

Inspection générale  
de l'Administration de l'éducation  
nationale et de la recherche

n° 2006-098

Inspection générale  
des affaires sociales

n° RM 2006-191P

**Audit de l'appareil de formation odontologique**

***Rapport présenté par :***

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU  
Inspectrice des affaires sociales

Bernard DIZAMBOURG  
François BONACCORSI  
Inspecteurs généraux de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche

**Décembre 2006**

Par lettre de mission, en date du 15 juin 2006, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche de procéder à un "audit de l'appareil de formation odontologique dans la perspective de la fixation du numerus clausus au cours des prochaines années".

Madame Valérie Delahaye-Guillocheau, inspectrice des affaires sociales (IGAS) et Messieurs Bernard Dizambourg et François Bonaccorsi, inspecteurs généraux de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), ont été désignés pour mener à bien cette mission.

Après avoir pris en compte les travaux récents, la mission a décidé de centrer son analyse sur l'état des lieux des équilibres et modes d'organisation des composantes de la formation (théorique, pré clinique et clinique), sur le fonctionnement des centres de soins dentaires implantés dans les CHR et liés par convention avec la faculté dentaire (CSERD) et sur l'interaction entre faculté et centre de soins. La recherche a été abordée dans ses interactions avec la formation et l'activité clinique. La mission n'a pas réalisé d'analyse exhaustive de l'offre de soins dentaires en milieu hospitalier en dehors de ces CSERD.

Elle a travaillé à partir d'un échantillon de sept sites, qui représentent 40% des 16 CSERD en France, mais près de la moitié en effectifs enseignants et étudiants: Clermont-Ferrand, Reims, Lyon, Nantes, Bordeaux, Nancy et Metz, Paris 7. Sur chaque site, elle s'est attachée à rencontrer les présidents d'université, les doyens des facultés dentaires, les chefs de service d'odontologie des CHR, les équipes de la direction générale du CHR, dans certaines régions les ARH, les représentants locaux de l'Ordre national des chirurgiens dentistes et des représentants des étudiants. Des contacts nationaux auprès des principaux acteurs du secteur sont venus compléter ces entretiens.

Il faut enfin préciser que la mission n'a pas jugé utile de s'engager dans une étude approfondie des perspectives démographiques, l'ONDPS ayant engagé cette étude ainsi que celle des conditions d'exercice de la profession. En conséquence, le desserrement du numerus clausus ne sera analysé que du seul point de vue de son impact sur le fonctionnement des CSERD.

**1 - Au-delà d'une forte hétérogénéité, la mission a constaté que la situation des CSERD était globalement tendue, tant dans la fonction formation que dans la fonction offre de soins.**

Les conditions de locaux universitaires sont très hétérogènes et la formation pré clinique (ou pratique) s'en trouve souvent contrainte, sachant que les équipements sont fréquemment obsolètes en salles de TP « paillasse », comme en salles de simulateurs. De plus la formation pratique et clinique est coûteuse en consommables et en petits équipements et elle est apparue insuffisamment financée sur les budgets universitaire et hospitalier. Cette situation incite les facultés à rechercher des modalités complémentaires de financement, soit en faisant prendre en charge une partie du financement par l'étudiant lui-même, celui-ci devant acquérir sa « trousse », soit par une stratégie de développement de ressources propres, collecte de taxe

d'apprentissage et activités de formation continue jouant ce rôle. Il faut aussi noter que les facultés qui demandent le moins aux étudiants et qui investissent le plus dans le renouvellement des équipements reçoivent un fort soutien de leur université, contrepartie souvent d'un travail d'insertion de la faculté dans son environnement universitaire.

L'accès aux fauteuils est la contrainte principale pour l'organisation de la formation clinique, davantage que la recherche de patients. Il faut noter que, dans la plupart des sites visités, l'instauration de la 6<sup>ème</sup> année et la reprise de croissance du *numerus clausus* se sont faits sans évolution significative du nombre de fauteuils et plusieurs sites connaissent des situations de tension.

L'organisation du temps enseignant est la troisième contrainte ; il se répartit en temps de formation théorique, pré clinique et clinique, en intégrant les spécialisations des uns et des autres pour l'activité clinique (et de façon différente selon que l'activité clinique est organisée en polyclinique ou en vacations spécialisées). Cette organisation est d'autant plus difficile qu'une part importante des MCU-PH exerce à temps partiel. Le développement de l'activité de recherche, inégale mais très significative dans plusieurs facultés observées, induit une forme de spécialisation des rôles et une moindre présence de certains hospitalo-universitaires pour les autres activités, en particulier l'activité clinique.

Il convient cependant de noter que les étudiants expriment une relative satisfaction vis-à-vis de la formation, mais certaines inquiétudes pour l'avenir, et que les systèmes de suivi de l'activité clinique des étudiants permettent dans la plupart des cas de mesurer quantitativement et parfois qualitativement leur acquis de pratiques professionnelles.

## **2 – La mission a relevé une intégration de l'activité des CSERD au reste des activités hospitalières inégale selon les sites.**

L'intégration de l'activité des CSERD à la dynamique médicale de l'hôpital se heurte à des modes de fonctionnement de l'odontologie traditionnellement plus centrés sur la seule formation. L'activité propre des praticiens en odontologie est souvent limitée ; la part relative des MCU-PH à temps partiel, très élevée, est en partie inadaptée à des objectifs de fonctionnement davantage centrés sur des objectifs hospitaliers.

Cependant, sur les sites visités, la mission a constaté que les CSERD contribuaient à assurer une offre de soins dentaires vers les populations suivantes : des personnes atteintes de pathologies complexes et nécessitant un environnement adapté, certaines populations, notamment les personnes handicapées mentales qui supposent de recourir à des techniques de sédation consciente, voire à des interventions sous anesthésie générale et des patients bénéficiaires de la CMU, qui ne sont pas toujours pris en charge par les dentistes libéraux. La mission a été frappée de constater dans les sites visités l'importance des délais d'attente, pouvant aller jusqu'à 6 mois, qui atteste d'une demande non satisfaite. Elle a aussi noté une réponse variable à la question de la permanence des soins, qui mérite d'être renforcée.

La situation financière des pôles odontologie est fragile et fait apparaître un déséquilibre structurel entre les recettes et les charges directes. L'ampleur du déficit, variable selon les sites, se situe entre 26 et 60% du total des charges directes. La cause principale est à rechercher dans les surcoûts liés à la fonction d'enseignement des centres de soins dentaires (temps de traitement plus longs liés à l'apprentissage par les étudiants des soins, surconsommation de consommables, surcapacité nécessaire en fauteuil, etc.). Ces surcoûts spécifiques sont sans doute alourdis par rapport à ceux liés à la formation des étudiants en médecine.

### **3 - A numerus clausus inchangé, la mission considère qu'un plan d'action doit régler les questions les plus criantes de moyens et d'infrastructures rencontrées**

Un plan d'action en faveur de l'odontologie doit concerner à la fois les aspects relevant du fonctionnement universitaire et ceux relatifs aux centres de soins. La mission a considéré que la solution ne passe pas par un plan national avec un traitement uniforme, mais par une approche au cas par cas :

- A l'occasion de chaque renouvellement de contrat (éventuellement à mi-contrat), le ministère de l'éducation nationale et de la recherche doit revaloriser son financement dans le cadre d'objectifs négociés avec l'université, la clarification des conditions de financement de la trousse devant être incluse dans cette démarche ;
- Les situations difficiles en matière de locaux hospitaliers doivent être repérées et traitées, la nouvelle étape du plan d'investissement Hôpitaux 2012 pouvant ponctuellement contribuer à accompagner certaines opérations.

La mission considère aussi que le personnel médical doit être en mesure d'assurer collectivement l'ensemble des fonctions: formation dans toutes ses composantes, soins et recherche. Elle préconise pour cela un rééquilibrage au profit du temps plein par un accroissement progressif de la part des MCU-PH temps plein en la portant d'abord à 30%, puis à 40%, voire 50%, tout en préservant la diversité de profil, qui fait intervenir des chirurgiens dentistes libéraux.

Une politique d'animation des CSERD par les deux ministères devrait se fonder d'une part sur les contrats quadriennaux universitaires, d'autre part sur les Schémas régionaux d'organisation des soins et les contrats d'objectifs et de moyens avec les CHR concernés. La mise au point d'un système d'information et de pilotage global sur la situation des CSERD, partagé entre les deux ministères semblent une nécessité.

### **4 – Sans ces préalables, la mission considère qu'un desserrement en l'état du numerus clausus ne peut que déséquilibrer les CSERD**

Une augmentation homothétique du numerus clausus dans toutes les facultés ne peut que générer des tensions très fortes dans certaines d'entre elles. La mission souligne que toute modification forte de la présence en clinique des étudiants de T1 au profit des autres étudiants accroît très sensiblement le déséquilibre économique des CSERD, au risque de voir remise en cause leur fonction d'offre de soins. Dans l'hypothèse d'un desserrement, il convient certainement de privilégier une approche différenciée et progressive en s'appuyant sur des dynamiques locales.

Mais il convient aussi d'approfondir la réflexion sur la connaissance de l'évolution des besoins de soins, sur la nature du métier dentaire (omnipraticien, spécialiste) et sur l'articulation du métier de dentiste avec d'autres métiers.

## Sommaire

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>1- L'ENVIRONNEMENT DE L'ODONTOLOGIE EST EN PROFONDE MUTATION.....</b>	<b>6</b>
1.1 LES TRANSFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOLOGIQUES DES CHIRURGIENS DENTISTES CONDUISENT À S'INTERROGER SUR LES BESOINS FUTURS .....	6
1.1.1 <i>L'évolution démographique de la profession se révèle inquiétante et constitue un sujet central de réflexion.....</i>	6
1.1.2 <i>Une répartition territoriale déséquilibrée des chirurgiens dentistes .....</i>	8
1.1.3 <i>Les évolutions sociologiques des comportements .....</i>	8
1.2 LE RECOURS AU SYSTÈME HOSPITALIER EN MATIÈRE DE SOINS DENTAIRES POURRAIT S'ACCROÎTRE.....	9
1.3 LE CORPS ENSEIGNANT EN ODONTOLOGIE EST CONFRONTÉ AUX BESOINS DE RENOUVELLEMENT DÉMOGRAPHIQUE .....	10
1.4 LES RÉFORMES EN COURS SUR LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE AFFECTENT ÉGALEMENT L'ODONTOLOGIE .....	12
1.4.1 <i>La réforme du financement des établissements de santé.....</i>	12
1.4.2 <i>La réforme de la gouvernance.....</i>	13
1.5 L'ODONTOLOGIE DOIT SE SITUER AU REGARD DES MODIFICATIONS DU PAYSAGE UNIVERSITAIRE .....	14
1.5.1 <i>Une transformation en profondeur de la conduite des politiques publiques universitaires davantage axée sur l'autonomie des établissements .....</i>	14
1.5.2 <i>Une attention de plus en plus marquée à la production scientifique des universités .....</i>	15
1.5.3 <i>Un mouvement de regroupement multiforme .....</i>	15
<b>2- AU-DELÀ DES PARTICULARITÉS LOCALES, UNE SITUATION GLOBALEMENT TENDUE DANS SES DEUX FONCTIONS, FORMATION ET OFFRE DE SOINS .....</b>	<b>16</b>
2.1 LA FONCTION FORMATION .....	16
2.1.1 <i>Une formation exigeante qui doit organiser la complémentarité entre acquis théorique, acquisition des gestes techniques et formation à l'approche du patient .....</i>	16
2.1.2 <i>L'enseignement pré-clinique et clinique est contraint à la fois par les locaux et le temps enseignant.....</i>	19
2.1.3 <i>Les conditions économiques de la formation dans sa composante universitaire sont hétérogènes</i>	21
2.1.4 <i>L'introduction de la sixième année s'est réalisée avec des objectifs imprécis.....</i>	24
2.1.5 <i>L'évaluation des acquis des étudiants, gage de la qualité des futurs praticiens.....</i>	25
2.1.6 <i>Les étudiants et les professionnels expriment une relative satisfaction vis-à-vis de la formation</i>	26
2.2 L'OFFRE DE SOINS DES CENTRES DE SOINS DENTAIRES .....	27
2.2.1 <i>Les services d'odontologie ont été conçus avant tout pour répondre aux nécessités de la formation .....</i>	28
2.2.2 <i>Une intégration de l'activité odontologique au reste des activités hospitalières inégale selon les sites, mais qui se heurte à des modes de fonctionnement traditionnels des CSD plus axés sur la seule formation .....</i>	30
2.2.2.1 <i>Une tendance à une meilleure intégration des activités odontologiques à la politique médicale du CHR</i>	30
2.2.2.2 <i>Une analyse de l'activité encore difficile à établir notamment sur le plan qualitatif.....</i>	31
2.2.2.3 <i>Une réponse variable à la question de la permanence des soins .....</i>	34
2.2.2.4 <i>La question de l'activité propre des odontologistes .....</i>	35
2.2.2.5 <i>Les problèmes de statut des personnels médicaux et la question du suivi de l'activité des praticiens sur leur temps hospitalier .....</i>	35
2.2.3 <i>Une situation financière des services d'odontologie qui s'explique notamment par le poids financier de la formation des étudiants .....</i>	36
2.2.3.1 <i>Le coût de la formation des étudiants est élevé.....</i>	37
2.2.3.2 <i>La sous-facturation des activités d'odontologie et les questions liées à la bonne adaptation de la nomenclature aux patientèles suivies.....</i>	38
2.2.3.3 <i>Les autres éléments d'alourdissement des coûts liés qui pourraient être optimisés .....</i>	39
2.3 L'ARTICULATION ENTRE CES DEUX FONCTIONS, COMBINÉE À LA QUESTION DE LA RECHERCHE, ET LES DIFFICULTÉS DE PILOTAGE .....	41
2.3.1 <i>Les enjeux d'une synergie entre université et hôpital sur l'odontologie .....</i>	41
2.3.2 <i>Les difficultés de pilotage au niveau central de ces questions hospitalo-universitaires .....</i>	42

