intéresse par conséquent le cycle court et le cycle long ainsi que les modalités d'accès à ces cycles. Elle doit permettre de réformer profondément les études odontologiques, en s'intégrant dans le continuum du premier cycle et du deuxième cycle, afin que la formation initiale soit en totale cohérence avec les besoins de santé et la pratique professionnelle.

Elle doit répondre aux enjeux de l'évolution et du devenir de la profession de chirurgien-dentiste, de son organisation en spécialités, de sa réponse aux besoins de santé et à la nouvelle approche graduelle des soins, et de sa soutenabilité pour le système de santé au regard d'un exercice libéral prédominant.

En ce sens, nous souhaitons qu'une mission conjointe IGAS et IGESR soit lancée avec l'objectif d'identifier les enjeux de la mise en place de cette réforme et d'examiner l'évolution des formations du troisième cycle (court et long) de chirurgie dentaire, en préservant leur dualité et en analysant le flux d'étudiants qui les dissocie.

À partir de l'évaluation des enseignements existants par cycles et spécialités, nous vous demandons de définir les contours des nouvelles maquettes de formation, en mettant particulièrement l'accent sur l'amélioration de la formation omnipratique, qui doit rester prédominante, et l'élaboration d'un référentiel de compétences actualisé intégrant notamment la prévention. Dans cette démarche, il est crucial de concevoir un cadre de formation propice à la valorisation de la filière universitaire, au recrutement des cadres hospitalo-universitaires ou hospitaliers, à la participation des praticiens hospitaliers et des chirurgiens-dentistes libéraux à l'enseignement.

HOTEL DU CHATELET 127 RUE DE GRENELLE - TEL : 01 40 56 60 00
21 RUE DESCARTES - 75231 PARIS CEDEX 05 -TEL. 01 55 55 63 00
14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddp-med-sab@ddc-social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Le nouveau cadre de formation devra également encourager l'apprentissage du travail partagé avec les assistants dentaires de niveau 2 et l'ouverture à la gradation des soins entre la ville et l'hôpital, notamment dans le cadre d'exercices mixtes.

En plus de promouvoir le développement de la formation en libéral, en particulier en zone sous-dense, afin d'enrichir le maillage territorial, la mission examinera la coordination des compétences entre les différentes spécialités et professionnels de santé actuels afin de définir de nouveaux recours. Vous serez également chargés d'évaluer les disparités actuelles dans les formations, en cherchant à harmoniser ces formations à l'échelle nationale.

Face à l'enjeu de diversification des terrains de stage, la mission devra également se concentrer sur les capacités de formation et les offres de stages nécessaires à l'accueil des étudiants de troisième cycle de chirurgie-dentaire. L'ouverture de la maîtrise de stage universitaire, impliquant la création d'un statut de chirurgien-dentiste agréé maître de stage des universités, devra être étudiée. La diversification de l'offre de stage et l'évolution des parcours ne doivent pas entraîner de prolongation de la durée de la formation.

Pour mettre en place cette réforme, l'impact budgétaire sera à évaluer et les points d'accroche de la réforme ainsi que les facteurs clés du succès devront être identifiés.

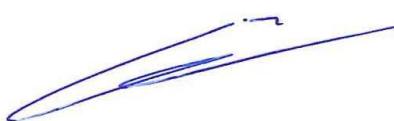
Afin d'élaborer les propositions attendues pour la fin d'année 2024, la mission consultera la conférence des doyens des facultés d'odontologie, les organisations représentatives des étudiants et les représentants de la profession ainsi que toute personnalité qualifiée, experte ou service de l'administration qu'elle jugera pertinent d'auditionner dans le cadre de ses travaux.

Il vous reviendra d'harmoniser vos travaux avec la mission concomitante sur la réforme du deuxième cycle des études odontologiques.

Enfin, dans le contexte des discussions ciblées sur les évolutions de la spécialité de chirurgie orale, qui accueille des étudiants issus à la fois de la filière de médecine et de la filière de chirurgie-dentaire, vous appuierez vos propositions en consultant les différents acteurs et notamment la mission chargée du suivi du troisième cycle des études médicales.



Catherine VAUTRIN



Sylvie RETAILLEAU



Frédéric VALLETOUX

Liste des personnes rencontrées

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

- Emmanuel Touzé, conseiller Santé Ministère chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
- Jean-Luc Dumas, conseiller Santé ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche

Ministère de la santé et de l'accès aux soins

- Olivier Palombi, conseiller médical, enseignement supérieur et recherche du ministère de la santé

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP MESR)

- Katia Siri, cheffe de département des formations de santé
- Olga Criez, adjointe à la cheffe de département
- Oriane Wagner-Ballon, conseillère scientifique et pédagogique en Santé
- Sriya Lassale, département des formations de santé

Direction générale de l'offre de soin (DGOS MSOS)

- Clotilde Durand, cheffe de service, adjointe à la directrice générale · Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Philippe Morlat, conseiller médical DGOS
- Thibaud Peron, adjoint à la cheffe du bureau Démographie et formation initiale
- Victoria Barau, chargée de mission DGOS
- Florie Weber, cheffe de bureau Démographie et formations initiales DGOS

Direction générale des ressources humaines (DGRH MEN – MESR)

- Emmanuel Dossios, sous-directeur de la politique statutaire et indemnitaire
- Laurence Sorret, adjointe au sous-directeur de la politique statutaire
- Hélène Capla-Lancry, sous-directrice du pilotage du recrutement et de la gestion des enseignants-chercheurs
- Feryel Karrouch, cheffe de département des enseignants-chercheurs de santé
- Romain Larenzi, adjoint à la cheffe du département des personnels enseignants-chercheurs des disciplines de santé
- Benoit de La Lande De Calan, expert national du statut des hospitalo-universitaires
- Anne Bentkowski, département des études prévisionnelles et des données
- Maude Tissandier, adjointe département des études statutaires et réglementaires des enseignants

Conférence des doyens des facultés d'Odontologie

- Vianney Descroix, président, doyen de l'UFR odontologie université Paris-Cité

Conférence des chefs de services d'odontologie de CHU

- Yves Amouriq, président, chef du service d'odontologie de Nantes

Conférence des doyens de médecine

- Isabelle Laffont, présidente, doyenne de l'UFR de médecine de Montpellier

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

- Alain Durand, président du conseil national des chirurgiens-dentistes

- Jean-François Joso, président de la Commission de l'enseignement et des titres
- Jean-François Largy, président du pôle perspectives et prospectives

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

- Agnès Bocognano, secrétaire générale de l'ONDPS
- Hind El-Orji, chargé de mission ONDPS

Association Dentaire Française

- Doniphan Hammer, secrétaire général
- Juien Laupie, Secrétaire général

Haute autorité de santé

- Pierre Gabach
- Cédric Carbonneil
- Alexandre Fonty

Coordination des collèges des enseignants en odontologie

- Sybille Vital, présidente de la coordination des collèges des enseignants en odontologie

Doyens d'UFR et départements d'odontologie

- Bernard Giumelli, doyen honoraire de l'UFR d'odontologie de Nantes, chargé de mission DGSIP-DGOS pour la mise en place des six nouvelles formations en odontologie créées en 2022 et 2023.
- Frédéric Denis, doyens de l'UFR d'odontologie de Tours
- Edouard Euvrard, doyen odontologie au sein de l'UFR Santé de l'Université de Besançon
- Constance Ambroise, directrice pédagogique de la faculté d'odontologie de l'Université de Caen
- Sandrine Demachy, directrice de l'UFR d'Odontologie de l'Université d'Amiens
- Victorin Ahossi, vice doyen odontologie - UFR Santé de l'Université de Dijon
- Anne-Charlotte Bas, directrice du département d'odontologie de l'UFR Santé de l'Université de Rouen
- Emmanuel Nicolas, doyen de l'UFR d'odontologie de l'Université de Clermont-Ferrand
- Florent Meyer, doyen de l'UFR d'odontologie de l'Université de Strasbourg

Conseil national des universités

- Bruno Tavernier, président au Conseil National des Universités de la section 58 et de la sous-section 58-01

Mission chargée du suivi de la réforme du troisième cycle des études médicales

- Luc Mounthon, chef de service de Médecine interne, Hôpital Cochin
- Pierre Clavelou, UFR de Clermont Ferrand, Président de l'ONDPS

Collège de Chirurgie maxillo-faciale

- Christophe Meyer, président du Collège National des Enseignants de Chirurgie Maxillo-Faciale
- Cyrille Chossegros, chirurgien maxillo-facial et stomatologue, coordonnateur régional et inter-régional du DESC de Chirurgie Maxillo-Faciale
- André Chaine, chirurgien maxillo-faciale, service de Chirurgie maxillo-faciale de la Pitié-Salpêtrière
- Chloé Bertolus, cheffe de service de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière
- Arnaud Picard, service de chirurgie maxillo-faciale et plastique. Hôpital Necker
- Laurent Guyot, chirurgien maxillo-facial et stomatologue CHU de Marseille
- Pierre Colon, chef du pôle odontologie hôpital Rothschild AP-HP
- Joël Ferri, chirurgien maxillo-facial et stomatologue

Les Chirurgiens-Dentistes de France

- Pierre Olivier Donnat, président
- Catherine Mojaïski
- Marie-Christine Tourterel
- Charlotte Teyssier d'Orfeuil, délégué générale
- Marine Dumoulin

Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire

- Ralitsa Androlova, présidente
- Vincent Barbier, secrétaire général
- Anouk Mercier, vice-présidente chargée des affaires académiques
- Camille Griseri, vice-présidente, chargée de mission des affaires académiques
- Elodie Kwiatkowski, membre

Association nationale des internes en chirurgie orale (ANICO)

- Sarah Latreche, présidente, interne à Nice
- Raphaëlle Bernard-Garbat, vice-présidente, interne à Paris
- Théo Haller, webmaster Interne à Marseille

Syndicat national des internes en odontologie (SNIO)

- Ulysse Robert, président
- Lilia Zidi
- Louise Le Texier

Service d'odontologie de la Pitié salpêtrière université Paris-Cité

- Géraldine Lescaille, chef du service Pitié-Salpêtrière, vice-doyen stratégie et projets UFR Odontologie Université Paris Cité, coordonnatrice Ile de France du DES de chirurgie orale (DESCO), Vice-Présidente du Collège National des Enseignants en Chirurgie Orale (CNECO)
- Yves Boucher, chef de service adjoint
- Nicolas Malausse, référent étudiant
- Samanta Elbhar, chef de service adjoint
- Gauthier Dot
- Claire Adeline Dantagnan
- Salome Mascarell
- Juliette Rochefort
- Vanessa Chim
- François Daugy
- Marjorie Zanini
- Benjamin Pomes
- Isabelle Rodriguez

Université de Bordeaux

- Dean Lewis, président de l'université
- Pierre Dubus, directeur du collège de Santé
- Jean Christophe Fricain, doyen de l'UFR d'odontologie
- Caroline Bertrand, doyenne honoraire
- Bruno Ella, chef du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire au CHU de Bordeaux

- Yves Delbos, vice-doyen à la pédagogie
- Olivia Kerouredan, responsable de département
- Christophe Bou, responsable du diplôme de TCE01
- Mathilde Fénelon, coordinatrice DESCO
- Marie-José Boileau, coordinatrice DES ODF
- Anais Cavaret, coordinatrice DES ODF
- Rawen Smirani, coordinateur DES MBD
- 7 étudiants de deuxième cycle
- 8 étudiants de troisième cycle court
- 9 internes

CHU Bordeaux

- Vincent Nicolas Delpech, directeur général du CHU
- Élise Doucas, directrice des affaires médicales
- Sylvain Catros, chef de service chirurgie orale
- François de Brondeau, chef de service ODF
- Elsa Garot, chef de service MBD

Agence régionale de santé de Nouvelle Aquitaine

- Benoit Elleboode, directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine et référent des DG ARS
- Clara de Bort, directrice générale de l'ARS Centre Val de Loire

Université de Brest

- Pascal olivard, président de l'université Bretagne Ouest
- Sylvie Boisramé, doyenne de l'UFR d'odontologie
- Jean-Eric Alard, vice-doyen
- Laetitia Le Pottier, vice-doyenne
- Valérie Chevalier, vice-doyenne
- Kevin-John Fouillen, vice-doyen
- Amandine Quemeneur, représentante des divers intervenants et encadrants des étudiants de 2^e et 3^e cycle
- Karen Vallaeys, représentante des divers intervenants et encadrants des étudiants de 2^e et 3^e cycle
- Marie Orliaguet, représentante des divers intervenants et encadrants des étudiants de 2^e et 3^e cycle
- Reza Arbab-Chirani, représentant des divers intervenants et encadrants des étudiants de 2^e et 3^e cycle
- Pierre Auffret, maître de stages universitaire en odontologie
- Kevin Bleno, maître de stages universitaire en odontologie
- Lucile Prioul, maître de stages universitaire en odontologie
- 4 étudiants élus au conseil de l'UFR
- 4 représentants des internes
- 3 étudiants de second cycle
- 3 étudiants de troisième cycle court
- Léonie Jacq, étudiante de l'UNECD
- Mathilde Bahon, étudiante de l'UNECD
- Sarah Boualem, étudiante de l'UNECD

CHU de Brest

- Jocelyn Dutil, directeur Adjoint CHU
- Eric Stindel, président de CME
- Arthur Schmouchkovitch, chef de service
- Anne-Cécile Clochet, cadre de santé

Agence régionale de santé de Bretagne

- Mme Seznec, directrice de la stratégie régionale en santé
- Mme Longy, responsable du département des formations en santé
- Mme Loaec, chargée de missions formations médicales

Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes de Bretagne

- Pierre Auffret, trésorier de l'URPS de Bretagne

Université de Lille

- Dominique Lacroix, doyen de l'UFR3S
- Caroline Delfosse, vice-doyenne du département UFR3S odontologie
- Céline Catteau, adjoint au vice-doyen département UFR3S odontologie
- Alessandra Blaizot, charge de mission pédagogie département UFR3S odontologie
- Dominique Lunard, adjoint au chef de service d'odontologie CHU de Lille
- Laïla Koraïchi, responsable de l'administration et du pilotage, département UFR3S odontologie
- Marie Biserte, maître de stage universitaire en odontologie
- Anaïs Bernard, maître de stage universitaire en odontologie
- Sylvie Candelier, maître de stage universitaire en odontologie
- Jean-Marc Corroyez, maître de stage universitaire en odontologie
- Fabrice Deberdt, maître de stage universitaire en odontologie
- Marc Garcia, maître de stage universitaire en odontologie
- Karim Hassima, maître de stage universitaire en odontologie
- 8 étudiants de deuxième cycle
- 9 étudiants de troisième cycle
- 7 étudiants de troisième cycle long

UFR d'odontologie de l'université Claude Bernard Lyon 1

- Jean-Christophe MAurin, doyen de l'UFR d'odontologie
- Cyril Villat, vice-doyen chargé de la stratégie, des projets, des partenariats et des relations hospitalo-universitaires
- Maxime Ducret, vice-doyen chargé de la stratégie, des projets, des partenariats et des relations hospitalo-universitaires
- Brigitte Grosogeoat, vice-doyenne chargée de chargée de la recherche, de la valorisation et des prospectives
- Béatrice Thivichon-Prince, cheffe de Pôle adjointe et Cheffe de service adjointe PAM odontologie
- Jean-Christophe Farges, chef de Pôle / Chef de service PAM Odontologie
- Kerstin Gristch, responsable du département de formation continue
- Arnaud Lafon, coordinateur du DES de chirurgie orale
- Claire Pernier, coordinatrice du DES d'ODF
- Christophe Jeannin
- Guillemette Liehnart
- Benjamin Evieux, praticien hospitalier contractuel, encadrant étudiants du 3ème cycle