<b>3- LES PROPOSITIONS DE LA MISSION ET LES PLANS D’ACTIONS POSSIBLES EN ODONTOLOGIE.....</b>	<b>43</b>
3.1 A NIVEAU DE NUMERUS CLAUSUS INCHANGÉ, UN PLAN D’ACTION DOIT RÉGLER LES QUESTIONS LES PLUS CRIANTES DE MOYENS ET D’INFRASTRUCTURES RENCONTRÉES DANS LES CSERD .....	43
3.1.1 <i>La question du sous-financement de la formation dans les UFR.....</i>	43
3.1.2 <i>Les situations difficiles en matière de locaux hospitaliers doivent être repérées et traitées.....</i>	44
3.1.3 <i>La question du rééquilibrage progressif des personnels hospitaliers et des moyens pour l’encadrement clinique est plus sensible .....</i>	45
3.1.3.1 <i>La première étape en faveur du rééquilibrage au profit du temps plein .....</i>	45
3.1.3.2 <i>Des réflexions de plus long terme sur le statut .....</i>	46
3.1.3.3 <i>Des moyens en personnel non médical seront sans doute nécessaires .....</i>	46
3.2 LA MISE EN ŒUVRE DE CES PLANS D’ACTION SUPPOSE UNE RÉNOVATION DU PILOTAGE DE CE SECTEUR AU NIVEAU NATIONAL COMME AU NIVEAU LOCAL.....	47
3.2.1 <i>La nécessité de consolider à partir de ces travaux un système d’information et de pilotage global sur la situation des CSERD partagé entre les deux ministères.....</i>	47
3.2.2 <i>Une politique d’animation à l’égard des CSERD .....</i>	47
3.3 LES MODALITÉS DE LA FORMATION CLINIQUE DES ÉTUDIANTS EN DENTAIRE DOIVENT ÊTRE AJUSTÉES PAR UN RÈGLEMENT PRAGMATIQUE ET SEREIN DES QUESTIONS EN DÉBAT .....	48
3.3.1 <i>Une solution à l’impasse sur le stage de 6<sup>ème</sup> année, qui doit passer par un règlement des questions juridiques nodales, et une souplesse sur le terrain.....</i>	48
3.3.2 <i>L’attrait des carrières hospitalières et des débouchés en odontologie doit être repensé.....</i>	50
3.4 LES RÉFLEXIONS PRÉALABLES À INTÉGRER DANS UNE PERSPECTIVE DE MODIFICATION DU NUMERUS CLAUSUS .....	50
3.4.1 <i>Les simulations théoriques montrent la forte contrainte sur les facultés d’une augmentation du numerus clausus .....</i>	51
3.4.2 <i>Privilégier une approche différenciée à une augmentation homothétique du NC dans les facultés, en s’appuyant sur des dynamiques locales et des synergies efficaces entre les acteurs.....</i>	52
3.4.3 <i>Prendre en compte dans la réflexion les évolutions attendues du métier d’odontologiste (délégation de compétence, évolution des besoins de soins dentaires) .....</i>	52
3.4.3.1 <i>L’articulation de l’odontologie avec d’autres disciplines et la spécialisation de la discipline .....</i>	53
3.4.3.2 <i>La question de délégation des compétences aux hygiénistes bucco-dentaires .....</i>	53
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES</b>	

## Introduction

Par lettre de mission, en date du 15 juin 2006<sup>1</sup>, le ministre de la Santé et des Solidarités et le ministre délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche de procéder à un "audit de l'appareil de formation odontologique dans la perspective de la fixation du numerus clausus au cours des prochaines années".

Madame Valérie Delahaye-Guillocheau, inspectrice des affaires sociales (IGAS) et Messieurs Bernard Dizambourg et François Bonaccorsi, inspecteurs généraux de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), ont été désignés pour mener à bien cette mission.

La mission a pris connaissance d'un certain nombre de travaux récents qui recoupent en partie le champ de son étude, et a voulu éviter autant que possible les répétitions ou redondances inutiles avec des travaux ou chantiers en cours conduits par d'autres structures :

- du point de vue notamment démographique, le rapport du Pr Bois<sup>2</sup> ou l'étude<sup>3</sup> réalisée par l'Ordre national des chirurgiens dentistes abordent déjà le sujet. L'Observatoire national des professions de santé (ONDPS)<sup>4</sup>, pour sa part s'est engagé dans une étude démographique et des conditions d'exercice de la profession, dans la perspective du rapport 2006 qui sera rendu en septembre 2007 (le cahier des charges a déjà été établi et un rapport d'étape est prévu en avril 2007). Cette étude donnera des éléments d'appréciation sur le niveau du numerus clausus. De ce fait, tout en s'appuyant sur les éléments existants pour en faire une synthèse rapide, la mission n'a pas jugé utile de s'engager dans une étude des perspectives démographiques, qui aurait supposé de croiser ce type de données avec des analyses sur l'évolution des besoins en soins dentaires de la population, éléments aujourd'hui assez lacunaires. En conséquence, sur la question du numerus clausus, la mission écarte d'emblée toute analyse prospective qui voudrait aboutir à des conclusions chiffrées ;
- du point de vue pédagogique, la mission, compte tenu de sa composition, ne pouvait entrer dans une réflexion sur les équilibres en termes universitaires des sous-sections du CNU. Par ailleurs, en raison des travaux en cours de la commission nationale pédagogique sur les référentiels métiers et les compétences à acquérir au cours de la formation, elle n'a pas souhaité traiter ces aspects pédagogiques théoriques et a préféré centrer son étude sur les équilibres et modes d'organisation des composantes de la formation : théorique, pré-clinique et clinique ;
- du point de vue de la recherche, le livre blanc<sup>5</sup> produit en septembre 2005 apporte des informations précises sur les équipes et les publications. Cette question a été abordée dans ses interactions avec la formation et l'activité clinique ; en revanche, la mission n'avait pas vocation à évaluer les équipes, démarche prise en charge par les grands organismes de

---

<sup>1</sup> La lettre de mission figure en Annexe n°1.

<sup>2</sup> Rapport "Mission Odontologie" 13 novembre 2003 : Dominique Bois, Jacques Massenaud, Jacques Melet.

<sup>3</sup> Etude "Démographie professionnelle" mars 2006 : Ordre National des chirurgiens dentistes.

<sup>4</sup> Les sigles utilisés sont explicités dans l'annexe n°3.

<sup>5</sup> "Le livre blanc de la recherche médicale en odontologie" septembre 2005 : sous la coordination du professeur Youssef Haikel.

recherche ou par la Mission scientifique, technique et professionnelle (MSTP) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche;

- les questions liées au panier de soins dentaires remboursables et aux dépenses d'assurance maladie n'ont pas été abordées directement, à l'exception des éléments liés au fonctionnement des centres de soins dentaires en milieu hospitalier.
- enfin, la mission n'a pas procédé à une analyse exhaustive de l'offre de soins dentaires en milieu hospitalier en dehors des CSERD, sauf de manière incidente à travers les conventions qui peuvent exister entre les facultés dentaires et certains services d'odontologie, et au regard des questions liées aux perspectives de débouchés des carrières hospitalières en odontologie<sup>6</sup>.

Compte tenu de ces précisions et réserves méthodologiques, la mission a donc privilégié une analyse centrée sur le fonctionnement des Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD), tant dans leur dimension universitaire qu'hospitalière, de manière à apprécier leur réponse aux besoins de formation et de soins et leurs capacités à faire face à d'éventuelles évolutions.

Pour ce faire, la mission a travaillé à partir d'un échantillon de 7 sites, qui représentent 40% des 16 CSERD en France, mais près de la moitié en effectifs enseignants et étudiants:

- Clermont-Ferrand
- Reims
- Lyon
- Nantes
- Bordeaux
- Nancy et Metz
- Paris 7

A l'occasion de ces déplacements, elle a pu rencontrer les présidents d'université, les doyens des facultés dentaires, les chefs de service d'odontologie des CHR, les équipes de la direction générale des hôpitaux, dans certaines régions les ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), les représentants locaux de l'Ordre national des chirurgiens dentistes, ainsi que des représentants des étudiants.

La mission tient à souligner qu'elle a reçu le meilleur accueil dans tous ses déplacements. A ce propos, elle a particulièrement apprécié les efforts de l'ensemble de ses interlocuteurs pour répondre aux demandes de documents et de statistiques, signe des attentes fortes sinon parfois passionnées. Le rapport est délibérément situé à un niveau de synthèse nationale et ne comporte donc pas de monographie pour chacun des sites. Les comparaisons ou exemples qui sont cités n'ont aucune vocation à établir un quelconque classement.

Au niveau national la mission a rencontré les représentants du Conseil national de l'Ordre, les présidents des conférences des doyens de facultés dentaires, de chefs de service d'odontologie et des directeurs généraux de CHR, les syndicats des chirurgiens dentistes les plus représentatifs, les syndicats des odontologistes hospitaliers ainsi que le syndicat des étudiants en chirurgie dentaire, l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS), les services des deux administrations centrales (DGS, DHOS pour le ministère de la santé, et DGES, DGRH pour le ministère de l'enseignement supérieur), ainsi que les conseillers techniques des deux cabinets<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Cf. sur ce point l'Annexe n° 4 sur le paysage général de l'odontologie.

<sup>7</sup> La liste des personnes rencontrées figure en Annexe n°2.

La première partie du rapport évoque les éléments de contexte actuel de l'odontologie, secteur resté longtemps dans l'ombre, et qui conduisent à renouveler l'approche sur cette discipline et sa place, tant du point de vue universitaire que du point de vue hospitalier.

La deuxième partie établit un état des lieux en termes de structures dédiées à la formation, de taux d'encadrement, de coûts de fonctionnement et de coût de la formation par étudiant, aussi bien dans les UFR qu'à l'hôpital. Elle met en relief la grande hétérogénéité des deux fonctions formation, offre de soins, et de leur mode d'articulation selon les sites visités.

A partir du diagnostic ainsi porté, la troisième partie formule des propositions et un plan d'action en faveur des CSERD.

## 1- L'environnement de l'odontologie est en profonde mutation

L'approche traditionnelle de l'odontologie hospitalière a davantage été vue à travers le prisme de la seule formation des étudiants, en relation avec les besoins d'une profession qui exerce très majoritairement en mode libéral (95%). Or, les conditions générales d'exercice de la profession dentaire apparaissent en pleine évolution sous l'effet d'un environnement où les attentes de la société ne sont plus de même nature, aussi bien pour le secteur libéral que pour le secteur hospitalier.

Ainsi, des questions à la fois de démographie de la profession et de répartition équilibrée sur le territoire se conjuguent avec des interrogations sur la place de l'odontologie à l'hôpital, dans un contexte de déclin de la stomatologie. Enfin la profession pourrait connaître des flux migratoires de professionnels au sein de la communauté européenne.

D'autres questions se posent également quant à l'articulation de cette profession avec d'autres professions de santé ou en matière de périmètre d'activité.

Par ailleurs, les enjeux en termes de réponse à des besoins de santé publique, de cohérence hospitalière avec les éventuelles complémentarités avec d'autres disciplines, d'enjeux financiers et économiques du fonctionnement de ces centres de soins dentaires sont souvent restés au second plan.

Ces questions ont été peu abordées, notamment parce qu'historiquement l'odontologie est restée quelque peu en retrait par rapport aux disciplines médicales<sup>8</sup> ; elle a souvent été abordée sous l'angle de la gestion statutaire des odontologues hospitaliers ou hospitalo-universitaires, et considérée comme un appendice lointain du fonctionnement hospitalier. De ce fait, une partie de l'édifice actuel tant du point de vue universitaire qu'hospitalier s'est construit de manière spécifique et distincte.

Aujourd'hui, les évolutions en cours ne permettent sans doute plus de laisser ce secteur d'activité à l'écart des problématiques générales qui se posent tant du point de vue de la formation des professionnels de santé, que du point de vue du fonctionnement hospitalier et de la réponse aux besoins de soins de la population.

### 1.1 Les transformations démographiques et sociologiques des chirurgiens dentistes conduisent à s'interroger sur les besoins futurs

#### *1.1.1 L'évolution démographique de la profession se révèle inquiétante et constitue un sujet central de réflexion*

"L'articulation entre politique de santé, organisation du parcours de soins et enjeux démographiques doit être confortée, sinon les réponses apportées à la question des besoins ne peuvent qu'être insuffisamment ciblées"<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> C'est la loi hospitalière de juillet 1991 qui a intégré à part entière l'odontologie dans les activités des établissements publics de santé.

<sup>9</sup> Rapport annuel ONDPS 2005

Il apparaît que les professions médicales (médecine générale en particulier mais aussi spécialités) connaîtront des difficultés de renouvellement. Ainsi, un des scénarios possibles pourrait aboutir à une diminution de 10% du nombre total de médecins en 2025. C'est évidemment dans ce contexte que doivent être analysés les problèmes démographiques de l'odontologie. Pour son prochain rapport annuel, l'ONDPS doit confirmer par une étude particulière en cours les tendances indiquées par la profession. Il convient d'attendre cette étude mais quelques données peuvent déjà être rappelées.

Dans son rapport annuel 2005, l'ONDPS indique d'emblée que "les professions médicales et paramédicales ont connu sur les cinq dernières années des taux de croissance soutenus, à l'exception de la profession de dentistes dont l'évolution est plus lente". Le tableau ci-dessous reprend de manière synthétique quelques exemples du tableau de l'observatoire<sup>10</sup>.

**Tableau 1 : Evolution des effectifs des professions de santé**

	Effectifs au 1 <sup>o</sup> janvier 2005	Taux de croissance 2000-2005 en %	Taux de croissance moyen annuel en %	Part des femmes en %	Part des moins de 35 ans en %	Part des 55 ans ou plus en %	Age moyen au 1 <sup>o</sup> janvier 2005
Médecins	205 864	6,1	1,2	38,0	7,4	26,2	48,5
Dentistes	41 083	1,3	0,3	34,7	14,0	26,4	47,1
Pharmaciens	67 484	15,5	2,9	64,2	15,8	20,7	45,9
Sages-femmes	16 550	15,3	2,9	99,0	29,8	14,0	41,9
Masseur-kiné	60 364	16,0	3,0	44,0	30,3	21,3	42,9
Opticiens	15 141	51,2	8,6	46,3	51,2	15,4	38,8
Ensemble <sup>11</sup> des professions	925 510	14,5	2,8	68,4	23,1	19,0	41,4

Source : Rapport annuel 2005-ONDPS.

Ces données appellent les observations suivantes:

- le taux annuel de croissance est resté très faible pour les chirurgiens dentistes. Les effectifs se sont maintenus à un même niveau malgré l'augmentation du numerus clausus au cours des dernières années, ce qui ne signifie pas pour autant que le besoin de professionnels stabilisé à 41 000 ne soit pas suffisant ; l'effectif des chirurgiens dentistes a augmenté au cours des 20 dernières années (avec stagnation à partir de 1996), et n'a jamais été aussi élevé selon l'ONDPS;
- néanmoins le "vieillessement marqué" selon les termes de l'ONDPS posera le problème de la détermination du bon niveau de recrutement ; comme pour les médecins, la part des plus de 55 ans est élevée et bien supérieure à la moyenne des professions. En 2016, plus de 26% des chirurgiens dentistes actuellement en exercice seront partis à la retraite ; ce pourcentage a déjà augmenté de deux points entre 2004 et 2005.
- or l'âge moyen (47 ans) est parmi les plus élevés, et les moins de 35 ans parmi les plus bas. Ces deux éléments peuvent laisser supposer que le même niveau annuel de départs à la retraite se poursuivra au-delà de 2016, d'autant que les plus de 50 ans représentent 42,5%, soit 17 516 personnes ;
- enfin, on peut observer que la part des femmes est inférieure à la moyenne de l'ensemble des professions médicales, inférieure à celle des médecins, des pharmaciens ou des opticiens. Néanmoins, on assiste à un mouvement de féminisation, comme en témoigne l'évolution enregistrée entre 2003 et 2005, avec une part relative passée de 33% à 34,7% :

<sup>10</sup> Rapport annuel ONDPS 2005 : Source ADELI-DREES.

<sup>11</sup> Cette ligne du tableau reprend toutes les professions réglementées par le code de santé publique.

par ailleurs, dans la spécialité d'orthopédie dento-faciale (ODF) la proportion est de 54%<sup>12</sup>.

### ***1.1.2 Une répartition territoriale déséquilibrée des chirurgiens dentistes***

La France compte 37 283 praticiens libéraux en mars 2006, selon l'Ordre national des chirurgiens dentistes, soit 1 chirurgien dentiste pour 1650 habitants.

A titre de comparaison, toujours d'après la même source, les ratios seraient les suivants : Allemagne, 1/1281, Italie, 1/1154, Belgique 1/1357, Espagne 1/2667, Portugal, 1/2245, Royaume-Uni 1/2105.

La répartition est marquée par un fort déséquilibre nord-sud. Les trois régions Ile-de-France (21%), Rhône-Alpes (10%) et PACA (11%) accueillent à elles seules 42% du total des praticiens :

- 4 départements se situent dans une fourchette entre 89 et 117/100 000
- 20 départements entre 65 et 89/100 000
- 24 départements entre 54 et 65/100 000
- 24 départements entre 45 et 54/100 000
- 20 départements entre 35 et 45/100 000
- 4 départements entre 32 et 35/100 000

Sur les disparités départementales et cantonales, la mission propose de se reporter au rapport du professeur BOIS<sup>13</sup>.

La question de la désertification de certaines zones infra régionales, voire infra départementales pose un problème d'aménagement du territoire, qui dépasse la seule profession des chirurgiens dentistes et qui ne peut certainement pas être résolue par une simple augmentation du numerus clausus, même ciblée. De nombreux facteurs personnels et comportementaux des nouvelles générations conduisent à la prudence et à vérifier les résultats des politiques incitatives à l'installation mises en œuvre pour les autres professions médicales.

### ***1.1.3 Les évolutions sociologiques des comportements***

Selon le Conseil de l'Ordre on assisterait, pour les jeunes diplômés, à un allongement du délai séparant la fin des études de leur installation, qui serait aujourd'hui de 3 à 4 ans. Ce chiffre a été repris dans le rapport Bois et a souvent été cité au cours de nos entretiens. Les étudiants, interrogés sur ce point, semblent confirmer cette tendance et avancent plusieurs raisons : désir de repousser l'heure du choix d'un site d'installation, peur d'un investissement lourd, volonté de parfaire leur formation par manque d'assurance en eux, souhait de prendre le temps avant de faire un choix de vie. Ils privilégieraient ainsi la collaboration ou le remplacement dans des cabinets déjà installés.

Contrairement aux conclusions qui en sont tirées, notamment sur les futurs besoins de recrutement, la mission fait remarquer que ce phénomène ne peut jouer qu'une fois et se

<sup>12</sup> Chiffre donné par l'Ordre national des chirurgiens dentistes.

<sup>13</sup> Rapport "Mission Odontologie" 2003 : D. Bois, J. Massonnaud, J. Melet.

trouve tout naturellement neutralisé au bout de 3 ou 4 ans. Une étude ou une enquête affinée apporterait des informations complémentaires très utiles.

Par ailleurs, la très grande majorité des professionnels sont dans le secteur libéral (plus de 95%). Cette tendance a peu de chance d'évoluer car les étudiants rencontrés, à part quelques exceptions, ont marqué leur préférence pour ce secteur. La faible attractivité du secteur public résulte sans doute des meilleures perspectives de revenus, mais aussi, au moins en partie, de la perception des conditions d'exercice dans le public. Sur ce point aussi, une étude serait très utile.

Selon les interlocuteurs, on constaterait une "déperdition" du temps théorique de travail dans de nombreux cabinets qui ne seraient ouverts que quatre jours par semaine et parfois trois jours et demi. La féminisation croissante expliquerait en partie ce phénomène. Or, comme on l'a constaté, cette féminisation reste pour l'instant marginale bien qu'elle s'accroisse dans les nouvelles cohortes d'étudiants. Il semblerait qu'une spécialisation de nombreux cabinets dans une activité plus rémunératrice autorise une organisation plus souple du temps hebdomadaire de travail, favorisée en outre par la constitution de cabinets de groupe. Il serait souhaitable que ces éléments soient davantage étudiés. En effet, la confirmation d'un tel phénomène, toutes choses égales d'ailleurs, aurait un impact très important sur le système de formation.

## 1.2 Le recours au système hospitalier en matière de soins dentaires pourrait s'accroître

Historiquement, les actes dentaires relèvent d'une activité largement ambulatoire, qui se réalise très majoritairement en milieu libéral. La place des structures hospitalières publiques ou assimilées est restée minoritaire, 95% des chirurgiens dentistes exerçant en ville.

Les principales données disponibles en termes d'activité confirment cette observation.