- Marie Tohmé, praticien hospitalier contractuel, encadrant étudiants du 3ème Cycle et maître de stage pour les stages actifs en TCEO1
- Laurent Venet, praticien hospitalier titulaire temps partiel et maître de stage pour les stages actifs en TCEO1
- Julie Santamaria, praticien hospitalier
- Louise Costeaux, praticien hospitalier contractuelle
- Mireille Delacroix, directrice administrative
- 8 étudiants de deuxième cycle
- 9 étudiants de troisième cycle
- 7 internes des trois spécialités

Hospices civils de Lyon (HCL)

- Raymond Le Moign, directeur général HCL
- Vincent Piriou, président de la Commission médicale d'établissement des HCL
- Loïc Delastre, directeur du pôle métier et attractivité des HCL

URPS AURA

- Fabrice Joly, secrétaire général de l'URPS AURA
- Béatrice Collin-Bealem, trésorière adjointe de l'URPS AURA

ARS AURA

- Yann Lequet, directeur délégué à la direction de l'offre de soins ARS ARA
- Sophie Gehin, responsable du pôle formations et démographie médicale et paramédicale
- Claire Strat, chirurgien-dentiste, référente médicale santé bucco-dentaire

Université de Nantes

- M. Cariou, directeur du pôle santé représentant le président
- M. Soueidan, doyen de l'UFR d'odontologie
- M. Gaudin, vice-doyens de l'UFR d'odontologie
- M. Le Guehennec, vice-doyens de l'UFR d'odontologie
- M. Lesclous, vice-doyens de l'UFR d'odontologie
- Dr Blery, responsable d'unité fonctionnelle
- Dr Dajean, responsable d'unité fonctionnelle
- Dr Trutaud, responsable d'unité fonctionnelle
- Dr Hascoet, responsable d'unité fonctionnelle
- Dr Renaudin, responsable d'unité fonctionnelle
- Dr Hoornaert, responsable des diplômes universitaires
- PR Corre, coordonnateur de DES PUPH Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
- Dr Amador, coordonnateur projet MSUO pays de Loire
- Djaffar Mazri, maître de stage universitaire en odontologie
- Fabrice Hivelin, Maître de stage universitaire en odontologie
- Guillaume Rousseau, maître de stage universitaire en odontologie
- Arnaud Jamain, maître de stage universitaire en odontologie
- Antoine Sfeir, maître de stage universitaire en odontologie
- Luc Egea, maître de stage universitaire en odontologie
- 4 étudiants de deuxième cycle
- 3 étudiants de troisième cycle court

- 4 internes
- Mme Gestova, UNECD
- Mme Simon, secrétaire générale de l'UFR

CHU de Nantes

- M. El Sair, directeur general chu de nantes
- Pr Amouriq, président de la conférence des chefs de services
- Pr Perez, chef de service OCP

ARS Pays de la Loire

- M. Guerraud, conseiller pédagogique régional

URPS Pays de la Loire

- Dr. Brachet, président de l'URPS pays de la Loire

Université de Lorraine

- Kazutoyo Yasukawa, doyen
- Charlène Kichenbrand, vice-Doyenne
- Alexandre Baudet, enseignant responsable de départements
- Catherine Bisson, enseignant responsable de départements
- Pascale Corne, enseignant responsable de départements
- David Joseph, enseignant responsable de départements
- Eric Mortier, enseignant responsable de départements
- Jacques Prevost, maître de stage universitaire en odontologie
- Jean-Yves Raguin, maître de stage universitaire en odontologie
- Claire Juras, coordonnatrice locale internat odontologie
- Julie Guillet, coordonnatrice locale internat odontologie
- 4 étudiants de premier cycle
- 4 étudiants de deuxième cycle
- Margau Guillain, UNECD
- 4 internes

CHU de Nancy

- Arnaud Vanneste, DG CHU Nancy
- Mathias Poussel, vice-Président de la CME du CHU de Nancy

ARS Grand Est

- Monica Bosi, directrice de l'offre sanitaire
- Julien Galli, directeur Adjoint de l'offre sanitaire
- Jean-Michel Baillard, responsable politique RH en santé

URPS Grand Est

- Matthieu Hutasse, président de l'URPS Grand Est

Université de Rennes

- Sylvie Jeanne, doyenne de l'UFR d'odontologie
- Damiens Brezulier, vice doyen en charge de la recherche
- Anne Dautel, cheffe de Pôle
- Anne-Marie Cousin, vice doyenne
- T Davit-Beal, unité d'odontologie pédiatrique

- Jean-Louis Sixou, chargé de mission relations internationales
- A Le Guedard, chef de clinique-assistants hospitalier ODF
- A Aifa, chef de clinique-assistants hospitalier ODF
- 10 internes en ODF

Université de Toulouse

- Odile Rauzy, présidente de l'université
- Philippe Pomar, doyen de la faculté de santé
- Sara Laurencin-Daicieux, doyenne du département d'odontologie
- Sarah Cousty, adjointe du département
- Florent Destruhault, adjointe du département
- Cathy Nabet, présidente du comité scientifique du département
- Olivier Hamel, chargé de mission, Président section 56 du CNU
- Franck Diemer, chargé de mission
- Philippe Kemoun, chargé de mission
- Karim Nasr, chargé de mission
- Paul Monserrat, chargé de mission
- Julien Delrieu, encadrant de 2^{ème} cycle
- Mathieu Marty, encadrant de 2^{ème} cycle
- Cathy Nabet, encadrant de 2^{ème} cycle
- Franck Diemer, encadrant de 2^{ème} cycle
- Maxime Rotenberg, coordonnateur de DES
- Frédéric Vaysse , coordonnateur de DES
- Sébastien Boyer, directeur administratif de la faculté de santé
- Muriel Verdager, responsable administrative du département
- 6 étudiants de deuxième cycle
- 8 étudiants du troisième cycle court

CHU de Toulouse

- Jean-François Lefebvre, directeur général du CHU de Toulouse
- Service odontologique CH Cahors
- Service odontologique CH Rodez
- Service odontologique Carcassonne
- Service odontologique CHI Vallées de l'Ariège

ARS Occitanie

- Pascal Durand, directeur du premier recours et des projets

URPS Occitanie

- Philippe Jourdan, président de l'URPS Occitanie

Total de 370 personnes rencontrées dont 140 étudiants

Retour sur le questionnaire adressé aux étudiants

À retenir

Questionnaire diffusé par les doyens et par l'UNECD et ouvert sur l'ensemble du mois de décembre. Ne concerne que les étudiants inscrits dans les facultés « historiques ».

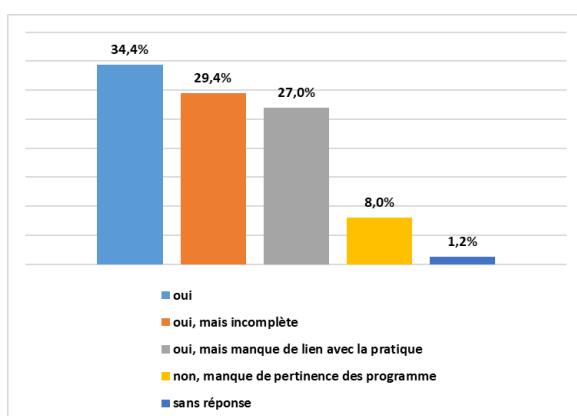
Questionnaire anonyme.

Nombre de réponses exploitables et exploitées : 617 pour les étudiants de second cycle, 163 pour les étudiants du 3^e cycle court et 64 pour les étudiants inscrits en 3^e cycle long.

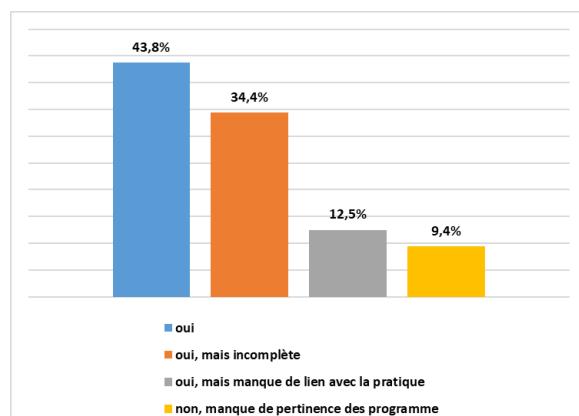
R3C parcours (questions aux étudiants de 3^e cycle court et long)

D'une manière générale, diriez-vous que la formation théorique de votre parcours en premier et deuxième cycle était en adéquation avec vos besoins pour aborder le troisième cycle ?

3^e cycle court

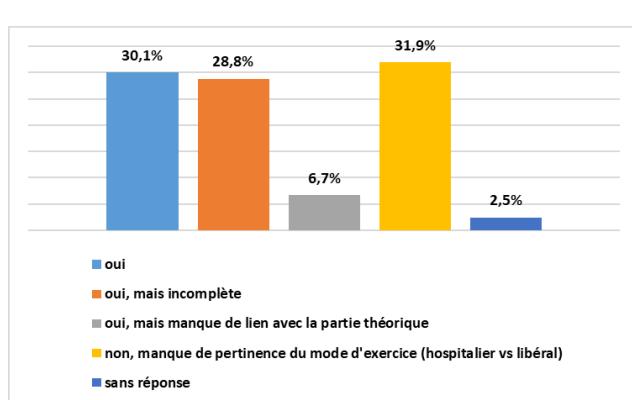


3^e cycle long

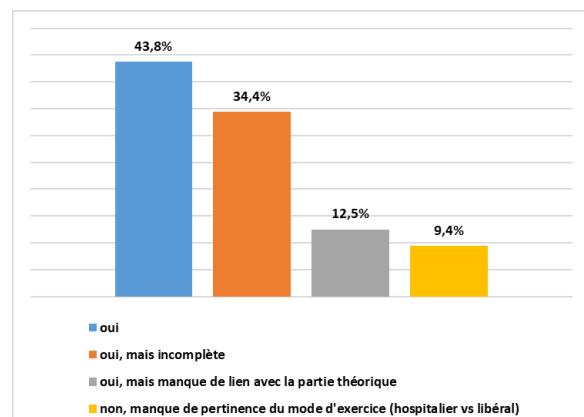


D'une manière générale, diriez-vous que la formation pratique de votre parcours en premier et deuxième cycle était en adéquation avec vos besoins pour aborder le troisième cycle ?

3^e cycle court

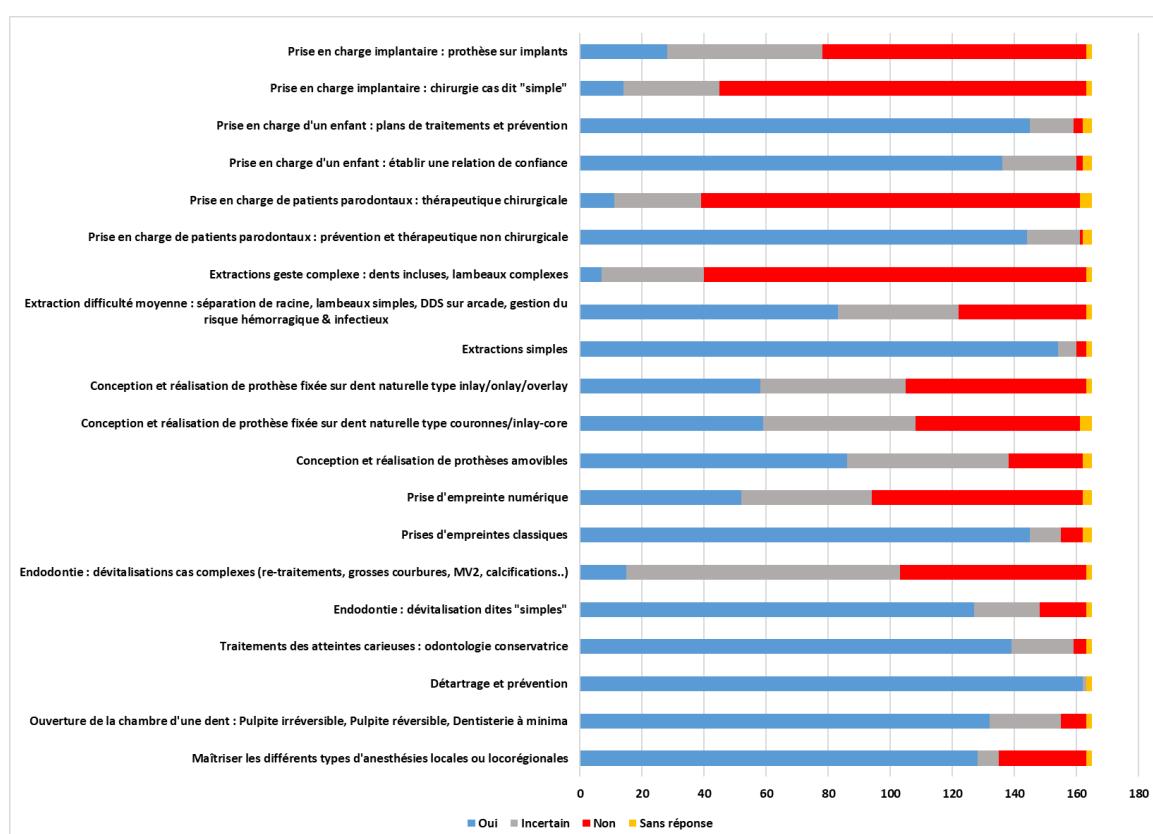


3^e cycle long

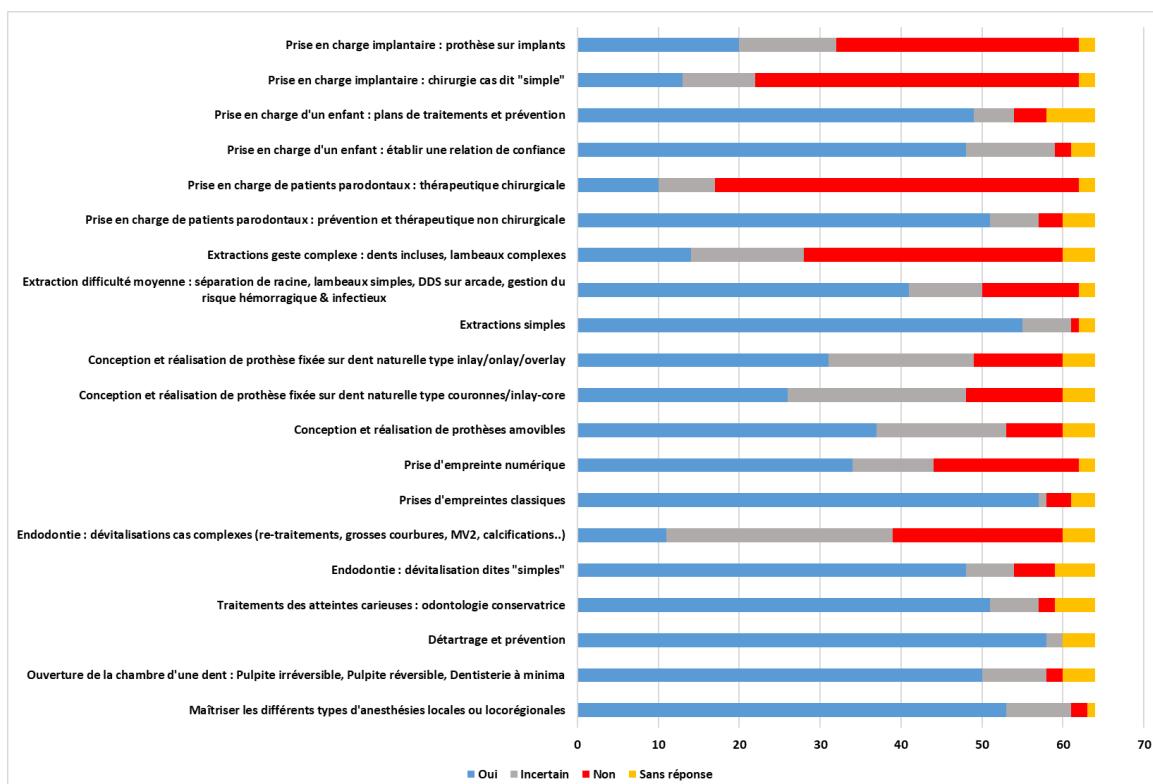


Considérez-vous avoir pratiqué suffisamment les actes mentionnés pour vous sentir compétents pour les réaliser en autonomie en cabinet ?