**Tableau 2 : Activité en lettre-clef<sup>14</sup>.**

	SC	SPR	TO
<b>Activité hospitalière</b>	2 239 940	2 519 172	1 429 866
<b>Dentistes libéraux</b>	672 515 000	602 435 000	134 220 000
<b>Part hôpital</b>	0,33%	0,42%	1,07%

*Données 2004 ; source CNAMTS-SNIR 2004 et FICH-Sup 2004 pour les établissements de santé. Les données d'activité hospitalière intègrent la part des cotations effectuées par des stomatologues.*

Pour autant, si cette répartition n'est pas appelée à s'inverser, plusieurs facteurs pourraient conduire à l'infléchir. Il n'existe à ce jour aucune étude globale permettant d'identifier et de chiffrer l'évolution des besoins en soins dentaires ainsi que la répartition entre activité en exercice libéral et le système hospitalier. Il faut à cet égard souligner que les derniers schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 3<sup>ème</sup> génération ne comportent pas de volet odontologie obligatoire, pourtant souhaité par la profession. Seules trois régions ont établi un volet odontologie dans le SROS, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Lorraine, l'ARH de la Réunion et l'ARH de Bourgogne.

<sup>14</sup> Les lettres clefs portées dans le tableau sont celles de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) utilisables par les chirurgiens dentistes : SC (soins conservateurs), SPR (prothèses dentaires) et TO (orthopédie dento-faciale).

### Les SROS et l'odontologie

Les schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS) sont prévus par les articles L 6121-1 à 6121-3 du Code de la santé publique.

Les SROS fixent les grandes orientations stratégiques de l'évolution de l'offre de soins en fonction de l'évolution régionale et territoriale des besoins de santé. Les SROS sont arrêtés par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

La liste des thèmes, activités de soins et équipements lourds devant obligatoirement figurer dans les SROS est arrêtée par le ministre de la santé. S'agissant du dernier exercice, un arrêté du 27 avril 2004 a défini les thèmes obligatoires.

Les derniers SROS arrêtés en mars 2006 sont les SROS de 3<sup>ème</sup> génération, et portent sur la période 2005/2010.

S'agissant de l'odontologie, des débats ont précédé l'élaboration de la liste des thèmes obligatoires, les représentants de la discipline ayant plaidé pour que celle-ci y figure (ceci résultait notamment d'un groupe de travail conduit en 2001 par la DHOS avec les représentants de la profession). *In fine*, et compte tenu d'un nombre déjà très élevé de thématiques obligatoires, l'odontologie a été abordée à titre facultatif ; une circulaire spécifique à cette thématique avait été annoncée dans la circulaire générale du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération, qui n'a finalement pas vu le jour.

La mission a pu prendre connaissance des volets odontologie des SROS des trois régions ayant réalisé cet exercice, la Lorraine, la Bourgogne et la Réunion.

Le document réalisé par l'ARH Lorraine est un document d'une centaine de pages, très complet, qui procède à une analyse à la fois qualitative (y compris avec des segmentations de population) quantitative et territoriale des besoins de soins en odontologie et des évolutions de l'offre de soins.

A cet égard, la mission déplore l'absence d'études prospectives de santé publique sur l'évolution des besoins de soins dentaires et les modes de réponse possibles de l'offre libérale et hospitalière, en distinguant les typologies de population (personnes handicapées, personnes âgées dépendantes, populations défavorisées...).

Parmi les éléments évoqués par les établissements de santé et les services rencontrés qui pourraient contribuer à un recours accru à l'offre de soins dentaires en milieu hospitalier, figurent les points suivants :

- les soins dentaires délivrés à des personnes atteintes de pathologies complexes et nécessitant un environnement adapté (personnes irradiées, personnes transplantées en immuno-suppression, cardiopathies lourdes,...) ;
- certaines populations, notamment les personnes handicapées mentales, adultes ou enfants, qui supposent de recourir à des techniques de sédation consciente, voire à des interventions sous anesthésie générale ;
- les soins dentaires particuliers à réaliser préalablement à des traitements chimiothérapeutiques ou radiothérapeutiques pour des cancers de la zone ORL notamment ;
- les patients bénéficiaires de la CMU, qui ne sont pas toujours pris en charge par les dentistes libéraux ; les services rencontrés ont des taux de fréquentation de bénéficiaires de la CMU pouvant aller jusqu'à 50% de leur clientèle.

La mission a été frappée de constater dans les sites visités l'importance des délais d'attente, pouvant aller jusqu'à 6 mois, qui atteste d'une demande non satisfaite.

### 1.3 Le corps enseignant en odontologie est confronté aux besoins de renouvellement démographique

Au 1<sup>er</sup> septembre 2006, on pouvait compter 974 personnels dont 550 titulaires :

- 121 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH),
- 13 professeurs de 1<sup>er</sup> grade (Pr IG, un seul est à temps complet –Nancy),
- 416 maîtres de conférence des universités- praticien hospitalier (MCU-PH), dont 93 à temps complet,
- 424 assistants hospitaliers universitaires (AHU) des CSERD.

La problématique démographique se posera avec une très grande acuité pour le corps des enseignants et des praticiens hospitaliers. La faiblesse des vocations des nouvelles générations d'étudiants pour les carrières enseignantes et hospitalières<sup>15</sup> accentuera les difficultés de recrutement et de renouvellement dans un secteur concurrentiel peu favorable au secteur public, comme cela a été évoqué plus haut. Il y a lieu de s'inquiéter dès à présent des recrutements futurs dans ce contexte tendu de concurrence entre des choix professionnels où le secteur public est peu attractif. Non seulement, il sera indispensable de maintenir les capacités actuelles d'encadrement et de formation des étudiants, mais peut-être les conforter dans une hypothèse de desserrement significatif du numerus clausus.

En ce qui concerne le corps enseignant, les chiffres donnés par le ministère montrent une accélération des départs à la retraite d'ici 2015 avec un pic pour les années 2011 à 2013.

**Tableau 3 : Perspectives de départs à la retraite des personnels bi-appartenants en odontologie**

Date prévisible de départ	PU-PH	PRIG	MCU-PH	Total	% par rapport à l'effectif total 2006 (550)
2007	8	4	2	14	2,55
2008	6	5	7	18	3,27
2009	10	1	7	18	3,27
2010	5	1	10	16	2,91
2011	11	1	15	27	4,91
2012	8	2	13	23	4,18
2013	9		13	22	4,00
2014	4		13	17	3,09
2015	4		7	21	3,82
TOTAL	65	14	97	176	32,00

Source : Tableau du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (septembre 2006)

C'est la catégorie des PU-PH qui subira le plus de départs (plus de 50 %) d'ici 2015 contre 23,3% pour les MCU-PH. Au total, d'ici 2015, il faudra avoir remplacé 176 enseignants soit 1/3 de l'effectif des titulaires hors AHU. La catégorie des professeurs de 1<sup>er</sup> grade aura disparu.

Le ministère pourrait saisir cette opportunité pour transformer des emplois, redimensionner et rééquilibrer les potentiels enseignants des facultés, qui présentent des disparités comme cela sera vu plus loin.

Il n'existe pas, par ailleurs, d'éléments sur la démographie des praticiens hospitaliers (PH) en odontologie dans l'ensemble des établissements de santé, et le récent rapport du Professeur Berland sur la démographie médicale hospitalière n'aborde pas cette spécialité en tant que telle<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Ceci a pu être apprécié par la mission à l'occasion des rencontres systématiques qu'elle a eues avec des délégations d'étudiants dans les facultés visitées.

<sup>16</sup> Rapport de la Mission Démographie médicale hospitalière, Pr Berland, novembre 2006.

## 1.4 Les réformes en cours sur le financement des établissements de santé et la gouvernance hospitalière affectent également l'odontologie

Les établissements de santé connaissent actuellement deux réformes majeures qui se déploient progressivement, d'une part une réforme du mode de financement avec la montée en puissance de la tarification à l'activité qui se substitue progressivement au mode de financement par dotation globale, et d'autre part une réforme liée à la gouvernance des établissements de santé destinée notamment à améliorer leur gestion interne à travers la création de pôles d'activité, qui correspondent à des regroupements de services.

La mise en œuvre de ces réformes aura à l'évidence un impact dans le champ de l'odontologie, et va probablement inciter à mieux mesurer le fonctionnement de ces activités et leur équilibre économique. Ceci est d'autant plus vrai, que du point de vue hospitalier ces services présentent de fortes atypies par rapport au reste des activités médicales déployées dans un établissement de santé :

- une très grande majorité de l'activité réalisée par le service est accomplie par des étudiants sous la responsabilité d'enseignants, la part propre d'activité générée par des praticiens hospitaliers étant marginale ;
- il s'agit de services dont l'activité est quasi-exclusivement une activité de soins externes ;
- ces services sont souvent séparés, pour des raisons parfois historiques (anciens dispensaires dentaires) des autres activités hospitalières ;
- les étudiants en formation en odontologie sont tous rattachés à ce seul service ;
- ces services ont la particularité d'être composés d'un nombre très important de praticiens, de l'ordre en moyenne d'une cinquantaine de personnels, alors que les services de médecine n'en comportent généralement qu'une vingtaine ;
- culturellement, et du point de vue de la problématique de la gouvernance, ces services ont souvent été à l'écart du reste de la communauté médicale de l'hôpital, même si la représentation de l'odontologie est prévue dans la commission médicale d'établissement.

### 1.4.1 La réforme du financement des établissements de santé

Lorsque le financement relevait d'une dotation globale, les activités d'odontologie pratiquées en établissement de santé donnaient lieu à une facturation des actes sur la base de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), avec un financement majoritairement assuré par la dotation globale pour la part prise en charge par l'assurance maladie, et une part résiduelle intégrée dans les recettes liées au ticket modérateur supporté par les assurés.

Les recettes générées par les activités hors nomenclature pratiquées en odontologie étaient également intégrées dans ce groupe de recettes, venant également en atténuation de la dotation globale, ce qui ne constituait pas une incitation majeure à leur développement<sup>17</sup>.

Dans la mesure où les services hospitaliers des CSERD représentent en masse budgétaire de dépenses des montants très faibles à l'échelle des budgets des établissements de santé concernés, moins de 1% (de l'ordre de 0,5% dans les établissements visités par la mission), il est clair que l'ancien système de financement ne constituait guère un aiguillon de nature à cerner le coût économique de cette activité, et à identifier finement le poids supporté par l'assurance maladie au titre notamment de la formation.

<sup>17</sup> cf. sur ce point l'Annexe n° 8 relative aux règles de financement des centres de soins dentaires.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A), associée à la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) modifie l'économie générale du système, avec une meilleure valorisation de l'activité, même si la part financée par l'activité se met en place graduellement (25% en 2005, 35% en 2006). Pour les actes d'odontologie relevant de la nomenclature (NGAP)<sup>18</sup>, le financement dépend donc pour partie du volume effectivement réalisé, le financement par l'assurance maladie de cette activité étant assuré pour une part par les tarifs, et pour le solde par la dotation annuelle complémentaire (DAC). La bonne rémunération de l'établissement de santé dépend en réalité du caractère adapté de la cotation au regard de son coût de revient, qui demanderait à être éventuellement corrigé par la prise en charge de patients nécessitant un environnement de soins plus lourds, aujourd'hui non pris en compte (cf. infra).

Les activités hors nomenclature donnent lieu à un financement via les missions d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation (MERRI), avec une part variable fondée sur les derniers comptes administratifs connus.

Enfin, il faut préciser que des financements spécifiques dans le cadre des MIGAC peuvent également être attribués au titre des prestations effectuées par le service d'odontologie dans le cadre des soins aux détenus (Unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire) ou dans le cadre des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Le coût lié à la formation des étudiants en odontologie est intégré dans la dotation complémentaire (DAC) au titre des MERRI. Aujourd'hui, pour l'odontologie (comme d'ailleurs pour la formation des médecins), le financement est déterminé de manière forfaitaire à l'échelle de l'établissement, avec une modulation entre établissements du pourcentage de l'enveloppe budgétaire des activités MCO. Le taux varie de 10,5% à 13,5% en fonction de critères traceurs de la recherche. Il n'y a donc pas à ce jour d'analyse ascendante du coût de la formation en odontologie intégré dans le financement MERRI. Il est probable qu'une sous-estimation du taux sur ce champ induirait un déséquilibre financier.

Ces éléments montrent le caractère incitatif pour les services du nouveau mode de rémunération à l'activité. Cependant, la majeure partie de l'activité étant réalisée par les étudiants, la sous-productivité inhérente à la formation rend plus difficile l'optimisation du volume d'activité.

Cela met en lumière la complexité de l'équilibre économique de ce secteur particulier et de l'adaptation de son mode de financement.

En définitive, la réforme en cours constitue sans doute une opportunité pour progresser dans la connaissance des coûts de cette activité et de ses particularités au regard de sa double fonction de production de soins et de formation de professionnels de santé.

#### ***1.4.2 La réforme de la gouvernance***

La réforme de la gouvernance à l'hôpital introduite par l'ordonnance de mai 2005 constitue un facteur supplémentaire qui, dans la perspective d'une meilleure intégration au sein des activités médicales de l'hôpital, pèse sur les services d'odontologie.

---

<sup>18</sup> Il faut rappeler s'agissant de l'odontologie que la nouvelle CCAM n'est pas encore applicable, et que les services d'odontologie facturent leur activité sur la base de la NGAP toujours en vigueur.

En effet, la constitution des pôles, regroupement de services, pose clairement la question de la préservation ou non des spécificités de l'odontologie. D'après les informations obtenues par la mission dans les sites visités et les autres CSERD, tous les cas de figure sont observables :

- un pôle d'odontologie spécifique à cette discipline (environ la moitié de pôles autonomes),
- une intégration au sein d'un pôle à orientation ORL et interventions buccales (Nantes, Nancy),
- une intégration dans un pôle aux composantes multiples et sans nécessaire synergie médicale (Clermont-Ferrand).

Enfin, quel que soit le schéma retenu, il existe au moins deux cas sur le territoire où la responsabilité d'un pôle mixte a été confiée au chef de service d'odontologie.

Au regard des finalités de la réforme qui sont centrées sur la gouvernance interne aux établissements de santé, il ne doit pas y avoir d'approche univoque sur le positionnement de l'odontologie au sein de ces pôles, les configurations locales tant du point de vue de l'implantation géographique, que du point de vue des complémentarités entre équipes médicales constituant des paramètres importants à prendre en compte.

En tout état de cause, et de la même manière que pour la réforme du mode de financement, la meilleure maîtrise des données d'activité, des contraintes et des coûts de fonctionnement doit s'imposer dans une logique de responsabilisation contractuelle vis à vis des pôles. L'odontologie sera conduite à s'inscrire dans ce mouvement d'ensemble.

## **1.5 L'odontologie doit se situer au regard des modifications du paysage universitaire**

L'odontologie doit être analysée en prenant en compte trois éléments de transformation du paysage universitaire, certains récents, d'autres plus anciens qui contribuent à modifier l'environnement de la discipline.

### ***1.5.1 Une transformation en profondeur de la conduite des politiques publiques universitaires davantage axée sur l'autonomie des établissements***

La généralisation de la politique contractuelle dès le début des années 90 a marqué un double déplacement progressif du mode d'animation de l'enseignement supérieur par les ministères en charge de l'enseignement supérieur : d'une part d'une animation verticale des disciplines à une approche transversale des établissements, d'autre part d'une action par le réglementaire à une régulation par les contrats d'établissement et l'évaluation de sa mise en œuvre.

La mise en place du LMD, en rompant avec les maquettes nationales de formation et en laissant l'initiative aux établissements dans la définition des contenus de formation, a marqué une accélération de cette tendance de fond, y compris dans le domaine de la politique pédagogique.

La mise en place de la LOLF accentue désormais la transformation du contrat d'établissement en contrat d'objectif.

L'odontologie, parce qu'elle prépare à une profession réglementée et qu'elle est de la responsabilité de deux ministères, a été moins marquée par ce mouvement. Elle est de fait peu

présente dans les mécanismes devenus premiers de conduite de la politique universitaire tel que le contrat d'établissement. De plus, une partie des acteurs de la discipline (certains doyens ou hospitalo-universitaires) sont restés attachés à une logique verticale d'animation de leur discipline, logique devenue sans doute aujourd'hui beaucoup moins opérante.

### ***1.5.2 Une attention de plus en plus marquée à la production scientifique des universités***

Ce mouvement n'est pas récent ; là aussi dès le début des années 90, les équipes de recherche sont systématiquement évaluées quant à la qualité de leur production scientifique en s'appuyant sur des indicateurs de plus en plus formalisés. La recherche a très rapidement changé d'échelle pour entrer dans la compétition mondiale, en santé comme dans toutes les disciplines du secteur scientifique.

La recherche en odontologie a suivi ce mouvement avec un temps de retard, de façon inégale, mais avec des structurations progressives d'équipes de recherche dépassant souvent le champ de l'odontologie. Cependant, la nécessité de cette évolution est probablement plus difficile à faire partager par les chirurgiens dentistes libéraux, davantage préoccupés par les contraintes de gestion de leur cabinet, et qui souhaitent que les facultés dentaires restent en phase avec leurs problématiques. La tension entre ces exigences est, à l'évidence, plus difficile en odontologie comparativement à d'autres disciplines de santé, compte tenu du poids relatif de la composante hospitalo-universitaire.

### ***1.5.3 Un mouvement de regroupement multiforme***

Dans le domaine de la recherche, le regroupement prend la forme de rapprochement d'équipes de recherche et constitue une réponse au point évoqué précédemment. Il est aussi une façon de compenser les effets négatifs de l'éclatement du tissu universitaire, qui a résulté de la forte croissance des effectifs étudiants.

Les formes structurelles de ces rapprochements sont multiples : constitution de Pôles de Recherche et d'Enseignement Supérieur qui veulent favoriser la coopération entre universités (PRES), émergence de réseaux de recherche transversaux aux universités et aux organismes de recherche (Réseau thématique de recherche avancé, RTRA), et au sein des universités, constitution de pôles Santé visant à coordonner en formation et en recherche les différentes facultés de ce secteur.

Masse critique, rationalisation économique, visibilité, synergies interdisciplinaires sont les objectifs affichés de l'ensemble de ces processus. Les proximités territoriales constituent les éléments communs à l'ensemble de ces regroupements et renforcent la tendance évoquée précédemment, le recul d'une animation verticale des disciplines.

La mission a souhaité retracer ces éléments nouveaux de contexte, auxquels l'odontologie ne pourra se soustraire, avant de dresser un état des lieux des CSERD. En effet, les acteurs concernés n'en étant probablement pas tous conscients, il importait de les rappeler. Tant le diagnostic que les propositions de la mission ont été établies en fonction de ces paramètres qui lui semblent déterminants.

## **2- Au-delà des particularités locales, une situation globalement tendue dans ses deux fonctions, formation et offre de soins**

Face à ces nouveaux enjeux et ces évolutions majeures du paysage hospitalier et universitaire, il convient d'apprécier dans quelle mesure les structures actuelles que sont les CSERD peuvent s'adapter.

A partir d'un échantillon de sept CSERD, la mission a cherché à établir un diagnostic de la formation clinique des étudiants, ainsi que du fonctionnement hospitalier.

### **2.1 La fonction formation**

#### ***2.1.1 Une formation exigeante qui doit organiser la complémentarité entre acquis théorique, acquisition des gestes techniques et formation à l'approche du patient***

La formation dentaire est une formation lourde de 4 200 heures en moyenne sur les différentes facultés observées, réparties sur cinq années de formation<sup>19</sup>. Cette formation s'articule autour de trois composantes :

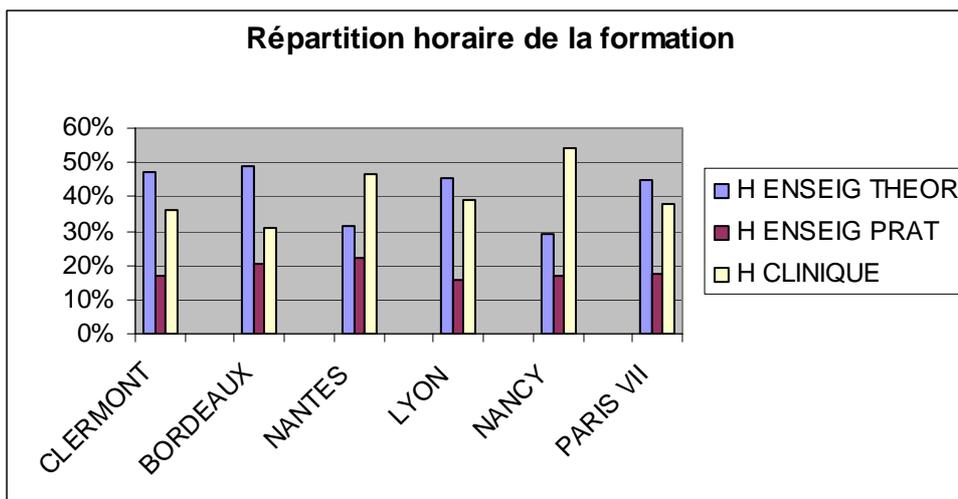
- une formation théorique dans les domaines scientifiques, médicaux et odontologiques et des enseignements complémentaires de sciences humaines et sociales ;
- une formation pratique ou pré clinique<sup>20</sup>. Dans un premier temps, principalement, elle vise à développer la dextérité, la vision, l'apprentissage du maniement des équipements tels que la turbine ainsi que le contact des matériaux. Dans un second temps, sur simulateurs (encore dénommés fantômes) au laboratoire, l'étudiant apprend à maîtriser les gestes et procédures qui seront effectués plus tard sur un patient ;
- une formation clinique acquise au sein du centre de soins où l'étudiant effectue sous le contrôle des enseignants hospitalo-universitaires des actes de complexité croissante. Il faut souligner ici la spécificité de la formation dentaire : l'étudiant est en position active et non d'observation, il intervient sur un patient en état de veille et sur une matière, la dent, qui ne se reconstitue pas ; la bonne maîtrise du geste est une nécessité ;

Formation théorique et formation clinique représentent chacune de l'ordre de 40% du temps de formation, la formation pré clinique et les autres 20%. Ces poids moyens cachent cependant des disparités assez importantes dans notre échantillon comme le graphique suivant permet de l'illustrer. Ces horaires ne tiennent pas compte de temps de stage tels qu'ils sont définis dans la maquette et mis en œuvre dans les facultés (cf Annexe n°5).

---

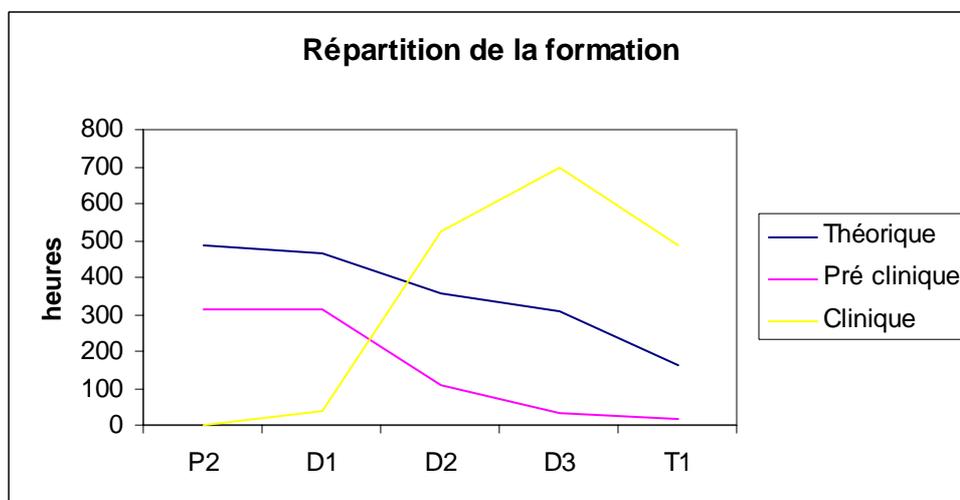
<sup>19</sup> L'annexe n° 5 rappelle l'organisation générale des études dentaires. En termes de volume horaire, elle se situe dans la fourchette haute des maquettes du secteur scientifique, médical et technologique.