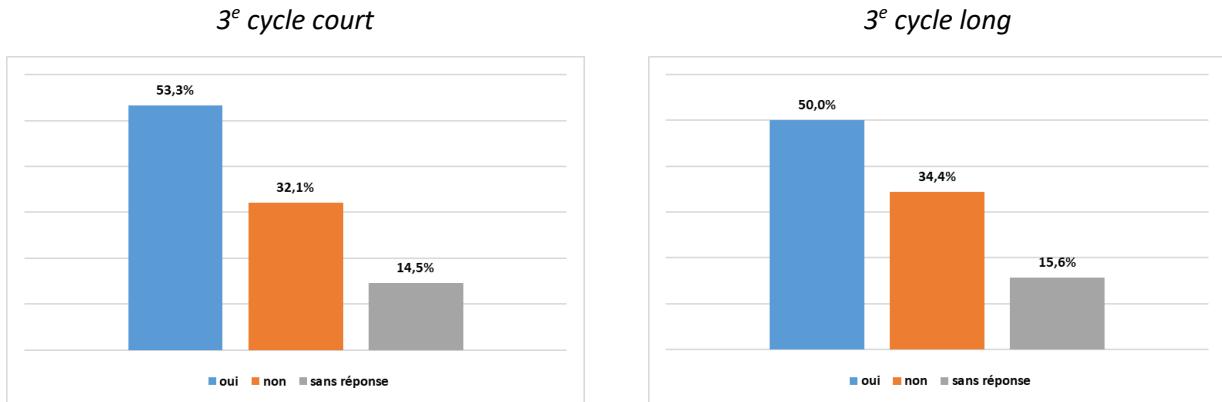
3^e cycle court



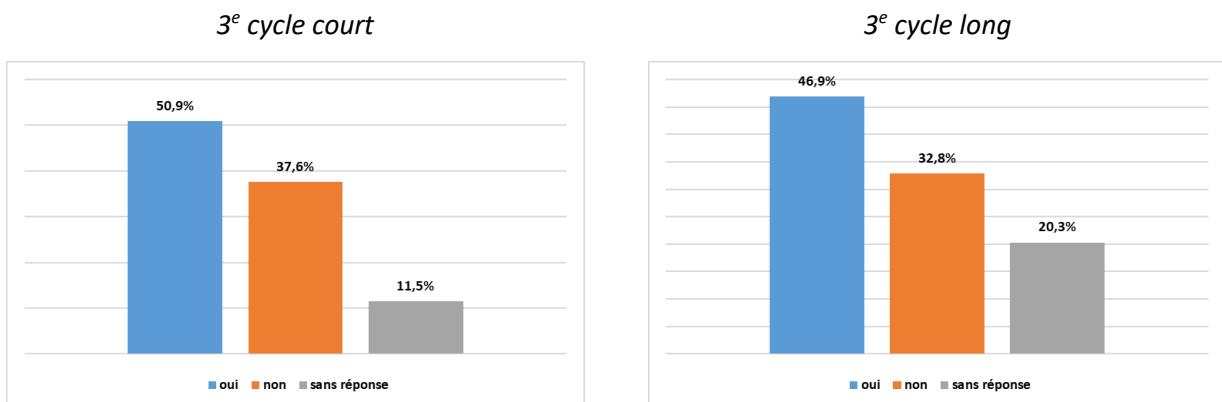
3^e cycle long



Encadrement des stages (tout type) : l'évaluation de l'acquisition des compétences à acquérir inscrite dans le carnet de stage vous paraît-elle adaptée ?

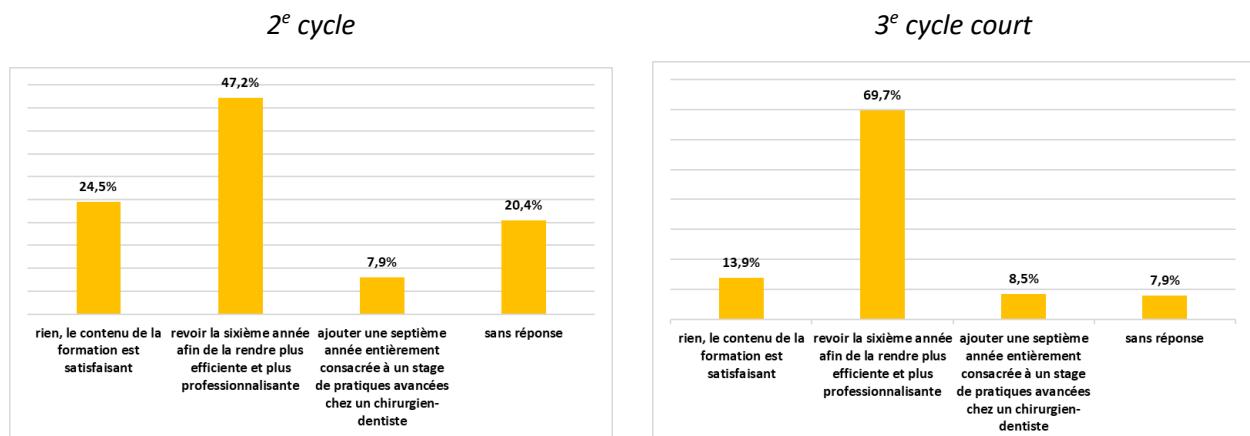


Encadrement des stages (tout type) : souhaiteriez-vous une évaluation plus formalisée sur la base d'objectifs de stage clairement établis en amont avec le maître de stage ?

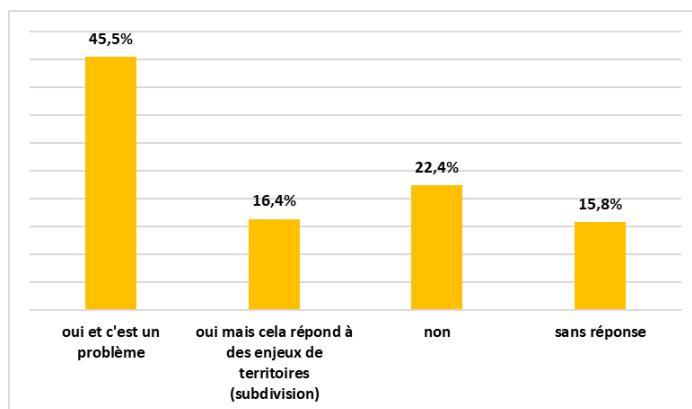


R3C – sixième année (questions aux étudiants du 3^e cycle court)

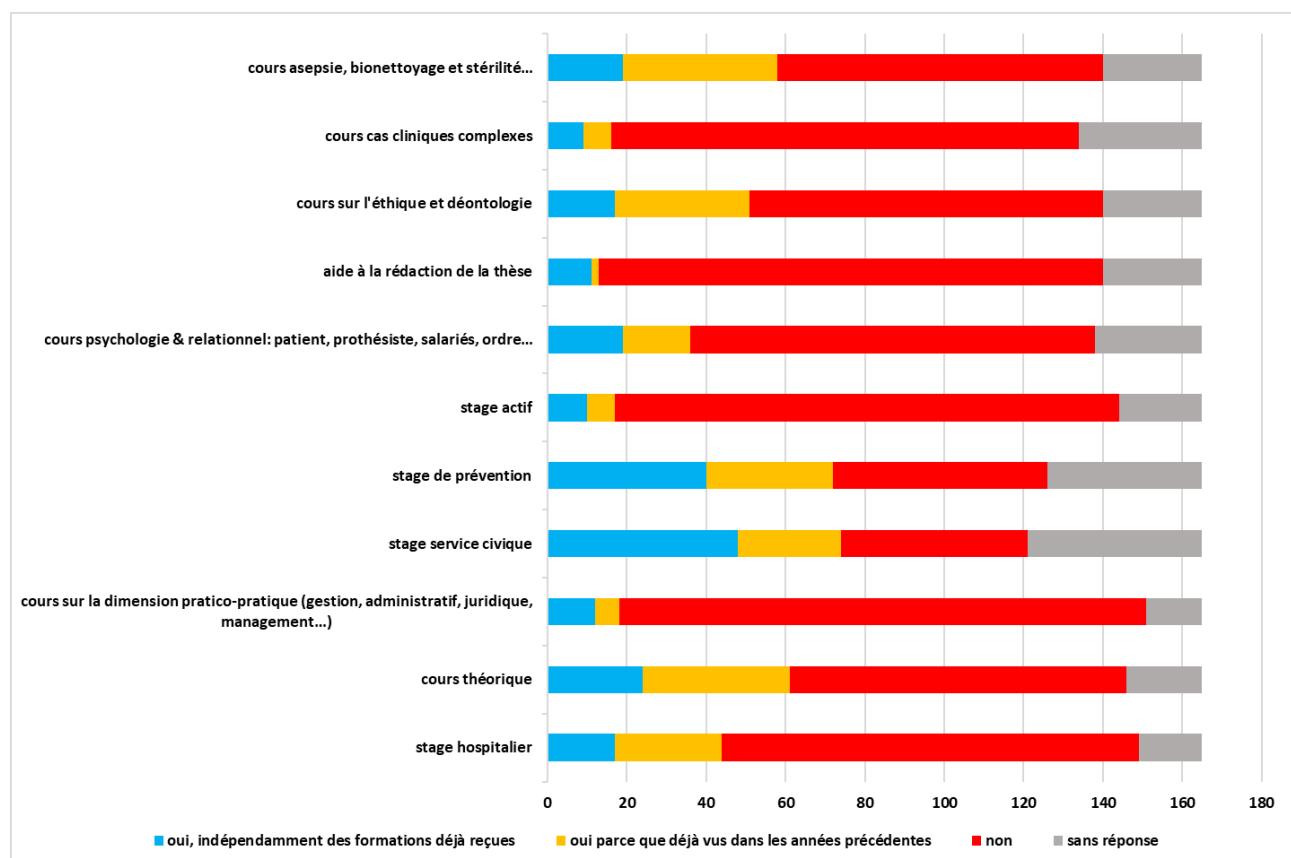
Afin de répondre au mieux aux problématiques actuelles de formation de la sixième année (cycle court du troisième cycle), que souhaiteriez-vous modifier ?



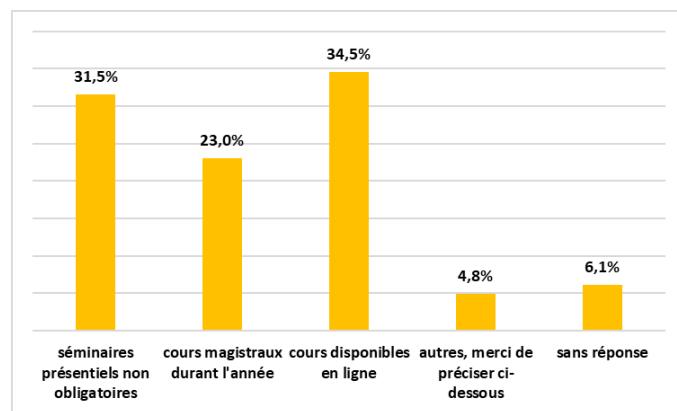
Êtes-vous sensible au manque d'uniformisation des contenus pédagogiques de la sixième année (cycle court) à l'échelle nationale ?



Certains aspects de la formation théorique ou pratique dispensés lors du cycle court vous semblent-ils inutiles ou déconnectés des besoins ?

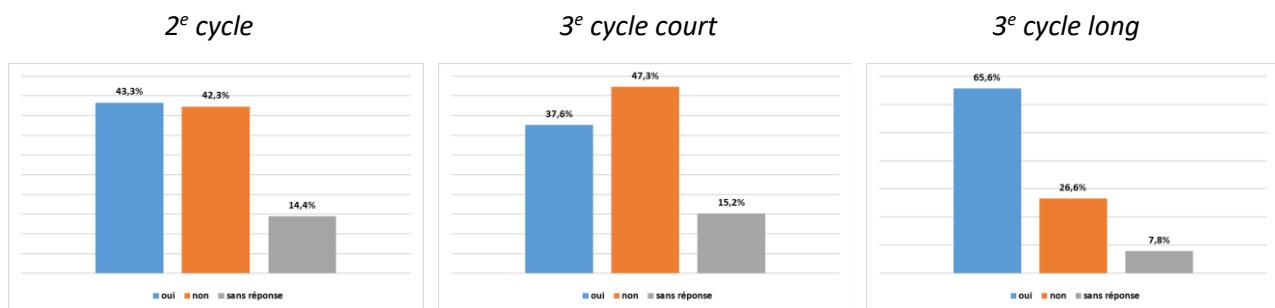


Sous quels formats vous semble-t-il intéressant d'apprendre la dimension pratico-pratique (gestion de cabinet, droit, psychologie, déontologie...) de votre métier ?



R3C – les DES (questions aux étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle court et 3^e cycle long)

Pensez-vous que les trois DES de cycle long existants (CO, ODF et MBD) répondent aux besoins de santé bucco-dentaires ?



Si non, faut-il maintenir le DES CO ?

| | 2 ^e cycle | 3 ^e cycle court | 3 ^e cycle long |
|----------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|
| oui | 43,6 % | 53,3 % | 50,0 % |
| oui, avec adaptation | | | 14,1 % |
| non | 56,1 % | 43,0 % | 3,1 % |
| sans réponse | 0,3 % | 3,6 % | 32,8 % |

Si non, faut-il maintenir le DES ODF ?

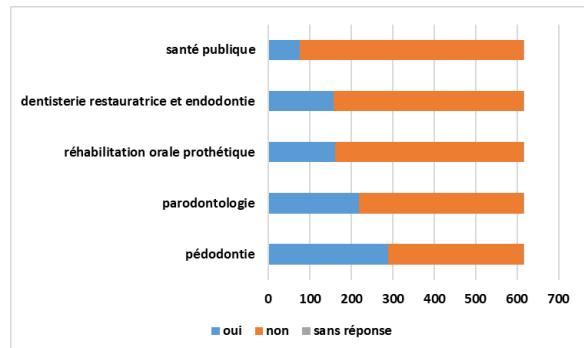
| | 2 ^e cycle | 3 ^e cycle court | 3 ^e cycle long |
|----------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|
| oui | 45,9 % | 54,5 % | 57,8 % |
| oui, avec adaptation | | | 7,8 % |
| non | 53,8 % | 41,8 % | 3,1 % |
| sans réponse | 0,3 % | 3,6 % | 31,3 % |

Si non, faut-il maintenir le DES MBD ?