<sup>20</sup> Dans la suite du rapport, le terme « pré clinique » désignera la formation pratique en salle de TP ou de simulateurs.



La formation est organisée autour d'une double progressivité :

- une première progressivité entre un début de formation (P2- D1) qui accorde une grande importance à la formation théorique et pré clinique, et qui prépare un accroissement progressif du temps de formation consacré à l'aspect clinique en D2, D3 et T1 ;
- une seconde progressivité caractérisant une formation qui s'intéresse dans un premier temps à des actes dentaires considérés isolément pour développer progressivement une vision plus intégrée du patient et du plan de traitement.



Des modules optionnels viennent compléter cette structuration globale de la formation, et leur nombre est souvent important. Ainsi à Clermont-Ferrand, les volumes horaires optionnels proposés aux étudiants sont les suivants : en P2, 330 heures, en D1, 285 heures, en D2, 245H, en D3, 240 H et en T1, 700 H. La même orientation est observable à Bordeaux, Lyon (une trentaine de modules pour les différentes années) et à Nancy (4 modules en P2, 7 modules en D1, 10 modules en D2, 10 modules en D3). Ces enseignements concernent à la fois des approfondissements scientifiques, des modules de tutorat, une formation à la recherche documentaire<sup>21</sup> ou des modules visant à sensibiliser aux dimensions santé publique et

<sup>21</sup> A PARIS VII, on peut observer une structuration précise d'un enseignement de méthodologie de la recherche documentaire : connaissance des ressources documentaires, développement de la capacité à appuyer une décision

prévention<sup>22</sup>. Ces modules souvent communs à plusieurs années de formation accueillent fréquemment un nombre réduit d'étudiants (de 10 à 20 étudiants, parfois moins). Cette orientation permet de donner une grande liberté de choix aux étudiants et favorise la proximité enseignants – étudiants et une forme d'enseignement par « compagnonnage ». Elle peut aussi produire une forme d'éclatement disciplinaire, génère des besoins d'encadrement importants et amène à s'interroger sur l'équilibre entre un objectif de formation d'omnipraticien et l'existence de forme de spécialisation. Cela peut expliquer la recherche par certaines facultés, par exemple la Faculté de Nantes, d'une organisation pédagogique cherchant à atteindre trois objectifs complémentaires : structuration de l'enseignement en UE et TP davantage pluridisciplinaires favorisant une approche globale du patient, découpage semestriel pour répondre aux exigences du LMD, structuration des enseignements devant permettre de faire des économies.

Comme toute formation scientifique, technologique et médicale, la formation en odontologie doit trouver un équilibre entre des apprentissages fondamentaux ayant une certaine permanence et la prise en compte de l'évolution des pratiques dans un domaine où l'activité est essentiellement le fait de praticiens libéraux. La capacité à introduire dans la formation un domaine tel que l'implantologie est parfois mise en question, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'une activité coûteuse en matériaux. La mission a constaté que cette discipline est présente sous forme de cours théorique en D3, en TP de pré clinique d'initiation à la pose d'implants et d'une activité en clinique plus ou moins développée permettant au mieux à chaque étudiant de poser un implant pendant la durée de la formation. Afin de d'assurer cette formation de sensibilisation, les facultés développent des partenariats avec des laboratoires industriels. Un approfondissement en formation continue est en général proposé.

#### **La place de l'implantologie en odontologie.**

L'implantologie est aujourd'hui une technique en plein essor en matière de prise en charge odontologique, et constitue une alternative aux prothèses fixes ou mobiles traditionnellement utilisées. Cette technique est prévue dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), mais reste aujourd'hui non inscrite à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), et ne donne pas lieu à prise en charge par l'assurance maladie ; (actes hors nomenclature).

Très sommairement résumée, la technique consiste à implanter dans l'os un implant en métal sur lequel est ensuite fixée une couronne. Aujourd'hui, d'après l'enquête réalisée par la CNAMTS en 2003<sup>23</sup>, il s'agit encore d'actes peu fréquemment effectués : ils représentaient 2,4% des actes chirurgicaux des chirurgiens dentistes, et 0,2% de la totalité des actes techniques effectués. C'est une technique de plus en plus fiable (selon la HAS, on aurait aujourd'hui 93% de succès sur cette technique).

La mission n'a pas procédé à des investigations particulières sur ce domaine.

Toutefois, face au développement important de cette nouvelle technique, qui a des retentissements à la fois sur l'appareil de formation et sur les enjeux en termes de qualité, plusieurs questions se posent, et mériteraient des travaux entre experts, en liaison avec la HAS et la CNAMTS :

- si l'on considère que cet apprentissage relève d'une formation complémentaire à la formation initiale via des diplômes d'université (DU), comment garantir une homogénéité et une qualité de la formation sur l'ensemble des facultés qui la développent ?
- si cette nouvelle technique est appelée à se développer, faudra-t-il prévoir pour les odontologistes qui se spécialiseraient dans cette technique des pré-requis en termes de formation et de pratique, dans un souci de qualité ? Dans l'affirmative, comment mettre en œuvre un tel dispositif ?

---

clinique sur le consensus en vigueur dans la littérature scientifique, aptitude à une approche critiques des différentes sources d'information.

<sup>22</sup> A Nancy, un module de 40 h propose par exemple à dix étudiants de P2 de conduire une action pédagogique de sensibilisation des enseignants et des élèves de grande section maternelle au brossage des dents.

<sup>23</sup> Enquête CCAM dentaire, juillet 2003. CNAMTS.

### 2.1.2 L'enseignement pré-clinique et clinique est contraint à la fois par les locaux et le temps enseignant

Les contraintes liées aux locaux et aux équipements concernent la formation pré clinique et la formation clinique.

Pour l'enseignement pré clinique, les facultés doivent disposer de salles de TP avec paillasse permettant l'acquisition des gestes techniques sur les dents et sur les matériaux, de salles avec simulateurs et de salles spécifiques dédiées à l'enseignement de la prothèse (présence de plâtre). Lorsque les salles sont de taille restreinte (25 à 40 personnes), les facultés organisent l'enseignement autour de plusieurs groupes de TP, ce type de programmation augmentant le besoin en enseignants. D'autres facultés, par exemple la Faculté de Clermont-Ferrand disposent de grandes salles de TP de 60 places permettant l'accueil simultané de toute la promotion. Cette organisation moins contraignante en encadrement pédagogique est plus exigeante en nombre de postes équipés. Globalement l'organisation est parfois dépendante d'un espace très contraint, parfois d'une organisation physique peu rationnelle, comme à Bordeaux et qui pourrait être améliorée à surfaces constantes.

L'accès aux fauteuils est la contrainte principale pour l'organisation de la formation clinique (plus que l'accès aux patients, point qui sera repris dans l'analyse des centres de soins). Rares sont les cas où la capacité en fauteuils permet un travail individuel de l'étudiant ; le travail en binôme est le cas le plus fréquent et n'est pas considéré comme problématique sur le plan pédagogique. Il est courant que les étudiants composant le binôme appartiennent à des niveaux différents, l'étudiant moins avancé jouant le rôle d'assistant dentaire. Ce mode d'organisation pédagogique est plus contraignant pour l'organisation de l'emploi du temps. Le tableau met en relation la capacité d'accueil en fauteuils avec les besoins en heures fauteuils résultant de la maquette de formation de chaque faculté.

Le taux de saturation mis en évidence est un taux théorique ne prenant en compte que les besoins de formation liés au cycle P2 – T1. Il exclut les temps fauteuils liés aux autres actions de formation comprenant des séquences de formation clinique et ne prend pas en compte des non-utilisation à certains moments de certains fauteuils pour des raisons d'encadrement enseignants. Il n'intègre pas l'utilisation autonome faite par les hospitalo-universitaires hors de la présence des étudiants. Il permet cependant de constater la diversité de situation, celle-ci étant très tendue en particulier à Bordeaux et Nancy. Plus le taux est proche de 100%, plus la contrainte est forte et impose un fonctionnement en binômes, ce qui est le cas dans la majorité d'entre elles.

**Tableau 4 : Appréciation des capacités des installations cliniques au regard des maquettes**

	Nombre de fauteuils total	nombre fauteuils dédiés aux étudiants	Capacité heures annuelles(1)	Capacité heures hyp basse(2)	Besoin heures fauteuil(3)	Taux de saturation des fauteuils	taux de saturation des fauteuils hyp basse
<b>CLERMONT</b>	47	44	77 315	72 380	68 083	88%	94%
<b>BORDEAUX</b>	40	32	65 800	52 640	79 900	121%	152%
<b>NANTES</b>	64	64	105 280	105 280	102 120	97%	97%
<b>LYON</b>	89	84	158 865	149 940	114 865	72%	77%
<b>NANCY</b>	56	53	98 000	92 750	110 290	113%	119%
<b>PARIS VII</b>	99	92	161 070	149 310	125 856	78%	84%

(1) capacité annuelle (en heures des fauteuils) calculée à partir des horaires d'ouverture

(2) capacité ne prenant que les fauteuils strictement dédiés aux étudiants

(3) Besoin en heures fauteuils résultant de la maquette de formation

Source : tableau établi par la mission à partir des données des CHR et facultés dentaires

L'organisation du temps enseignant est la troisième contrainte ; il se répartit en temps de formation théorique, pré clinique et clinique, en intégrant les spécialisations des uns et des autres pour l'activité clinique (et de façon différente selon que l'activité clinique est organisée en polyclinique ou en vacations spécialisées). Cette organisation est d'autant plus difficile qu'une part importante des MCU-PH exerce à temps partiel (le temps d'activité libérale introduisant une contrainte supplémentaire). Le développement de l'activité de recherche, inégale mais très significative dans plusieurs facultés observées, induit une forme de spécialisation des rôles et une moindre présence de certains hospitalo-universitaires pour les autres activités, en particulier l'activité clinique. Il faudrait ajouter à cela les tâches d'administration et d'animation pédagogique. L'organisation du temps enseignant est plus complexe à gérer dans les petites équipes, élément qui rend encore plus difficile des formes de spécialisation par types d'activités. Or, les différences de taux d'encadrement et de taille d'équipes sont très sensibles dans l'échantillon, à l'image de la situation nationale. Le tableau suivant montre cette diversité de situation pour la fonction clinique, les enseignants ayant été pris en compte de façon pondérée selon leur situation temps plein ou temps partiel.

**Tableau 5 : Ratio d'encadrement en clinique en ETP hospitalier converti**

	Personnel médical encadrant en clinique	Ratio étudiant/ enseignant
<b>CLERMONT</b>	13,4	13,9
<b>BORDEAUX</b>	16,4	16,2
<b>NANTES</b>	13,9	15,8
<b>LYON</b>	31,25	8,9
<b>NANCY</b>	13,1	13,1
<b>PARIS VII</b>	31,2	10,4

Source : tableau établi par la mission

L'ensemble de ces contraintes d'organisation pédagogique est plus facile à gérer quand les lieux de formation universitaire et ceux de formation clinique sont proches, voire totalement intégrés mais ils peuvent être relativement éloignés, avec parfois plusieurs lieux d'activités cliniques, entraînant alors de nombreux déplacements en cours de journée pour les enseignants comme pour les étudiants. L'ensemble de ces contraintes se traduit parfois par des horaires anormalement lourds, certaines journées pour les étudiants ou par des recouvrements partiels d'activités pour les enseignants (séquence de cours théorique « enkystée » au milieu d'une vacation clinique par exemple) néfaste à la qualité de la formation.