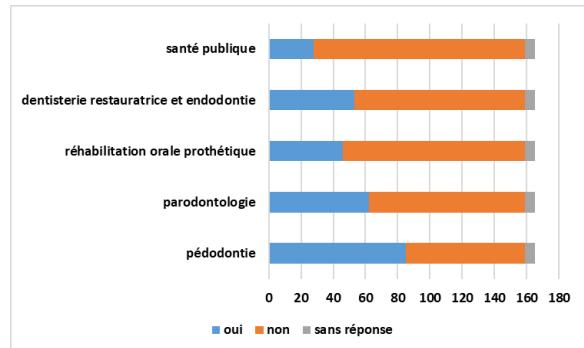
| | 2 ^e cycle | 3 ^e cycle court | 3 ^e cycle long |
|----------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|
| oui | 26,7 % | 24,8 % | 32,8 % |
| oui, avec adaptation | | | 17,2 % |
| non | 72,9 % | 71,5 % | 21,9 % |
| sans réponse | 0,3 % | 3,6 % | 28,1 % |

Si non, quelle(s) spécialité(s) nouvelle(s) faut-il créer (plusieurs réponses possibles) ?

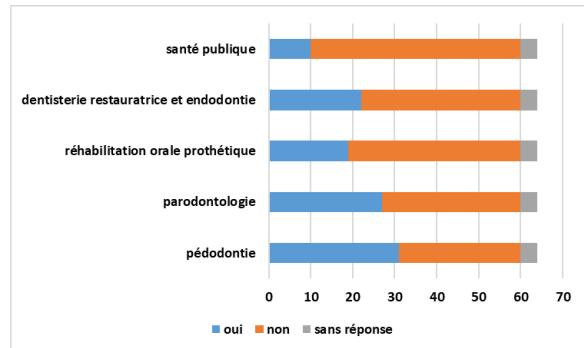
2^e cycle



3^e cycle court

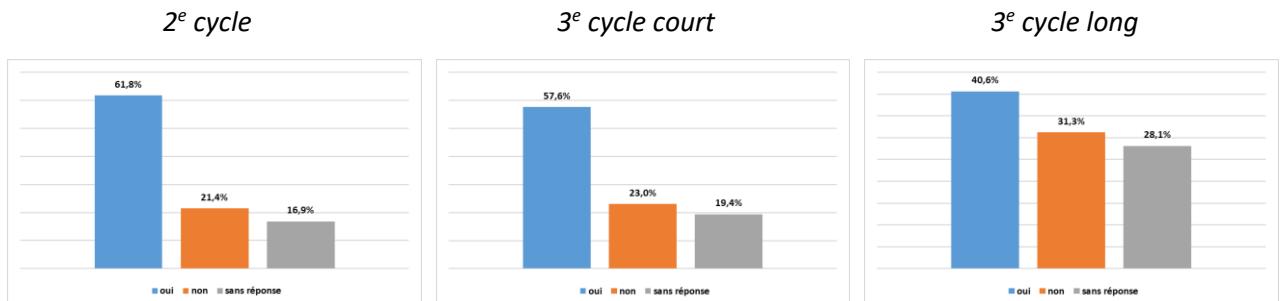


3^e cycle long

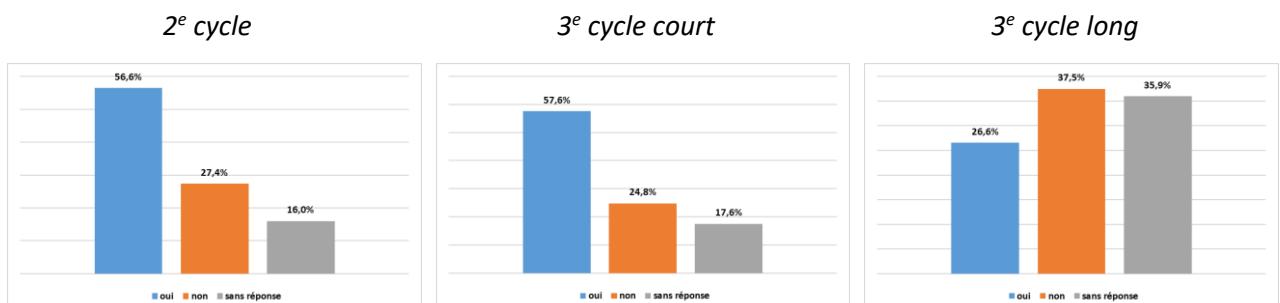


R3C – DES odontologie générale (questions aux étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle court et 3^e cycle long)

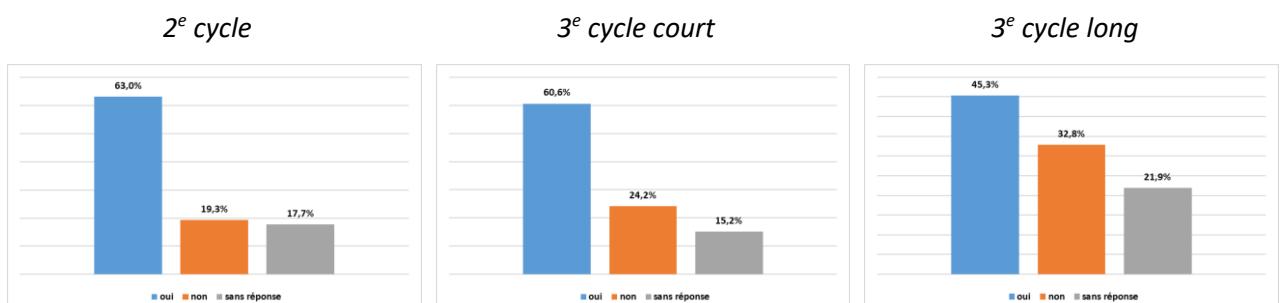
À l'issue du cycle court (3^{ème} cycle), souhaitez-vous l'obtention d'un diplôme, en plus de la thèse d'exercice, afin de reconnaître cette année de formation ?



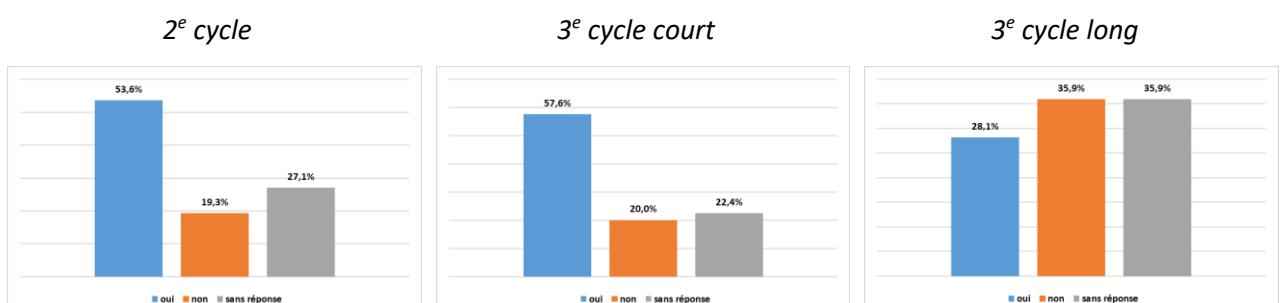
Souhaitez-vous recevoir, comme pour les autres disciplines de santé, un DES en odontologie générale pour tous les chirurgiens-dentistes ?



Si le cycle court devait devenir un DES d'odontologie générale, est-ce qu'une seule année de formation vous paraît suffisante ?

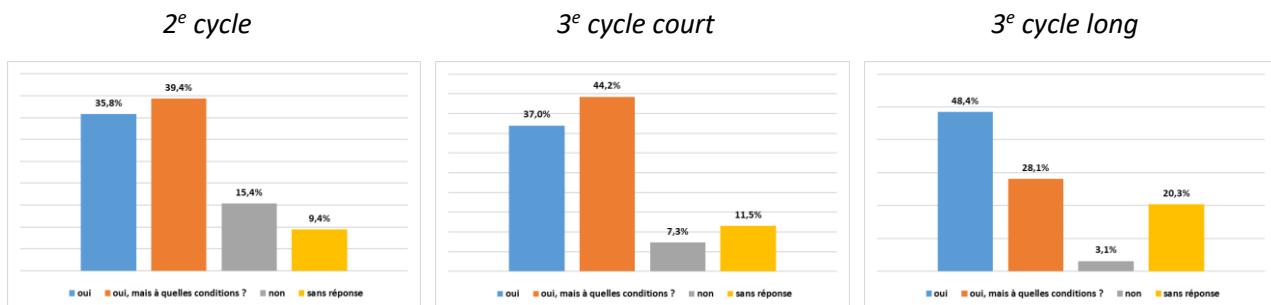


À l'image des futurs DES de la sixième année d'études de pharmacie (officine et industrie), pensez-vous que le rapport de stage et la soutenance doivent valoir pour thèse d'exercice et délivrance du doctorat d'Etat de chirurgien-dentiste ? En procédant ainsi, vous validez votre année de pratique et obtenez votre doctorat d'Etat de chirurgien-dentiste avec un seul mémoire et une seule soutenance.

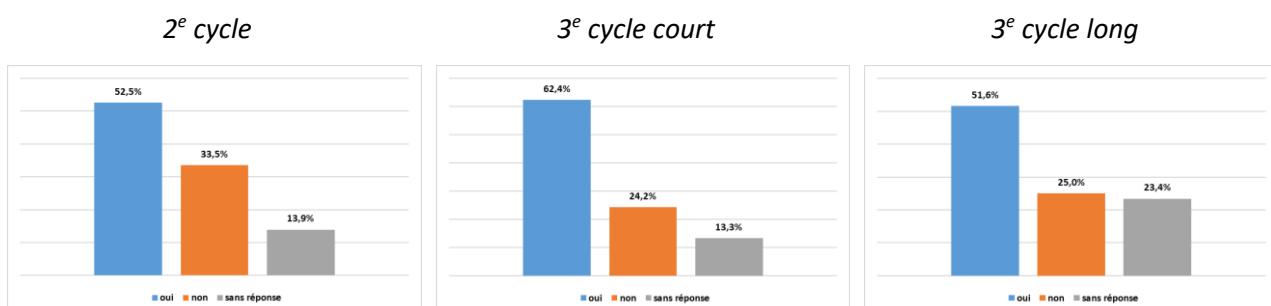


R3C – les assistants dentaires de niveau 2 (questions aux étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle court et 3^e cycle long)

Voyez-vous un intérêt à l'arrivée d'assistants dentaires de niveau 2 ?

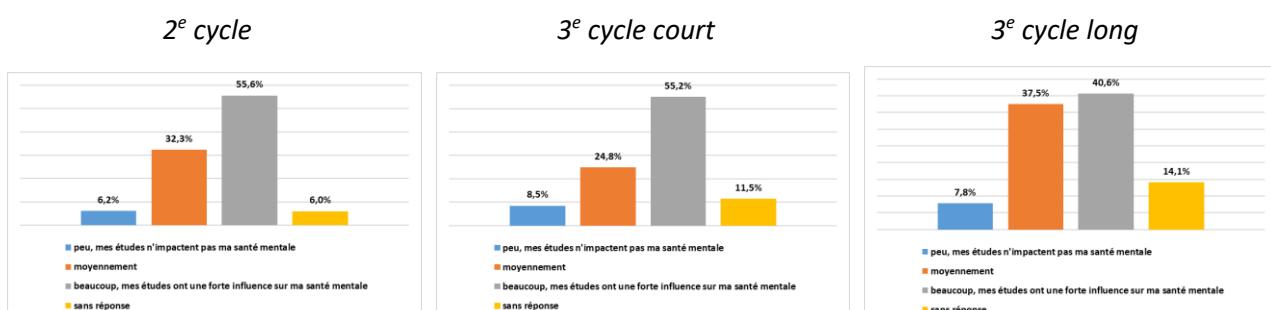


Verriez-vous un intérêt à ce qu'une partie de leur formation se déroule avec la vôtre ?



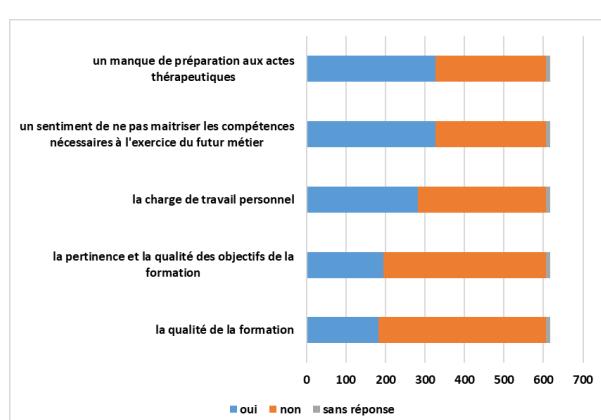
R3C – santé mentale (questions aux étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle court et 3^e cycle long)

Comment estimatez-vous l'influence de votre formation sur votre santé mentale ?

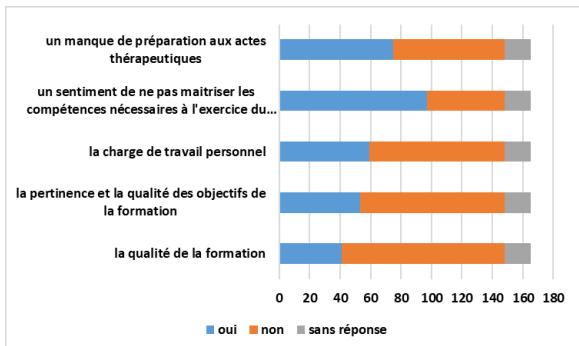


Parmi ces éléments, quels sont ceux qui impactent le plus négativement votre moral durant vos études (plusieurs réponses possibles) ?

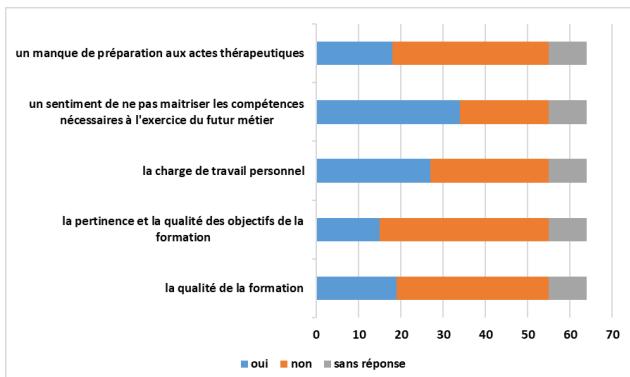
2^e cycle



3^e cycle court



3^e cycle long



Une méthodologie innovante pour repenser l'analyse de l'offre et de la demande

Depuis 2022, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie les données actualisées de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) pour plusieurs professions de santé, dont les chirurgiens-dentistes¹. Cette démarche vise à aller au-delà de la notion de "désert médical", dont les contours se révèlent aujourd'hui insuffisamment définis, en proposant une lecture plus objectivée et territorialisée des besoins en santé. L'APL offre une base utile pour définir les politiques d'aménagement de l'offre de soins, en s'appuyant sur une évaluation plus fine de l'accessibilité réelle².