Contrairement à une idée parfois émise, il n'a pas été constaté que l'activité complémentaire (DU, formation continue) consommait des temps d'équipements et de fauteuils, explicatifs des difficultés (le temps mobilisé apparaît le plus souvent marginal par rapport à la formation initiale), l'impact intervenant plutôt sur le temps enseignant. On peut aussi remarquer un développement assez faible des usages des TICE<sup>24</sup>, celle-ci pouvant permettre pour une part de la formation théorique de libérer (à terme) du temps enseignants.

<sup>24</sup> Technologies de l'Information et de la Communication dans l'Enseignement.

### 2.1.3 Les conditions économiques de la formation dans sa composante universitaire sont hétérogènes

La mission s'est attachée à rendre comparables les données budgétaires des différentes facultés en distinguant les coûts pédagogiques hors salaires et les coûts d'administration et de logistique<sup>25</sup>.

**Tableau 6 : Coût universitaire par étudiant**

	NB étudiants	Dépenses pédagogiques	Dépenses pédagogiques par étudiant	Imputation logistique pilotage	Dépenses FI coût de structures inclus (1)	Dépenses totales par étudiant
<b>CLERMONT</b>	239	235 700	986 €	87 556	323 256	1 353 €
<b>BORDEAUX</b>	355	180 935	510 €	153 702	334 637	943 €
<b>NANTES</b>	292	290 877	996 €	84 419	375 296	1 285 €
<b>LYON</b>	362	96 748	267 €	30 593	127 341	352 €
<b>NANCY</b>	267	146 920	550 €	74 625	221 545	830 €
<b>PARIS VII</b>	404	245 000	606 €	282 177	527 177	1 305 €
<b>REIMS</b>	257	142 038	553 €	45 820	187 858	731 €

Source : Tableau mis en forme par la mission à partir des données des facultés dentaires

On peut constater au sein de l'échantillon des écarts importants de coûts<sup>26</sup> qui ne semblent pas pouvoir être justifiés par les seules différences d'organisation budgétaire. Si l'on s'intéresse aux dotations aux amortissements, aux capacités de financement des investissements ainsi qu'aux investissements réalisés à destination de la pédagogie, on peut là aussi constater une assez grande hétérogénéité, les montants concernés étant souvent faibles sauf à Clermont-Ferrand, Nantes et Reims.

Cela doit être rapproché d'une des observations : l'équipement est fréquemment apparu obsolète en ce qui concerne les salles de TP comportant des paillasse ou des simulateurs. Rares sont les simulateurs qui reproduisent fidèlement la position du patient, qui permettent par un apport d'eau de se rapprocher des conditions réelles d'intervention supposant une présence de salive. De nombreux simulateurs vieux de plus de 10 ans, voire 15 ans, ne sont maintenus en fonctionnement que par un travail de maintenance très important. Des simulateurs intégrant une fonction monitoring informatisée sont très rares. Ainsi, à Clermont-Ferrand, seuls 10 simulateurs sur 70 sont récents et intègrent toutes les fonctionnalités aujourd'hui disponibles.

Cette situation doit être éclairée par la prise en compte du coût d'un simulateur qui se situe entre 10 000 à 15 000€ Un amortissement et un renouvellement sur dix ans supposeraient de mobiliser une capacité de financement de 1000 € par an par poste, capacité qui se situe bien au-delà des pratiques observées dans notre échantillon.

Le financement du Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la recherche prend trois formes :

- une dotation en postes (part la plus importante) ;

<sup>25</sup> Pour cette composante, il s'agit de la part de coût imputable à la formation initiale, les facultés ayant plusieurs activités telles que la recherche ou la formation continue. Une organisation différente entre services centraux et facultés pour ces fonctions rend la comparaison plus difficile.

<sup>26</sup> Il s'agit d'un coût moyen étudiant, quelque soit son année d'études.

- une dotation prenant en compte chaque étudiant dans le modèle SAN REMO à concurrence de 450 € par étudiant ;
- une dotation boursiers pour petits équipements (la trousse dans le langage des facultés) et de consommables pour les étudiants boursiers.

Il est intéressant de rapprocher budgets de fonctionnements pédagogiques et financement correspondant du Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche.

**Tableau 7 : Comparaison des coûts de fonctionnement pédagogiques et des financements**

	NB etudiants	SAN REMO	Dotation boursiers	Droits inscription	Dotation globale	Dépens. Pédagogiq.	Solde sur dep péd	Imputation FI log pilot	Solde
<b>CLERMONT</b>	239	107 550	23 760	60 737	192 047	235 700	-43 653	87 556	-131 209
<b>BORDEAUX</b>	355	159 750	29 040	90 014	278 804	180 935	97 869	153 702	-55 833
<b>NANTES</b>	292	131 400	26 400	74 753	232 553	290 877	-58 324	84 419	-142 743
<b>LYON</b>	362	162 900	30 360	92 369	285 629	96 748	188 881	30 593	158 288
<b>NANCY</b>	267	120 150	47 520	68 136	235 806	146 920	88 886	74 625	14 261
<b>PARIS VII</b>	404	181 800	34 320	103 532	319 652	245 000	74 652	282 177	-207 525
<b>REIMS</b>	257	115 650		66 255	181 905	142 038	39 867	45 820	-5 953

Source : tableau mis en forme par la mission à partir des données des facultés dentaires.

La formation dentaire est une formation scientifique, médicale mais aussi par beaucoup d'aspects technologiques. Elle suppose en effet la présence de gros et petits équipements, et la consommation de matériaux. Le mode de financement actuel prend peu en compte cet aspect et incite les facultés à rechercher des modalités complémentaires de financement.

La première modalité est de faire prendre en charge une partie du financement par l'étudiant lui-même, lorsque celui-ci doit acquérir sa trousse. On peut noter une très grande hétérogénéité de la notion même de trousse, celle-ci étant parfois entendue au sens strict des outillages de base nécessaires aux étudiants pour leur formation pré clinique mais incluant aussi dans certains cas des composants. La participation des étudiants au financement est très hétérogène selon les facultés et au sein d'une faculté avec une distinction entre les étudiants boursiers et les non boursiers :

#### Clermont-Ferrand

Le coût global de la trousse pour l'ensemble de la formation est estimé à 1 468 € pour les 5 années de formation. Un étudiant boursier est totalement pris en charge, un étudiant non boursier contribue à hauteur de 733. Le coût est principalement réparti sur les deux premières années de formation. La prise en charge par la faculté est donc totale pour les boursiers et à hauteur de 735 € pour les autres étudiants.

Bordeaux

Le coût par étudiant est estimé à 1 950 €(pour les cinq années de formation) comprenant une part de consommables. La faculté prend en charge les boursiers pour la totalité de ce coût, ce qui représente un budget de 34 134 € Pour les non boursiers, l'étudiant assure la totalité de ce financement, soit un apport global de 134 000 €

Nantes

La gratuité de la formation est totalement assurée pour l'ensemble des étudiants, boursiers ou non boursiers.

Nancy

Le coût de la trousse est estimé à 3650 € environ. La faculté a financé l'acquisition d'un nombre de trousse correspondant aux étudiants de P2 et D1 (120 étudiants environ), soit un investissement de 450 000 € environ. La trousse est remise à l'étudiant pour la durée de sa scolarité P2-D1. L'étudiant doit restituer la trousse dans son état initial, c'est à dire après rachat le cas échéant de matériels endommagés, ceci pouvant entraîner un coût variable selon les étudiants ; l'étudiant achète par ailleurs des fraises, des dents prothétiques, des lunettes de protection, masques, etc., nécessaires à son activité. La contribution individuelle moyenne est de 500 € sur les deux années, soit une contribution collective de 31 850 €

Lyon

Le coût global est de 2 040 € par étudiant ; la faculté prend en charge 732 € pour tous les étudiants, boursiers ou non boursiers. L'étudiant finance le complément : 1 308 € Cette somme représente un apport annuel de la part des étudiants de 109 000 €

Paris VII

Le coût de la trousse est estimé à 1 909 € La faculté a investi dans l'acquisition de 230 trousse pour 450 000 € Elle remet une trousse pour la période P2-D1 ; en fin de D2, l'étudiant rend la trousse et la remet à niveau à ses frais. Le financement a été en partie assuré par une dotation de l'université.

Les étudiants estiment assurer un financement de complément d'environ 400 € en D2 et de 800 € en D3 et T1.

On peut compléter l'analyse du coût de fonctionnement pédagogique présentée précédemment par la contribution des étudiants au financement, contribution qui resserre les écarts de coûts constatés entre facultés.

**Tableau 8 : Analyse corrigée du coût de fonctionnement pédagogique, corrigé de la participation des étudiants**

	NB étudiants	Dépenses pédagogiques	Dépenses pédagogiques par étudiant	coûts pris en charge par les étudiants	coût corrigé à l'étudiant
<b>CLERMONT</b>	239	235 700	986 €	31 732	1 119 €
<b>BORDEAUX</b>	355	180 935	510 €	134 000	887 €
<b>NANTES</b>	292	290 877	996 €		996 €
<b>LYON</b>	362	96 748	267 €	109 000	568 €
<b>NANCY</b>	267	146 920	550 €	31 850	670 €
<b>PARIS VII</b>	404	245 000	606 €	non estimés	606 €
<b>REIMS</b>	257	142 038	553 €	96 170	927 €

*Source : tableau mis en forme par la mission à partir des données des facultés.*

Une deuxième modalité de financement au profit de la formation initiale passe par le développement de ressources propres. Collecte de taxe d'apprentissage et activité de formation continue jouent ce rôle :

- pour la formation continue, les chiffres d'affaires constatés sur notre échantillon vont de 0 à 166 000 € en 2005. Les facultés de Nantes et Nancy qui demandent le moins aux étudiants présentent la plus forte activité<sup>27</sup> ;
- pour la taxe d'apprentissage, la fourchette des sommes collectées en 2005 va de 0 à 35 000 €

Le troisième élément est le soutien accordé par le budget global de l'université en particulier au niveau des dépenses d'investissement. Ainsi, la faculté d'odontologie de Paris VII a été accompagnée par son université dans une opération de rénovation des salles de TP, l'université de Nancy envisage de participer à court terme à une opération de rénovation des simulateurs.

L'ensemble de ces éléments permet de constater que les facultés qui demandent le moins aux étudiants et qui investissent le plus dans le renouvellement des équipements sont celles qui combinent une politique de développement de ressources propres et un soutien de leur université, contrepartie souvent d'une volonté forte d'insertion de la faculté dans son environnement universitaire.

#### 2.1.4 L'introduction de la sixième année s'est réalisée avec des objectifs imprécis

Lorsque la sixième année est introduite dans la maquette de formation, elle ne donne pas lieu à attribution de moyens supplémentaires en encadrement ou en équipement pour la formation pré clinique ou l'activité clinique. Elle semble répondre à un objectif premier, l'alignement sur la médecine.

On peut aussi penser que l'introduction de la sixième année visait prioritairement à accroître la maîtrise clinique des étudiants. Comme le tableau suivant permet de le constater, l'activité clinique est effectivement l'élément de structuration le plus important de la sixième année.

**Tableau 9 : Répartition des horaires des étudiants de 6<sup>ème</sup> année**

6 <sup>ième</sup> année	H ENSEIG THEOR	H ENSEIG PRAT	Heures Clinique	H ETUD clin inclus
<b>CLERMONT</b>	204	36	337	577
<b>BORDEAUX</b>	163	18	400	581
<b>NANTES</b>	181	11	420	612
<b>LYON</b>	141		540	681
<b>NANCY</b>	153	15	822	990
<b>PARIS VII</b>	116	12	414	542

*Source : Données des facultés dentaires.*

<sup>27</sup> A Bordeaux, jusqu'en 2005, l'activité de formation continue était dissociée budgétairement de la Faculté, sans contribution à l'équilibre du budget de celle-ci

La part importante de l'activité clinique se comprend d'autant mieux que l'autonomie de ces étudiants est maximale et que leur contribution au fonctionnement du centre de soins est essentielle. Elle est aussi le moment d'un approfondissement professionnel (odontologie conservatrice, ODF, parodontologie, odontologie pédiatrique, identification médico-légale), de présentation de cas clinique visant à développer une vision intégrée du patient, et l'implantologie est souvent présente au niveau de l'enseignement clinique.