Un outil d'analyse pour mesurer l'offre et la demande de soins

Une approche plus contextualisée que les indicateurs classiques

L'APL permet d'appréhender l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital) à un niveau géographique très fin, jusqu'à l'échelle communale. Contrairement aux indicateurs traditionnels — comme la densité de professionnels ou le temps d'accès — qui, bien qu'utiles, peuvent s'avérer trop généraux ou partiels- l'APL propose une approche plus intégrée en combinant plusieurs dimensions complémentaires. Cet outil, bien qu'il soit utile pour éclairer les politiques de santé, doit être utilisé avec discernement. Son interprétation nécessite une mise en contexte précise et rigoureuse. De plus, son utilisation ne peut pas remplacer une analyse qualitative des dynamiques territoriales et des besoins spécifiques des populations. En effet, on observe que le niveau de recours peut être influencé par des effets d'éviction, où certaines populations se trouvent exclues ou mal desservies par le système de santé en raison de facteurs organisationnels ou géographiques (l'indicateur de consommations est donc ici limité pour appréhender le besoin réel).

Parmi les dimensions prises en compte, l'APL intègre :

- La proximité et la disponibilité des professionnels, en considérant non seulement les ressources présentes dans la commune étudiée, mais aussi celles des communes avoisinantes, avec une pondération selon la distance ;
- Les recours en soins de la population locale, évalués à partir des consommations de soins observées selon les tranches d'âge, ce qui permet de mieux adapter l'offre aux caractéristiques démographiques et sanitaires du territoire.

Cette approche permet de révéler des disparités territoriales souvent atténuées ou peu perceptibles avec les indicateurs agrégés traditionnels. En outre, bien que calculé à l'échelle communale, l'APL peut être agrégé à des niveaux plus larges — intercommunalité, département, région — offrant ainsi une flexibilité d'analyse à géométrie territoriale variable selon le ressort des décideurs publics et in fine de la politique publique.

Des constats éclairants, entre progrès et tensions persistantes

L'analyse des données entre 2022 et 2023 montre une légère progression de l'accessibilité moyenne aux chirurgiens-dentistes (+1,9 %), mais cette évolution globale masque des écarts persistants. Le rapport de un à huit entre les 10 % de la population les mieux et les moins bien dotées (respectivement 114,1 contre 14,6 équivalents temps plein pour 100 000 habitants) illustre la permanence de fortes inégalités d'accès.

Une lecture cartographique du territoire révèle sans ambiguïté une sous-densité significative en chirurgiens-dentistes sur une grande partie de la France³. Cette représentation visuelle constitue un levier puissant pour appuyer les stratégies de rééquilibrage territorial.

Une aide à l'analyse des comportements de recours et des enjeux structurels

¹ Les médecins généralistes, les infirmières, les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes.

² Cf. outil de cartographie de la DREES : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

³ Cf. Outil de cartographie de la Drees : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

Une lecture opérationnelle des comportements de recours aux soins

L'intérêt de cette approche ne se limite pas à une fonction de diagnostic. En intégrant des éléments qualitatifs comme les comportements de recours aux soins, l'APL permet aussi d'identifier des zones où le besoin n'est pas simplement une question de présence physique de professionnels, mais où des logiques d'évitement ou de renoncement aux soins se manifestent.

Cette lecture plus fine et plus contextualisée peut servir à la fois :

- À l'évaluation des pratiques territoriales de recours aux soins ;
- À la formulation de recommandations de santé publique, notamment en matière de prévention, adaptées aux réalités locales.

En cela, l'APL offre une double utilité : instrument d'analyse stratégique et outil opérationnel pour guider les politiques d'accès aux soins et les initiatives de prévention.

Des limites structurelles encore à dépasser

Si cette approche méthodologique est vertueuse, elle ne saurait à elle seule combler toutes les lacunes actuelles. En particulier, la connaissance de la répartition territoriale des équipements dentaires reste très insuffisante. Contrairement à la démographie des praticiens, bien documentée, les données sur les fauteuils, appareils de radiologie ou dispositifs de stérilisation sont rares et incomplètes.

Un risque accru de fracture technologique

Les données disponibles montrent des disparités très fortes dans l'accès aux équipements numériques avancés (imagerie de pointe⁴, impression 3D, chirurgie guidée) :

- 65 % des systèmes de chirurgie guidée sont concentrés dans 8 départements urbains ;
- Le taux d'équipement en imagerie de pointe varie de 1 pour 15 000 habitants en zone urbaine à 1 pour 60 000 en zone rurale ;
- 82 % des cabinets équipés en impression 3D sont situés dans des villes de plus de 100 000 habitants.

Cette concentration entraîne un risque croissant de fracture technologique, où une partie de la population du territoire aurait accès à des soins modernes et innovants, tandis que d'autres zones cumuleraient la difficulté d'accès à un praticien et l'absence d'équipements à la pointe de la technologie. Il s'agit là d'une forme de double peine pour certaines populations déjà fragilisées.

Perspectives stratégiques de couverture territoriale et risques à prévenir

Vers une stratégie nationale d'équipement et de répartition équilibrée

- Une réponse structurelle à ces déséquilibres passe nécessairement par :
- Un meilleur recensement et suivi des équipements, incluant des indicateurs d'utilisation et de vétusté ;
- La promotion de structures collectives (centres dentaires, maisons de santé) permettant une mutualisation des ressources techniques avec une plus forte capacité d'investissement ;
- L'intégration de ces problématiques dans les dispositifs de formation, notamment dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études odontologiques, pour sensibiliser les futurs praticiens aux enjeux de territorialisation des compétences et des équipements.

L'APL, en offrant une base de connaissance dynamique et territorialisée, peut ainsi jouer un rôle structurant dans cette stratégie. En croisant les données sur les professionnels, les comportements de santé et les équipements, elle contribue à une lecture plus juste des besoins et à une planification plus équitable de l'offre de soins dentaires sur l'ensemble du territoire. Il est essentiel de continuer à affiner l'évaluation des besoins en soins dentaires, en prenant en compte l'évolution démographique, les mutations sanitaires

⁴ CBCT : Cone Beam Computed Tomography (Tomographie computée à faisceau conique).

locales, et les nouvelles pratiques en matière de prévention et de soins. L'APL doit évoluer pour mieux détecter les variations des besoins, en prenant en compte non seulement les besoins en soins mais aussi la répartition et l'utilisation effective des équipements, qu'ils soient actifs (utilisés) ou passifs (présents mais inactifs), afin de devenir un outil de planification plus adapté aux réalités du terrain.

[Les dérives potentielles d'une régulation mal maîtrisée](#)

Toute régulation de l'installation, même motivée par une volonté de rééquilibrage territorial, n'est pas sans risques. Par exemple, conditionner l'ouverture d'un cabinet en zone dite « dense » au départ d'un praticien (retraite, mobilité) — tout en facilitant les installations en zone sous-dense — peut produire un effet paradoxal : en créant une forme de rareté administrative, on risque de renchérir artificiellement la valeur des cabinets dans les zones urbaines attractives. Là où la liberté d'installation maintenait un certain équilibre économique, ces restrictions pourraient générer un marché captif, moins accessible aux jeunes praticiens ou à ceux n'ayant pas les moyens d'investir lourdement.

Ce type d'effet de bord appelle à la prudence : une stratégie nationale d'aménagement de l'offre de soins ne peut se limiter à des mécanismes de régulation de flux. Elle doit également anticiper les dynamiques économiques qu'elle engendre localement, afin d'éviter de nouvelles formes d'inégalités.

Aides à l'installation des chirurgiens-dentistes en zones sous-denses

Les **chirurgiens-dentistes** peuvent bénéficier de diverses aides pour leur installation et leur maintien dans des zones sous-denses où l'accès aux soins est limité. Ces aides incluent des subventions à l'investissement, une prise en charge des frais de fonctionnement et des soutiens financiers pour le fonctionnement des structures de santé. L'Assurance Maladie et les ARS jouent un rôle clé en soutenant ces professionnels. Ces mesures visent à répondre aux besoins de soins dans des territoires où l'accès aux soins dentaires est insuffisant. Les pouvoirs publics ont multiplié les aides diverses et variées pour lutter contre les déserts médicaux avec des effets limités.

Sans prétendre à l'exhaustivité, et en l'absence de quantification précise pour certaines aides, il est possible de dresser un état des principales formes de soutien disponibles. En effet, la loi n° 2005-157 du 23 février 2005, relative au développement des territoires ruraux, prévoit des aides des collectivités territoriales pour l'installation ou le maintien des professionnels de santé, y compris les chirurgiens-dentistes, dans les zones sous-denses. Encadrées par l'article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales (CGCT), ces aides incluent des subventions d'investissement, la mise à disposition de locaux, ainsi que la prise en charge de frais de fonctionnement et de salaires pour le personnel. Les modalités de ces dispositifs varient selon les besoins locaux et les ressources disponibles.

- **Aides de l'Assurance Maladie**

En 2020, l'**Assurance Maladie** a attribué **1 M€** aux chirurgiens-dentistes pour leur installation ou maintien dans ces zones. Ces aides varient d'une année à l'autre et sont ajustées en fonction des besoins des professionnels.

Elles sont présentées lors des **bilans en commissions paritaires**, permettant ainsi de suivre et de réajuster les montants alloués.

- **Aides démographiques des ARS**

Bien que ces aides aient été **réduites en 2023**, les **Agences Régionales de Santé (ARS)** ont soutenu financièrement l'installation des professionnels de santé, y compris les chirurgiens-dentistes, dans les zones sous-denses.

Une **évaluation de 8 M€** a été effectuée pour les aides démographiques dans l'étude d'impact liée au **PLFSS 2023**, bien que la majorité des dépenses concernent les anciens contrats d'aide.

- **Soutien à l'installation et à l'infrastructure**

Les **chirurgiens-dentistes** peuvent également bénéficier de **subventions d'investissement** pour l'aménagement de leurs locaux ou la mise à disposition de cabinets dans ces zones. Cela permet de réduire les coûts initiaux liés à l'installation dans des territoires sous-dotés.

Certaines régions proposent aussi une **prise en charge des frais de fonctionnement**, y compris le financement de **personnel** pour l'accueil des patients ou la coordination des soins, ce qui facilite le maintien de l'activité.

- **Aides au fonctionnement des structures**

Pour ceux travaillant dans des **centres de santé** ou des **maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)**, l'**Assurance Maladie** et les **ARS** financent souvent le **fonctionnement des structures**. Ce soutien se fait par des **forfaits indexés** sur des critères comme l'**amplitude horaire d'ouverture** des cabinets ou la présence de créneaux réservés aux **soins non programmés**.

Ces dispositifs visent à garantir l'accès aux soins dans des zones où l'offre libérale est insuffisante, tout en assurant un service de qualité.

Une régulation de la profession des chirurgiens-dentistes défaillante

L'abondance des acteurs doublée de sources de données multiples rend la lisibilité des actions de régulation complexe

Il existe de nombreux acteurs en charge de la mise en œuvre, du suivi et du contrôle des politiques de santé, et la santé bucco-dentaire n'échappe pas à cette réalité. Les instances ordinaires, les ARS, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ainsi que les groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (théoriquement opérationnels au 1^{er} janvier 2025) ou hospitaliers, interviennent sur des questions connexes qui comportent des zones de recouvrement et des compétences distinctes selon les échelons administratifs concernés. Au sein des ARS, plusieurs directions des soins de premier recours ont indiqué à la mission que les élus éprouvent les plus grandes difficultés à trouver les bons leviers d'actions face à la multiplicité de leurs interlocuteurs. Cet agencement a tendance à se complexifier avec l'empilement des mesures législatives et réglementaires dont le présent rapport souligne l'abondance et parfois l'extrême complexité.

La multiplicité des sources de données, pas toujours cohérentes entre elles, ne facilite pas la lecture des indicateurs de suivi des politiques publiques. La mission a d'ailleurs rencontré des difficultés pour connaître avec exactitude le nombre d'emplois ou postes hospitalo-universitaires non pourvus en odontologie. Plutôt que de multiplier les bases de données éparses, une approche intégrée et partagée serait de nature à offrir des données robustes et à faciliter le pilotage des politiques publiques⁵.

L'autorisation d'exercice est certes encadrée mais insuffisamment régulée

Le président de l'ONCD signale que la question des faux diplômes constitue une difficulté croissante pour les conseils départementaux habilités à délivrer l'autorisation d'exercer. Par ailleurs, cette autorisation est graduée selon que le diplôme est obtenu en France, en Europe et hors Union européenne.

La procédure d'autorisation d'exercice pour les praticiens diplômés hors union européenne (PADHUE)⁶ est bien définie. Néanmoins, la création récente du statut de praticien associé contractuel temporaire (PACT)⁷ leur permet d'exercer à titre temporaire dans l'attente de passer les épreuves de vérification des connaissances (EVC) qui sont la première étape de la procédure d'autorisation d'exercice. L'attestation d'exercice provisoire est délivrée par le directeur général de l'ARS après avis de la commission compétente. Délivrée au titre d'une spécialité et d'un établissement, sa durée ne peut excéder treize mois.

Les ARS rencontrées n'ont pas eu connaissance de signalements concernant les arrêtés d'agrément provisoire délivrés sur cette nouvelle base. Mais, c'est un point de vigilance supplémentaire pour les agences.

Pour les candidats à l'installation diplômés de l'union européenne dont le diplôme figure sur la liste de la directive du parlement européen et du Conseil de 2005⁸, il leur suffit de demander l'autorisation d'exercice au Centre national de gestion (CNG). L'autorisation étant acquise, les candidats à l'exercice en France s'inscrivent à l'ONCD qui vérifie leur bon niveau d'expression et de compréhension en langue française. Une fois inscrits auprès de l'Ordre, les praticiens diplômés de l'UE peuvent effectuer des remplacements, choisir leur mode de collaboration, créer ou reprendre le cabinet d'un confrère.

⁵ Pour n'en citer que quelques-unes : Insee, Système National des Données de Santé, Bases de données médicales administratives, service statistique public du ministère des solidarités et de la santé (DATA.DREES), Observatoire nationale des professionnels de santé, Données fournies par le ministère de l'Enseignement supérieur (DATA.ESR).

⁶ INSTRUCTION N° DGOS/RH2/2024/93 du 21 juin 2024 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant de justifier l'autorisation d'exercice de praticiens étrangers ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (PADHUE) : https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-07/Instruction_PADHUE%20du%2021%20juin%202024.pdf

⁷ Décret n°2024-1190 du 19 décembre 2024 portant création du statut de praticiens associés contractuels temporaires (PACT) qui découle loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels a introduit en son article 35 une autorisation d'exercice temporaire permettant aux praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) d'exercer temporairement et de manière dérogatoire dans un établissement public ou un établissement privé à but non lucratif de santé, social ou médico-social.

⁸ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32005L0036>

Si le critère d'autorisation consiste à ne pas mettre en danger les patients par des praticiens souhaitant exercer sur le sol français, le dispositif existant apparaît fragile pour permettre une régulation susceptible d'écartier les chirurgiens-dentistes qui n'ont pas le niveau de compétence et de savoir requis.

La lutte contre l'exercice illégal de la profession demanderait à être renforcée

Selon le président de l'ONCD, l'exercice illégal de la profession concerneurait un nombre significatif de centres de soins. Les agissements de ces centres incluent le salariat de personnes non habilitées à exercer, des praticiens interdits d'exercice qui passent outre leur condamnation, ainsi que des individus issus du domaine paramédical ou artisanal se présentant comme chirurgiens-dentistes⁹. Le conseil de l'ordre, bien qu'il dispose de ressources humaines qui seraient mobilisables dans l'ensemble des départements, ne peut se substituer aux autorités compétentes : en tant que juridiction de première instance disciplinaire, il ne dispose pas d'un pouvoir d'investigation. Cette limitation a été soulignée par la Cour des comptes, qui appelle à un contrôle plus rigoureux de la profession¹⁰.

En revanche, les ARS disposent d'un pouvoir d'enquête pour ce type de contrôles mais elles font face à un manque de moyens humains pour les mener de façon systématique. Par ailleurs, l'ordre national entend également lutter contre le développement de cabinets dont l'objectif prioritaire est de réaliser une rentabilité financière élevée, au détriment de la réponse aux besoins de soins de la population.

Cette situation dépasse le seul champ de l'odontologie : elle illustre, plus largement, les dérives potentielles d'une financialisation croissante du système de santé, qui menace les principes fondamentaux de l'accès équitable aux soins.

Les contrôles portant sur la qualité des soins

En 2023, les 30 313 chirurgiens-dentistes sociétaires de la mutuelle d'assurance des professionnels de santé (MACSF) ont adressé 1 980 déclarations de sinistre à l'assureur. Le taux global de sinistralité s'établit ainsi à 6,5 % (7 % en 2022). La MACSF signale trois évolutions majeures sur les dix dernières années :

- le doublement de la sinistralité endodontique ;
- la sinistralité implantaire a augmenté de façon identique au nombre total de déclarations (+ 29 % sur 10 ans),
- le nombre de dossier sans suite a considérablement augmenté (+250 %).

Les contrôles et leurs effets induits peuvent être efficaces, à condition qu'ils soient réalisés en bonne intelligence entre la profession et les autorités compétentes. Les plaintes, réclamations ou événements indésirables graves associés aux soins (EIGS¹¹) nécessitent un traitement adapté, en fonction du type de problème (inspection, demande d'informations). Ils concernent des cabinets mais également des établissements (centres de soins, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), établissements pour personnes handicapées, etc.). Cette dernière porte les incidents dans son rapport annuel avec des préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients. Ce rapport est transmis au ministre chargé de la Santé puis rendu public. Il reste à déterminer si cette forme de régulation a des effets concrets. À titre d'illustration d'initiative intéressante, l'URPS des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine a développé un « serious game » pour sensibiliser la profession aux EIGS.

⁹ https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2023/09/ONCD-LA-LETTRE-208.pdf?utm_source=chatgpt.com

¹⁰ https://www.cccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/03-ordre-national-chirurgiens-dentistes-Tome-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

¹¹ Le décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIGS précise les modalités du dispositif de déclaration par les professionnels, les établissements de santé ou services médico-sociaux à l'agence régionale de santé (ARS) compétente.

La formation continue comme levier de transformation professionnelle

Le DPC une obligation déontologique devenue une exigence administrative

La formation continue inscrite comme un devoir dans le code de déontologie est également une obligation

L’article R4127-214 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, intégré au Code de Santé publique, stipule que le praticien a le « *devoir d’entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue* ». Ce devoir déontologique de formation est renforcé par une obligation légale inscrite dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Les actions de formations réalisées dans le cadre du DPC doivent l’être au sein d’une structure référencée par l’Agence nationale du DPC (ANDPC) et, de ce fait, répondre à un cahier des charges défini dans le cadre de l’obligation triennale.

Encadré n° 12 : Les textes régissant le DPC

- Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé qui prévoit les missions, l’organisation et le fonctionnement des CNP.

Chaque profession ou spécialité ne peut être représentée que par un seul Conseil national professionnel. Un Conseil national professionnel regroupe les sociétés savantes et les organismes regroupant des professionnels de santé exerçant la même profession ou la même spécialité.

- L’arrêté du 20 août 2019 porte la liste des conseils nationaux professionnels pouvant conventionner avec l’État en application de l’article D. 4021-1-1 du code de la santé publique.

Au titre des médecins et des chirurgiens-dentistes :

- Le Conseil national professionnel de chirurgie orale.

Au titre des chirurgiens-dentistes :

- Le conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes : dont les membres fondateurs sont : l’Académie nationale de chirurgie dentaire ; l’Association dentaire française ; les Chirurgiens-dentistes de France ; la Fédération des syndicats dentaires libéraux ; l’Union dentaire.
- Le conseil national professionnel de médecine bucco-dentaire ;
- Le conseil national professionnel d’orthopédie dentofaciale et orthopédie dento-maxillo-faciale.

La seule réalisation d’une action de DPC ne suffit pas à satisfaire aux obligations triennales de formation. Chaque praticien doit, sur une période de trois ans, valider au moins deux des trois types d’actions suivantes : formation continue (FC), évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et gestion des risques (GDR). Ces actions doivent s’inscrire dans le cadre d’orientations prioritaires définies au regard des enjeux pour le système de santé et les professions. La formation est prise en charge par l’ANDPC, dans la limite de 14 heures par an.

Les bilans annuels et triennaux des DPC font apparaître une progression de la participation des chirurgiens-dentistes aux actions de formation continue

Tous les trois ans, les ministres en charge de la Santé et des Armées définissent, par arrêté, les thématiques qui constituent les orientations prioritaires de DPC. Ces dernières ont vocation à accompagner la politique nationale de santé, certains axes de la politique conventionnelle et les enjeux d’amélioration des pratiques des différentes professions et spécialités.

Sous l’égide du ministère de la Santé et de la Prévention, l’ANDPC a piloté le processus d’élaboration des orientations nationales prioritaires pour la période 2023-2025 en lien avec les services de l’État, les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et l’assurance maladie. Toute action de DPC, publiée par l’ANDPC, doit être indexée à une orientation prioritaire. Les types d’actions entrant dans le champ du DPC sont :

- les améliorations des compétences cliniques et thérapeutiques ;
- l’intégration des innovations et des technologies avancées ;

- le développement professionnel et réseautage ;
- les réponses aux exigences réglementaires.

Au titre de l'année 2022, fin de période triennale 2020-2022 : 22 771 chirurgiens-dentistes avaient participé à une session de DPC, soit plus de la moitié (61,7 %) de la population éligible parmi les chirurgiens-dentistes¹².

Au 31 décembre 2024, aux deux-tiers de la période triennale 2023-2025, le nombre d'inscriptions des chirurgiens-dentistes à une action de DPC (33 299) a progressé de 15,6 % par rapport à l'année précédente. Mieux que les médecins (+ 7,9 %) ou les infirmiers (+ 12,7 %), mais moins bien que les pharmaciens (+ 50,4 %), les biologistes (+ 52 %) ou encore les kinés (+ 24,2 %). Les actions de FC et d'EPP représentent respectivement 27,1 % et 18 % des inscriptions. Toutes professions confondues, la part des inscriptions aux actions non présentielle, atteint 50,3 %. Pour les chirurgiens-dentistes la part de distanciel représente 73,8 %¹³.

Parmi les chirurgiens-dentistes qui encadrent les stages cliniques de sixième année que la mission a rencontrés, nombre d'entre eux ont indiqué que le fait d'accueillir et accompagner un étudiant stagiaire constituait un vecteur d'entretien mais aussi de développement de leurs propres compétences. Les formations prévues dans le cadre de la mise en place du statut des MSUO au profit des stages DES OG devront être décomptées dans le DPC. Or À partir de 2023, la maîtrise de stage (MSU) réalisée en médecine n'est plus intégrée dans le budget du DPC et fait maintenant l'objet d'une enveloppe fléchée. Ainsi, les professionnels de santé engagés sur de la MSU ne sont pas pris en compte et le bilan annuel du DPC est rendu hors maîtrise de stage universitaire.

¹² Source : ADF, <https://adf.asso.fr/articles/dpc-ne-ratez-pas-le-coche>

¹³ Source : information dentaire accessible sur le portail de la médecine bucco-dentaire.

Quatre exemples d'organisation d'études en odontologie en Europe

Le choix de l'Allemagne, de la Belgique, de l'Espagne et de la Roumanie permet d'illustrer la diversité des modèles européens en matière d'organisation des soins et de régulation des professions de santé. Ces pays présentent des configurations contrastées — fédérales, décentralisées ou plus centralisées — qui offrent des points de comparaison utiles pour éclairer les spécificités françaises. L'Espagne et la Roumanie, en particulier, figurent parmi les principales destinations de mobilité étudiante dans le champ odontologique. Tous s'inscrivent dans le cadre européen de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles prévu par la directive 2005/36/CE (modifiée par la directive 2013/55/UE), qui établit des standards communs de formation. Si les compétences des chirurgiens-dentistes sont reconnues comme équivalentes au niveau réglementaire, les parcours de formation, les modalités de pratique clinique, l'environnement professionnel et les attentes sociétales peuvent néanmoins différer sensiblement d'un pays à l'autre.

En Allemagne, État fédéral, la gestion de la santé est décentralisée. Chaque Land est responsable de l'organisation des soins de santé. Contrairement à la France, où la santé est largement régulée par l'État central même si le déploiement des politiques de santé publique est déconcentré au travers des ARS. En Allemagne, les Länder ont des compétences étendues, y compris la délivrance de l'autorisation d'exercer pour les professionnels de santé, comme les chirurgiens-dentistes, via les autorités compétentes locales. De plus, il n'existe pas d'Ordre des chirurgiens-dentistes, contrairement à la France où l'ONCD joue un rôle de régulation et de supervision de la profession.

En Belgique, le système de santé est organisé de manière décentralisée, avec une compétence partagée entre les entités fédérées (les régions et communautés) et l'État fédéral. Chaque région (la Wallonie, la Flandre et Bruxelles) gère une partie de la politique de santé, y compris la régulation des professions de santé, mais l'autorisation d'exercer pour les chirurgiens-dentistes est délivrée par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) au niveau national. La Belgique ne dispose pas d'un ordre unique pour les chirurgiens-dentistes, et les praticiens sont soumis à la réglementation des différentes régions et à la surveillance de l'AFMPS.

En Espagne, le système de santé est organisé de manière centralisée au niveau national, bien que des compétences spécifiques puissent être transférées aux communautés autonomes. L'autorisation d'exercer pour les chirurgiens-dentistes est délivrée par le ministère de la Santé, en collaboration avec les autorités sanitaires régionales. L'Espagne ne dispose pas d'un ordre centralisé pour les chirurgiens-dentistes, mais chaque communauté autonome peut établir des règles spécifiques en matière d'exercice et de régulation de la profession.

En Roumanie, le système de santé est principalement régulé au niveau national, avec une organisation centralisée des soins de santé. L'autorisation d'exercer pour les chirurgiens-dentistes est délivrée par le ministère de la Santé, en coordination avec l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Roumanie, qui supervise et régule la profession. Contrairement à la France, où l'ONCD joue un rôle important dans la délivrance de l'autorisation d'exercice de la profession, celui de la Roumanie dispose d'un ordre spécifique dont la compétence porte sur le contrôle des pratiques et la veille à l'éthique.

À titre d'analyse, chacun des quatre pays retenus fait l'objet d'un développement, plus ou moins approfondi, structuré selon des dimensions comparables : accès aux études d'odontologie, durée et contenu de la formation, obtention du diplôme, modalités d'autorisation d'exercice de la profession et dispositifs de régulation, le cas échéant.

Focus sur l'Allemagne

Accès aux études d'odontologie

Le *numerus clausus* (NC) et la procédure d'attribution centrale : en raison du nombre élevé de candidats, l'accès aux études de médecine dentaire en Allemagne est limité par le *numerus clausus* (NC). La Fondation pour l'admission aux études supérieures (Stiftung für Hochschulzulassung) organise la procédure centrale d'attribution qui fonctionne selon certains quotas :

- Le quota des meilleurs candidats au baccalauréat : 30 % des places d'études sont attribuées via le quota des meilleurs bacheliers. Ici, les bacheliers d'un même Land sont en concurrence pour les places d'études, le résultat du baccalauréat étant déterminant.
- Le quota d'aptitude supplémentaire (ZEQ) : 10 % des places sont attribuées via le quota d'aptitude supplémentaire (ZEQ). Des critères indépendants des notes scolaires, tels que des tests spécifiques à la discipline ou des expériences professionnelles antérieures, jouent ici un rôle important.

La procédure de sélection des établissements d'enseignement supérieur (AdH) : 60 % des places d'études sont attribuées dans le cadre de la procédure de sélection des établissements d'enseignement supérieur (AdH). Chaque université définit des critères individuels qui prennent en compte, entre autres, la note obtenue au baccalauréat, le TMS (test pour les études de médecine) ou des entretiens.

Les tests d'aptitude et autres critères : Outre la note du baccalauréat, des critères supplémentaires peuvent faire pencher la balance dans de nombreuses universités. Le TMS est un test de ce type, proposé sur une base volontaire dans de nombreuses universités. Des expériences professionnelles préalables, comme une formation dans le domaine dentaire, peuvent également influencer positivement le processus de candidature. En outre, des points sont attribués pour des activités bénévoles ou des distinctions scientifiques.

Durée des études

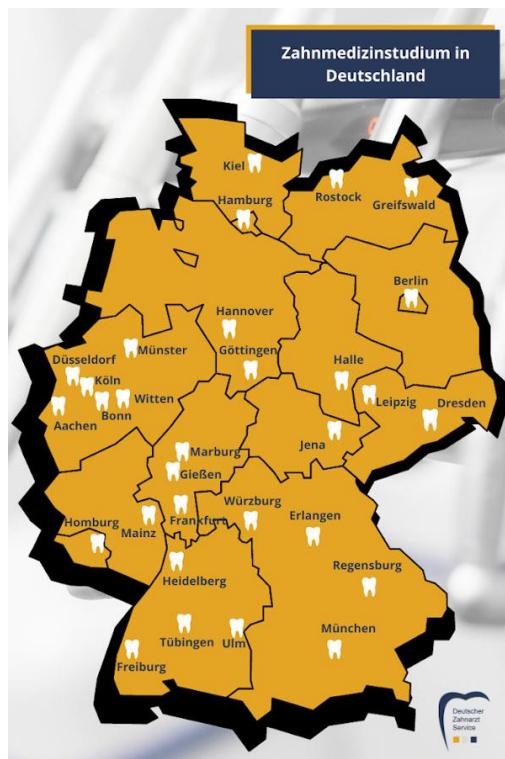
La durée normale des études de médecine dentaire est de dix semestres (cinq ans). La partie préclinique et la partie clinique se composent chacune de cinq semestres. Comme les études ne s'achèvent qu'avec l'examen d'État d'un semestre supplémentaire (stage clinique en vue d'approbation). En règle générale, les études de médecine dentaire ne peuvent commencer qu'au semestre d'hiver et les cours théoriques ont lieu le matin et la mise en pratique l'après-midi.

Au cours des deux premiers semestres, l'accent est mis sur les bases théoriques des sciences naturelles. Le premier examen d'État est le pré-physique. Celui-ci est passé dès le deuxième semestre et comprend un examen oral sur les matières de biologie, de chimie et de physique.

Le deuxième examen d'État est le Physikum. Il conclut la partie préclinique et a lieu après cinq semestres. Le Physikum comprend des examens oraux portant sur toutes les matières des trois semestres précédents. Une semaine pratique fait également partie du Physikum, au cours de laquelle les étudiants en médecine dentaire doivent montrer leurs compétences techniques et manuelles.

Comme d'autres cursus médicaux, les études se terminent par un examen d'État qui comprend plusieurs mois de préparation, de nombreux examens partiels oraux ainsi que plusieurs semaines de pratique. Après l'examen d'État, les futurs dentistes peuvent obtenir leur autorisation d'exercer qui leur permet d'exercer la profession de dentiste. Ceux qui souhaitent obtenir le titre de docteur ont tout intérêt à commencer leur travail de thèse pendant leurs études. Une fois le doctorat obtenu, le titre académique de Dr. med. dent. (*medicinae dentariae*) est décerné. Environ la moitié des diplômés commencent leur thèse pendant leurs études. Le doctorat n'est pas une condition préalable à l'exercice de la profession.

Implantation des centres d'études dentaires en Allemagne



Contenu des études de médecine dentaire

Les études de médecine dentaire sont divisées en deux phases principales : la partie préclinique et la partie clinique. La durée normale des études est de 10 semestres, soit 5 ans, mais dans la pratique, elles sont généralement plus longues. Sur le plan qualitatif, les études de médecine dentaire en Allemagne sont souvent jugées nettement moins qualitatives que dans certaines universités étrangères, surtout en raison d'un contact notoirement insuffisant avec les patients pendant les études.



section préclinique (2 ans, 4 semestres) : sciences de base, anatomie, formation de base en propédeutique

Section d'examen dentaire

section clinique propadeutique (1 an, 2 semestres) : formation propadeutique, cours de fantômes

Section d'examen dentaire

volet clinique (2 ans, 4 semestres) : connaissances théoriques dans tous les domaines de l'odontologie, connaissances pratiques dans le cadre des cours de traitement

Section d'examen dentaire

Partie préclinique (du 1^{er} au 5^{ème} semestre) : dans la partie préclinique, l'accent est mis sur les bases des sciences naturelles telles que la biologie, la chimie et la

physique. Les étudiants apprennent à connaître en détail l'anatomie de la bouche et de la mâchoire. Un autre élément important est l'introduction à la technique dentaire, qui permet aux étudiants d'acquérir leurs premières compétences pratiques.

Formation pratique et premières expériences cliniques : outre les matières théoriques, la formation pratique commence déjà dans la partie préclinique. Les étudiants travaillent sur des modèles et s'exercent aux techniques dentaires, indispensables pour le travail ultérieur sur les patients.

Partie clinique (du 6^{ème} au 10^{ème} semestre) : la partie clinique se concentre principalement sur les disciplines de la médecine dentaire. Les matières les plus importantes sont la prothésie, l'orthodontie et la parodontologie. Dans ces domaines, les étudiants apprennent à effectuer des traitements dentaires, à fabriquer des prothèses dentaires et à planifier des appareils orthodontiques.

Formation pratique dans des salles de soins dentaires : au cours de cette phase, les étudiants sont en contact direct avec des patients. Ils traitent des patients sous la direction de dentistes expérimentés et appliquent les connaissances acquises dans la pratique. Cette partie des études est particulièrement importante pour s'entraîner aux procédures de traitement et pour approfondir les connaissances théoriques.

Examens d'État et autorisation d'exercer : le parcours jusqu'à l'autorisation d'exercer est structuré par plusieurs examens qui doivent être passés à différentes étapes des études.

La première section de l'examen dentaire intervient après au moins deux ans d'études et est un examen oral. L'examen porte sur des matières scientifiques telles que la physique, la chimie, la biologie, la biochimie ainsi que l'anatomie, la physiologie et la propédeutique dentaire.

La deuxième section de l'examen de médecine dentaire est composée d'examens pratiques et oraux et a lieu après une année d'études supplémentaire. Les matières dentaires telles que la prothèse, l'orthodontie, la chirurgie orale et la conservation des dents y sont examinées. Les examens se déroulent dans des situations de formation standardisées.

La troisième et dernière section se compose d'examens écrits et oraux pratiques. Toutes les matières de la deuxième section sont examinées, ainsi que les maladies dentaires, buccales et maxillaires et la radiologie dentaire. Après avoir réussi l'examen, les diplômés peuvent demander l'autorisation d'exercer et commencer leur carrière de dentiste.

Autorisation d'exercer : une fois les études terminées avec succès, il est possible de demander l'autorisation d'exercer auprès de l'autorité compétente en matière d'autorisation dans le Land concerné.

Spécialisation et possibilités de formation continue : une fois les études de médecine dentaire terminées, il existe de nombreuses possibilités de spécialisation et un grand nombre de masters de troisième cycle en médecine dentaire, les formations continues dans des domaines tels que l'orthodontie, la chirurgie orale ou la parodontologie sont particulièrement demandées.

Formation de médecin-dentiste spécialiste : les dentistes diplômés peuvent choisir de se spécialiser dans un domaine particulier de l'odontologie en poursuivant des **programmes de spécialisation** ou une **formation postuniversitaire**. Par exemple, des spécialisations sont proposées en orthodontie, en chirurgie orale, en parodontologie, en médecine dentaire pédiatrique, en prosthodontie, etc.

Un doctorat en médecine dentaire est facultatif, mais il est souvent considéré comme une porte ouverte à une carrière académique ou à des postes dans la recherche.

Procédure d'approbation (installation)

Le diplômé doit déposer une demande d'approbation auprès de l'autorité de santé publique du Land où il souhaite exercer. Cette autorité est généralement la **Landesgesundheitsamt** ou une agence similaire en charge des professions médicales.

Le demandeur doit présenter plusieurs documents, notamment :

- **Diplôme de chirurgie dentaire** : une preuve d'obtention du diplôme dans une université allemande.

- **Attestation de stage pratique (Praktisches Jahr)** : en Allemagne, les étudiants en médecine dentaire doivent généralement effectuer un stage pratique dans une clinique ou un cabinet, qui est une partie intégrante du cursus.
- **Preuve de moralité (Führungszeugnis)** : un extrait du casier judiciaire allemand (que l'on peut obtenir auprès de la municipalité ou en ligne) pour prouver qu'il n'a pas de condamnations incompatibles avec l'exercice de la profession.
- **Certificat médical** : pour démontrer l'aptitude physique et mentale du candidat à exercer en tant que dentiste.

Après vérification de la conformité des documents, et si tout est en ordre, l'autorité délivre l'approbation. Ce document permet au dentiste de travailler légalement dans toute l'Allemagne. Une fois l'approbation obtenue, le dentiste doit s'inscrire auprès de la **Chambre des chirurgiens-dentistes (Zahnärztekammer)** du Land où il compte exercer. Cette inscription est obligatoire pour pouvoir pratiquer.

Organisation des études d'odontologie en Belgique

Accès aux études d'odontologie

Les études d'odontologie en Belgique sont accessibles après l'obtention d'un diplôme de secondaire, en particulier un diplôme de type scientifique avec une formation en sciences, biologie, chimie, etc.). Les candidats doivent réussir un concours d'entrée ou une sélection préalable, selon les universités.

Durée des études

Les études d'odontologie en Belgique se déroulent généralement sur 5 ans, à l'exception de certaines écoles qui peuvent avoir une structure légèrement différente. A l'issue de leur cinquième année, une fois diplômé, les étudiants en odontologie ont l'obligation d'effectuer une sixième année auprès d'un ou de plusieurs maîtres de stage, dans le but de parachever leur formation pratique et de préparer leur installation (stage clinique supervisé, appelée année de "maîtrise"). Cette dernière année est une étape essentielle pour valider la formation pratique. Ces études sont divisées en deux cycles principaux :

- Premier cycle (3 ans) : le premier cycle se concentre principalement sur les sciences fondamentales, telles que la biologie, la chimie, la physique, l'anatomie, la physiologie, et des matières spécifiques comme les bases de la médecine bucco-dentaire. L'objectif est d'acquérir une solide formation scientifique avant de passer à la pratique clinique. Ce cycle inclut aussi des enseignements sur les pathologies bucco-dentaires, la prévention et les premières étapes de la prise en charge des patients.
- Deuxième cycle (2 ans) : le deuxième cycle est plus orienté vers l'apprentissage pratique et clinique. Les étudiants commencent à travailler directement avec des patients sous supervision. Ils apprennent des techniques de diagnostic, de traitement et de prévention des affections dentaires. Le programme couvre la chirurgie buccale, l'orthopédie dento-faciale (appareils orthodontiques), la parodontologie (traitement des maladies des gencives), la dentisterie conservatrice, et la radiologie dentaire.

Contenu des études

Sciences fondamentales : Anatomie, physiologie, biochimie, biologie cellulaire, histologie, etc. Ces matières posent les bases scientifiques nécessaires à la compréhension des mécanismes biologiques impliqués dans la santé bucco-dentaire.

Sciences odontologiques : Anatomie dentaire, physiologie orale, cariologie, parodontologie, endodontie, orthodontie, chirurgie buccale, prothèse dentaire, implantologie, etc. Ces matières constituent le cœur de la formation, couvrant l'ensemble des spécialités de l'odontologie.

Matières cliniques : Un nombre important d'heures est dédié à la pratique clinique, sous la supervision de professeurs et d'assistants. Les étudiants apprennent à réaliser des soins dentaires sur des patients, en commençant par des actes simples et en progressant vers des interventions plus complexes au fil des années de formation.

Matières transversales : Gestion de cabinet, législation, éthique médicale, communication avec le patient, etc. Ces matières visent à préparer les futurs dentistes à la pratique professionnelle.

Formation et diplôme

Stage clinique et pratique

À partir du deuxième cycle, les étudiants doivent accomplir plusieurs stages cliniques dans des hôpitaux universitaires, des centres de soins dentaires ou des cliniques partenaires. Ces stages permettent aux étudiants de se familiariser avec le travail sur le terrain, en prenant en charge des patients sous la supervision de dentistes expérimentés.

Mémoire et évaluation finale

À la fin des 5 années d'études, les étudiants doivent rédiger un mémoire de fin d'études sur un sujet de recherche en odontologie, qui est présenté et soutenu devant un jury. Une évaluation finale est effectuée pour valider la compétence du futur dentiste.

Diplôme et qualification

Une fois l'ensemble des études et de l'évaluation finale réussie, l'étudiant obtient un diplôme de docteur en sciences dentaires. Ce diplôme permet de s'enregistrer auprès des autorités compétentes et d'exercer en tant que dentiste en Belgique.

Exercice de la profession

Après l'obtention du diplôme, les dentistes belges doivent s'inscrire auprès de l'Ordre des dentistes pour pouvoir pratiquer. Certains choisissent également de se spécialiser dans un domaine particulier (orthodontie, chirurgie orale, parodontologie, etc.) en suivant une formation complémentaire.

Procédure d'installation

Une fois le diplôme obtenu, le chirurgien-dentiste doit s'inscrire auprès de l'**Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)**. Cette inscription permet au dentiste d'obtenir un **numéro INAMI**, indispensable pour pratiquer en Belgique et pouvoir facturer les prestations remboursées par la sécurité sociale.

Le dentiste doit également demander un **visa d'exercice** auprès du **Service Public Fédéral (SPF) Santé publique**. Ce visa est une autorisation légale d'exercer la profession de dentiste en Belgique. Il garantit que le dentiste possède les qualifications requises. Le SPF Santé publique vérifie les qualifications et l'aptitude professionnelle du candidat avant de délivrer le visa. Les demandes de visa se font en ligne sur le site du SPF Santé.

Les dentistes en Belgique sont tenus de s'inscrire auprès de l'**Ordre des Médecins-Dentistes**. Cette inscription est obligatoire et permet de garantir le respect des normes éthiques et professionnelles dans l'exercice de la profession.

L'Ordre des Médecins-Dentistes est organisé par région : les dentistes s'inscrivent dans l'Ordre régional en fonction de l'endroit où ils comptent exercer. L'adhésion à l'Ordre implique aussi le respect du code de déontologie de la profession.

En Belgique, les dentistes peuvent également demander un **agrément** de leur profession auprès des autorités régionales (en fonction de la région où ils comptent exercer : Wallonie, Flandre, Bruxelles-Capitale). Bien que l'agrément soit facultatif, il peut être utile pour accéder à certains emplois ou spécialités au sein du système de santé public.

Pour ouvrir un cabinet, le dentiste doit également respecter certaines obligations pratiques :

- **Assurance responsabilité civile professionnelle** : obligatoire pour couvrir d'éventuels dommages causés dans l'exercice de la profession.
- **Réglementation hygiène et sécurité** : le cabinet doit respecter les normes d'hygiène et de sécurité en vigueur.

- **Inscription à une caisse d'assurances sociales** : pour gérer les cotisations de sécurité sociale en tant qu'indépendant, si le dentiste ouvre son propre cabinet.
- **Numéro d'entreprise** : si le dentiste exerce en tant qu'indépendant, il doit s'inscrire auprès de la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE) pour obtenir un numéro d'entreprise.

Organisation des études d'odontologie en Espagne

Accès et durée de la formation

En Espagne, les études d'odontologie suivent un parcours académique structuré et sont proposées par des universités publiques et privées. Les études d'odontologie en Espagne sont organisées en cycles suivant le modèle du système européen (LMD : Licence, Master, Doctorat), et la formation dure en moyenne cinq ans. Ce programme est équivalent à une licence (Grado) dans le système éducatif espagnol.

Pour accéder à la formation d'odontologie, il faut passer par les étapes suivantes :

- **Baccalauréat (Bachillerato)** : les étudiants doivent avoir suivi un Bac scientifique (Bac en sciences de la santé) en Espagne, ou un diplôme équivalent s'ils viennent d'un autre pays ;
- **Test d'accès à l'université (Selectividad ou EBAU)** : après le Bac, les étudiants doivent réussir l'examen de Selectividad (ou EBAU, qui est l'examen d'admission pour les universités espagnoles). Le score obtenu dans cet examen, combiné à la moyenne du Bac, détermine l'accès aux études d'odontologie. Le nombre de places dans les universités étant limité, le concours est souvent très compétitif ;
- **Admission** : les places dans les programmes d'odontologie sont limitées, donc les étudiants doivent obtenir une note élevée à l'examen d'admission pour être acceptés.

Contenu

Le programme de 5 ans (Grado en Odontología)

Le programme d'odontologie est structuré en deux cycles principaux :

- **Cycle 1 (2-3 premières années)** : les deux premières années sont principalement théoriques et se concentrent sur les sciences fondamentales (biologie, anatomie, chimie, physiologie, microbiologie, etc.) ainsi que sur la connaissance des bases médicales nécessaires à la pratique de l'odontologie ;
- **Cycle 2 (dernières années, 3-5)** : les dernières années sont plus orientées vers l'acquisition des compétences cliniques. Les étudiants commencent à travailler avec des patients sous supervision, et ils abordent des matières plus spécialisées telles que la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires, la parodontologie, l'endodontie (traitement des racines), l'orthopédie dento-faciale, et les pathologies buccales.

Stages cliniques et pratique professionnelle : les étudiants en odontologie passent une grande partie de leur dernier cycle à faire des **stages cliniques** dans des hôpitaux universitaires ou des cliniques associées à l'université. Ils sont supervisés par des dentistes expérimentés et se familiarisent avec les différents aspects de la pratique dentaire, y compris les diagnostics, les traitements et les interventions chirurgicales.

À la fin du programme de 5 ans, les étudiants obtiennent le diplôme de Grado en Odontología (Licence en Odontologie). Ce diplôme leur permet de pratiquer la profession de dentiste en Espagne.

Spécialisation (optionnelle)

Après l'obtention du Grado en Odontología, les dentistes peuvent choisir de se spécialiser dans des domaines spécifiques de l'odontologie en suivant des programmes de Master ou des formations postuniversitaires. Les programmes de spécialisation sont généralement de 3 à 4 ans et nécessitent la soutenance d'un mémoire ou d'un projet de fin d'études.

Parmi les spécialisations possibles, on trouve :

- Chirurgie buccale et maxillo-faciale

- Orthodontie
- Endodontie (traitement des racines)
- Parodontologie (traitement des maladies des gencives)
- Prothèses dentaires

Une fois diplômés, les dentistes doivent s'enregistrer auprès du Collège des Dentistes (Colegio de Odontólogos) de leur région en Espagne pour pouvoir exercer légalement. La profession d'odontologue en Espagne est réglementée par le Conseil Général des Collèges Officiels des Dentistes d'Espagne (CGCOE).

Organisation des études d'odontologie en Roumanie

Accès et durée aux études d'odontologie en Roumanie

En Roumanie, la durée des études de chirurgie dentaire en Roumanie s'étend sur une période de six ans, incluant à la fois des enseignements théoriques et des stages cliniques pratiques. Ces six années sont divisées en trois cycles semblables au format LMD (licence, master doctorat). À l'issue de ces six années, les chirurgiens-dentistes peuvent continuer leur formation par une spécialisation de trois ans en chirurgie dentoalvéolaire, orthodontie et orthopédie dentofaciale, endodontie, parodontologie, pédodontie, prothèses dentaires, chirurgie maxillo-faciale et orthodontie.

L'accès aux études d'odontologie peut se faire uniquement sur dossiers, mais certains établissements combinent cela à un examen, en particulier pour les candidats membres de l'UE. Lorsqu'il y a concours, l'admission se fait sur la base des connaissances en biologie et chimie, niveau baccalauréat.

Contenu des études

Les cinq premières années sont principalement consacrées à une formation théorique combinée à des stages pratiques, et la sixième année est totalement dédiée à un stage clinique (considéré comme étant une pratique intensive).

Années 1 à 2 : cycle préclinique

- matières fondamentales : anatomie, biochimie, biologie cellulaire, physiologie, microbiologie, etc. ;
- cours théoriques et premiers travaux pratiques en laboratoire ;
- initiation à l'environnement médical et aux premiers gestes cliniques.

Années 3 à 5 : cycle clinique

- matières spécialisées : prothèse dentaire, orthodontie, endodontie, parodontologie, chirurgie orale, etc. ;
- travaux pratiques sur mannequins, puis sur patients à la clinique universitaire ;
- accès progressif à la pratique réelle encadrée.

Année 6 : stage clinique

- stage à temps plein dans des cliniques universitaires ou hôpitaux partenaires.
- mise en situation réelle sous supervision.
- présentation d'un mémoire de fin d'études.

Procédure d'installation

Afin de pouvoir s'installer en Roumanie comme chirurgien-dentiste, il est nécessaire de s'inscrire auprès du Collège des médecins-dentistes (CMDR). Cette inscription implique pour les étrangers de prouver sa connaissance de la langue roumaine. Cette installation implique également une immatriculation auprès de l'ANAF (l'administration fiscale), d'obtenir une licence de fonctionnement délivrée par la mairie (en cas de cabinet), et de prouver la possession d'une assurance responsabilité professionnelle (malpraxis).

Plus globalement, il y a trois types d'exercices possibles en Roumanie : en cabinet privé (installation libérale), dans une clinique privée ou dans un centre de soins dentaires public suivant les possibilités de postes.

Synthèse comparative : Regards croisés sur la formation et l'exercice de la chirurgie dentaire en France, Allemagne, Belgique, Espagne et Roumanie (reconnaissance européenne / Directive 2005/36/CE)

| | Allemagne | Belgique | Espagne | Roumanie | France |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accès aux études | Baccalauréat + sélection à l'entrée des universités | Accès libre après le bac, avec possible numerus clausus | Concours d'entrée avec numerus clausus après le bachillerato | Concours ou examen d'entrée à l'université | Concours à la fin de la première année commune aux études de santé (PASS ou LAS) |
| Durée des études | 5 ans (dont une année pratique) | 5 ans + 1 an de stage obligatoire | 5 ans | 6 ans | 6 ans (1 an de tronc commun + 5 ans d'odontologie) |
| Diplôme obtenu | Zahnmedizin Staatsexamen (Examen d'État en chirurgie dentaire) | Master en sciences dentaires | Grado en Odontología (traduction littérale : licence en odontologie) | Diploma de Doctor-Medic stomatology (traduction littérale : Diplôme de Docteur-Médecin stomatologue) | Diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire |
| Modalités d'exercice | Autorisation délivrée par les autorités du Länd | Visa fédéral + numéro INAMI + inscription à l'Ordre régional | Enregistrement auprès du ministère de la Santé | Autorisation d'exercer délivrée par le ministère de la Santé | Internat facultatif dans certaines spécialités ; exercice possible en libéral ou en salariat après obtention du diplôme |
| Dispositifs de régulation | Pas d'ordre ; contrôle exercé par les autorités locales | Pas d'ordre unique national ; supervision régionale + AFMPS | Collège des Dentistes (Consejo General de Dentistas) | Collège des médecins-dentistes : inscription obligatoire (CMDR) | ONCD chargé de la régulation pour l'installation (inscription obligatoire), ministère de la Santé pour les autorisations (ARS) |

Assistants dentaires de niveau 2 ou hygiénistes bucco-dentaires, la situation dans quelques pays d'Europe

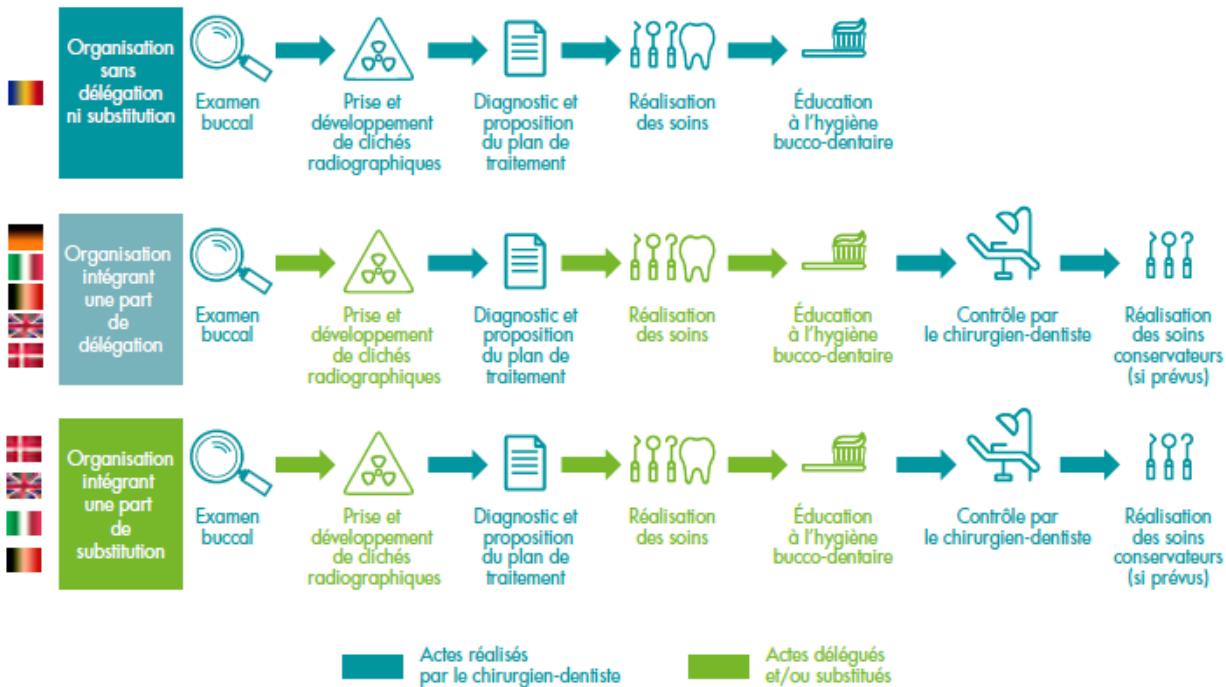
Assistant dentaire, (de niveau 1), est une profession paramédicale réglementée accessible après une formation professionnalisante de niveau baccalauréat. L'assistant dentaire est alors habilité à pratiquer les activités suivantes sous la responsabilité et le contrôle effectif du chirurgien-dentiste : l'accueil des patients et la communication à leur attention ; l'information et l'éducation des patients dans le champ de la santé bucco-dentaire ; l'entretien de l'environnement de soins, des matériels liés aux activités et la gestion du risque infectieux ; la gestion et le suivi du dossier du patient et le recueil, la transmission des informations, la mise en œuvre de la traçabilité dans le cadre de la structure de soins.

Une partie de la profession des chirurgiens-dentistes est en attente de la création de la fonction d'assistant dentaire de niveau 2 (AD2) prévue par la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite loi Rist-2. La création des AD2 vise à libérer du temps médical aux chirurgiens-dentistes en leur permettant de déléguer certaines tâches et activités dont certaines réalisées en bouche. Celles-ci iront de l'examen clinique nécessitant des connaissances en médecine buccale, à la réalisation de gestes techniques comme le détartrage ou l'utilisation de produits et d'instrumentations potentiellement toxiques ou traumatiques. La formation préparant à cette fonction devra être une formation professionnalisante, alternant enseignement théorique et pratique en cabinet sur deux années. Elle sera destinée aux actuels assistants dentaires de niveau 1, visera à faire évoluer leur qualification à un niveau de compétence du titre de niveau 4 (niveau baccalauréat) au titre de niveau 5 (niveau équivalent à bac+2).

Comme la mission l'a abordé, la question du niveau de formation se pose dans un contexte où l'État a engagé un vaste mouvement d'universitarisation des formations paramédicales. Au niveau européen, il ressort que les chirurgiens-dentistes sont généralement assistés dans leur pratique par des hygiénistes bucco-dentaires. En l'absence de réglementation européenne harmonisée, la durée de la formation et les compétences à ce métier varient d'un pays à l'autre. Selon le pays et le type d'actes à réaliser, les modalités d'exercice des hygiénistes diffèrent, comme illustré dans la figure ci-dessous. L'activité peut s'exercer sous supervision directe ou indirecte du chirurgien-dentiste ou, dans certains cas, après simple autorisation. Parfois même, l'exercice peut exercer de façon autonome, sans validation préalable du chirurgien-dentiste, notamment pour des actes techniques et de prévention.

Un rapide tour d'horizon de quelques pays européens – Espagne, Allemagne, Belgique, Suisse et Pays-Bas – illustre la diversité des cadres de formation et des modalités d'exercice des hygiénistes bucco-dentaires.

Figure : organisation et délégation des actes à l'hygiéniste bucco-dentaire suivant le pays



Source : Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales, 2021

En 2020, l'European dental hygienists federation (EDHF) a établi un nouveau curriculum européen commun (CEC) sur la base de la diversité de la pratique de l'hygiène dentaire dans les États membres de l'EDHF¹⁴. Le groupe de travail a estimé que les programmes de niveau licence (représentant un titre de niveau 6) devraient avoir une durée équivalente à 3 ans ou un minimum de 180 crédits ECTS. Le tableau ci-dessous résume la durée actuelle des formations.

Tableau n° 15 : durée de la formation des hygiénistes bucco-dentaire en Europe

| Pays | Durée |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Espagne | 1 400 heures |
| Allemagne | À partir de six semaines |
| Lettonie, Pologne | Deux ans |
| Belgique, Danemark, Malte, Norvège, Portugal, République Tchèque, Suisse, Suède | Trois ans |
| Finlande, Lituanie, Pays-Bas | De trois à quatre ans |

Source : thèse d'exercice de Delphine Boche, université de Nantes, 13 juin 2023

Les hygiénistes bucco-dentaires en Espagne

La profession d'hygiéniste bucco-dentaire est reconnue depuis 1986¹⁵. La formation est d'une durée de l'ordre de deux années, soit environ 1 400 heures, et donne lieu à l'obtention de 120 ECTS. La formation a un caractère professionnaliser avec l'obligation de valider les stages pratiques (environ 400 heures en cabinet dentaire) pour être autorisé à exercer.

¹⁴ A common European curriculum for dental hygiene, European Journal of Dental Education, November 2020, 24, p611-615.

¹⁵ Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental : <https://www.boe.es/eli/es/rd/1994/07/15/1594>

Les hygiénistes bucco-dentaires en Allemagne

Bien qu'à ce jour il n'existe pas de formation universitaire dédiée reconnue par l'État, le métier d'hygiéniste bucco-dentaire a été officiellement reconnu en 1999. Pour exercer, il faut donc avoir suivi une formation à l'étranger, souvent de niveau licence, ou être reconnu comme assistant dentaire et compléter la formation, via un organisme. Ce complément professionnalisaient est d'environ 800 heures et permet d'être reconnu comme assistant dentaire spécialisé (Zahnmedizinische Fachassistentin, ZMF).

Les hygiénistes bucco-dentaires en Belgique

La profession d'hygiéniste bucco-dentaire a été créée en 2018, à la suite à d'une recommandation du conseil de l'art dentaire belge, désireux de voir émerger une nouvelle profession pour assister les chirurgiens-dentistes afin de continuer, répondre à l'évolution des besoins en soins et permettre ainsi la délégation de certaines tâches.

L'hygiéniste bucco-dentaire doit être titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur d'au moins 180 crédits ECTS, correspondant à un niveau bac+3 (licence) en France. L'arrêté royal du 28 mars 2018¹⁶ définit les matières théoriques et pratiques à couvrir pendant la formation. Une fois diplômés, les hygiénistes bucco-dentaires doivent suivre une formation continue d'environ quinze heures par an.

La formation, telle qu'elle est proposée par exemple à l'université de Liège¹⁷, comprend à la fois des cours théoriques et des périodes de stages pratiques (90 heures en première année, 270 heures en deuxième année et 600 heures en troisième année) conduisant, après trois ans d'études au diplôme de bachelier hygiéniste bucco-dentaire. Une partie de cette formation est effectuée avec les étudiants du master en dentisterie de l'université.

Les hygiénistes bucco-dentaires en Suisse

En Suisse, il existe plusieurs catégories d'assistants, dont les hygiénistes bucco-dentaires. Ces derniers sont en général intégrés à une équipe et employés dans des cabinets dentaires privé. C'est une profession réglementée dont l'accès est possible après trois années d'études supérieures dans l'une des quatre écoles dédiées¹⁸. Par exemple, la formation proposée à Genève dure trois ans et combine l'acquisition de connaissances théoriques à l'école avec une initiation à la prise en charge des patients en clinique. Ces compétences sont ensuite mises en œuvre lors de stages en milieu professionnel et en santé publique. Au cours de la troisième année, six demi-journées par semaine sont consacrées à des stages pratiques en cabinet dentaire (essentiellement privé et parfois en institutions éducatives ou hospitalières).

Les hygiénistes bucco-dentaires aux Pays-Bas

La profession d'hygiéniste dentaire est définie en droit néerlandais, avec une protection du titre et une description des compétences associées. Un profil professionnel et un code d'éthique ont été établis par l'association nationale d'hygiéniste dentaire (NVM). Depuis 2006, la formation dure quatre années et est dispensée par quatre écoles. Au total, chaque année, près de 300 étudiants sortent de ces écoles. Contrairement à la majorité des pays européens, depuis le 1^{er} juillet 2000, les hygiénistes dûment enregistrés auprès du registre national néerlandais des professions de santé individuelles (le « Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg » (BIG)) exercent en grande majorité en autonomie, avec un accès aux patients, sans recommandation d'un chirurgien-dentiste. Bien que leur champ d'intervention soit large, leur rôle central reste la prévention et la thérapie parodontale non chirurgicale.

¹⁶ Arrêté royal relatif à la profession d'hygiéniste bucco-dentaire, 28 mars 2018 :

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/kb_mondhygienist.pdf

¹⁷ Voir la présentation de la formation :

<https://www.programmes.uliege.be/cocoon/20242025/formations/descr/M1HYGE01.html>

¹⁸ Ces quatre écoles sont : Careum Bildungszentrum, Prophylaxe Zentrum Zürich (PZZ), medi - Zentrum für medizinische Bildung et École d'hygiénistes dentaires EHDG