Pour les facultés où le temps fauteuils est le plus contraint, l'introduction de la 6<sup>ème</sup> année<sup>28</sup> a induit une limitation de l'exercice propre des PH, une limitation des effectifs des DU. Ceci a aussi incité à prospector de nouveaux terrains de stage extra muros<sup>29</sup> ou au sein de disciplines connexes (stomatologie maxillo-faciale, ORL), mais a aussi parfois induit une diminution des heures de clinique des autres années. Cette contrainte se traduit alors par un temps disponible des étudiants de sixième année permettant à ces derniers de réaliser des remplacements dans des cabinets libéraux.

La mise en place de la 6<sup>ème</sup> année a rétroagi sur l'organisation pédagogique des autres années. Elle a été l'occasion de développer les enseignements optionnels, de renforcer la sensibilisation des étudiants aux patients présentant une déficience (personnes âgées, handicap), d'accroître les acquisitions en santé publique et de mieux sensibiliser les étudiants à toutes ces dimensions, partie intégrante de leur métier. Des enseignements comme l'anglais ou le droit de la santé ont fréquemment gagné en volume horaire.

### ***2.1.5 L'évaluation des acquis des étudiants, gage de la qualité des futurs praticiens***

Pour les dimensions théoriques et pré cliniques de la formation, l'évaluation des étudiants en odontologie renvoie à des problématiques qui ne sont pas spécifiques à la discipline. L'évaluation des acquis des étudiants en clinique est probablement plus spécifique, car elle doit évaluer la capacité du jeune dentiste à débiter un exercice professionnel principalement libéral, s'effectuant en situation de grande autonomie, sans risque pour le patient.

Le dentiste étant un omnipraticien, l'évaluation doit mesurer la quantité et la diversité des actes effectués pendant la période de formation. Cette mesure doit permettre de décrire objectivement le degré de préparation du futur praticien et de donner une réponse à une critique parfois entendue d'absence totale de réalisation et d'entraînement des étudiants sur certains types d'actes. Mais elle doit aussi évaluer la qualité des actes produits, apprécier la capacité à réaliser ces actes en autonomie et s'intéresser à des dimensions complémentaires : maîtrise des protocoles en matière d'asepsie, qualité de la technique opératoire, comportement vis-à-vis du patient, prises en compte de la bonne tenue des dossiers médicaux, etc.

La plupart des facultés définissent des objectifs aux étudiants en termes de quotas d'actes à réaliser ; dans notre échantillon, seule la faculté de Bordeaux n'impose pas formellement des quotas d'actes, un carnet de stages recensant les actes réalisés ; ce choix pédagogique est peut-être en partie dictée par un accès plus contraint au fauteuil.

<sup>28</sup> L'introduction de la 6<sup>ème</sup> année n'est souvent pas la seule raison, le manque de personnel hospitalier étant un facteur qui limite fortement les heures d'ouverture des centres de soins.

<sup>29</sup> La mission a rencontré plusieurs types de relations avec d'autres structures hospitalières de nature à diversifier les stages offerts en particuliers à des T1, dans des CHR non liés à une faculté dentaire, ou des CH dotés de services d'odontologie avec une activité organisée (cas de Metz , mais aussi de Dijon) , dans des Centres Régionaux de lutte contre le Cancer (expérience du CAC A Vautrin à Nancy), dans des Hôpitaux Inter-Armées (Cf Bordeaux pour les urgences de week-end et jours fériés, mais aussi pour certaines vacations de semaines)

Les quotas constituent le minimum de travaux exigés, chaque acte réalisé se voyant attribué un nombre de points selon un barème proche de la NGAP. La cotation de la qualité de l'acte intervient souvent comme élément d'appréciation. Certaines évaluations distinguent des actes réalisés avec l'appui des encadrants enseignants et les actes conduits en autonomie. L'existence de binôme étudiants, cas le plus fréquent, rend plus difficile l'attribution des actes lorsque le binôme est constitué d'étudiants de même niveau.

La principale différence réside dans le système d'information qui recense les actes. Les facultés de Clermont-Ferrand et de Paris VII disposent d'un suivi informatisé. Cela permet alors d'avoir des tableaux de bord de suivi des étudiants qui entrent eux-mêmes une partie des données, l'enseignant validant et entrant des données complémentaires. La connexion de cette base avec le système informatique de tarification, comme à Clermont-Ferrand contribue à fiabiliser l'information ; l'absence d'une telle fonctionnalité et le manque de postes de saisie sur les plateaux d'activité clinique, qui impliquent une part de suivi en différé, amoindrissent la fiabilité de l'information.

Ailleurs, le suivi est effectué au moyen d'un cahier des actes remplis à chaque séance par l'étudiant et validé par l'enseignant. La tenue de ce cahier demande une discipline très forte avec le risque d'une information saisie en temps différé et donc moins fiable. Il est, de plus, difficile d'avoir des tableaux de bord de suivi de l'activité individuelle et collective (par promotion) des étudiants.

### ***2.1.6 Les étudiants et les professionnels expriment une relative satisfaction vis-à-vis de la formation***

La mission s'est attachée, lors de chacune de ses visites, à rencontrer les étudiants d'une part (à chaque fois plusieurs étudiants des différents niveaux de formation) et les représentants de l'Ordre, au niveau départemental et/ou régional.

Les étudiants émettent des avis positifs sur leurs formations mais formulent aussi des inquiétudes sur l'avenir proche en ce qui concerne le fonctionnement des facultés dentaires. La diversité du corps enseignant et la présence d'enseignants à temps partiel sont considérées comme des atouts. S'ils se considèrent aujourd'hui bien formés, y compris sur la dimension clinique, ils formulent des critiques assez vives sur des éléments particuliers : vétusté de certains matériels, financement insuffisant de la formation et caractère contestable de la prise en charge financière qui leur est demandée. Mais surtout, les plus anciens expriment leur perception de la dégradation des conditions d'accueil consécutive à une montée progressive des effectifs. La généralisation des binômes en enseignement clinique (voir trinômes) et la diminution du nombre de vacations proposées sont évoqués fréquemment. La crainte est vive d'une amplification de cette tendance dans l'hypothèse d'une poursuite du desserrement du *numerus clausus*.

Si l'hypothèse d'une installation différée en cabinet après quelques années de remplacement est dominante parmi nos interlocuteurs, ceci semble moins renvoyer à une perception d'un manque de maîtrise technique et beaucoup plus à des facteurs personnels (réfléchir et voir avant de décider où s'installer) et un manque de préparation à la dimension administrative et entrepreneuriale du métier. Ils expriment sur cette dimension un jugement d'insuffisance de la formation, perception à relier à l'intérêt de principe à l'égard du stage actif même s'il exprime des exigences sur la qualité de son contenu et son encadrement et sur les conditions d'indemnisation.

Plus généralement, les étudiants rencontrés considèrent que la diversification des lieux de stage et d'apprentissage clinique est positive ; là où cela existe, les stages en milieu hospitalier hors CSERD reçoivent un accueil très favorable.

Enfin, il a été constaté la très faible attractivité de l'internat ainsi que celles des carrières hospitalo-universitaires, élément qui ne sera pas sans impact sur les possibilités de renouvellement futur.

Les professionnels rencontrés sont apparus très concernés par la collaboration avec la faculté dentaire de leur territoire. Ils sont parfois présents dans une partie de l'enseignement, réalisent des présentations de l'Ordre et de la profession. Leur jugement sur la formation est en général positif et ils ont souvent considéré que leurs jeunes collègues présentaient une maîtrise professionnelle au moins équivalente à celle de leur propre compétence au début de leur propre installation. Le stage actif est pour eux l'occasion de mieux faire appréhender leur profession dans toutes ses dimensions, médicales et techniques, management et gestion ; ils sont attentifs à la qualité des conditions d'encadrement qui permettront une bonne qualité du stage. Ils se sont déclarés inquiets sur l'absence de clarté juridique des conditions d'accueil des stagiaires : responsabilité des dentistes par rapport aux actes effectués par les stagiaires, reconnaissance des actes effectués par les organismes de sécurité sociale, etc.

Cette qualité de relation peut aussi être attribuée au travail réalisé sur ce champ par les directions de facultés. Le stage passif a été souvent l'occasion d'une collaboration avec l'Ordre au niveau de la recherche et la validation des cabinets. La mise en place de guide à destination du praticien définissant les objectifs du stage, de convention de stage, de guide méthodologique pour l'étudiant, de grille d'évaluation du stagiaire à destination du maître de stage ont permis de développer des habitudes de travail en commun qui constituent un acquis en vue de la mise en place du stage actif.

## **2.2 L'offre de soins des centres de soins dentaires**

Le versant hospitalier des CSERD, à travers les capacités en fauteuils et l'activité de consultation offerte, constitue un des éléments majeurs de la structure de formation clinique des étudiants en odontologie. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services permettent d'apprécier effectivement si ces services répondent à cette mission. Cela a déjà été évoqué du point de vue essentiellement pédagogique (cf. supra).

Il s'agit à présent d'apprécier si le fonctionnement du centre de soins dentaire, dont le coût de fonctionnement et d'investissement est intégralement supporté par le budget de l'hôpital, et donc majoritairement par les dépenses d'assurance maladie, est adapté, à la fois aux exigences de formation des étudiants, mais aussi aux besoins de soins de la population et à la dynamique médicale de l'établissement de santé.

Il ressort globalement de l'étude menée par la mission que la fonction hospitalière du service d'odontologie a longtemps été négligée, compte tenu de son positionnement atypique et de la primauté donnée à l'aspect formation. Il en résulte que, dans le champ de l'odontologie, les questions traditionnellement traitées dans des services hospitaliers sur le temps médical, les moyens en personnel non médical (PNM), les systèmes d'information en matière de facturation, voire la connaissance des coûts économiques engendrés par cette activité ne l'ont pas été. Des évolutions sont néanmoins en cours dans certains des sites visités.

### **2.2.1 Les services d'odontologie ont été conçus avant tout pour répondre aux nécessités de la formation**

Les structures visitées par la mission présentent des situations contrastées en termes d'équipements (essentiellement des fauteuils) et de locaux, à la fois en termes qualitatifs et de vétusté, qu'en termes de configuration géographique (éclatement du service sur plusieurs lieux, lien géographique avec la faculté dentaire)<sup>30</sup>.

Tous les cas de figure ont été rencontrés par la mission dans les différents CHU visités:

- unité de lieu faculté/service hospitalier ou éclatement ;
- éclatement du service d'odontologie lui-même sur plusieurs lieux géographiques du CHR (pour certaines activités de l'odontologie telles que l'urgence) ;
- proximité du service d'odontologie avec d'autres services tels que le service de chirurgie maxillo-faciale ;
- fauteuils en cabinets isolés plus ou moins fermés ou en salle ouverte, avec plus ou moins bonne prise en compte de l'isolement phonique et optique des patients ;
- renouvellement récent des fauteuils et des équipements.

Les situations les plus satisfaisantes sont sans doute celles qui combinent une unité de lieu entre la partie hospitalière et universitaire, tout en garantissant une bonne complémentarité avec d'autres services hospitaliers (chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ou possibilité d'accès au plateau technique et blocs opératoire en ambulatoire notamment).

La possibilité de disposer de boxes présente à l'évidence un intérêt pour le respect des patients, même si cet objectif doit être concilié avec celui de la supervision par les enseignants de l'activité des étudiants.

Dans la plupart des cas rencontrés, l'unité de lieu n'existe pas, principalement en raison de l'implantation multipolaire du CHR lui-même (Bordeaux, Nancy, Garancière-Pitié). Il faut y ajouter les particularités de l'activité d'urgence, qui est souvent organisée de manière spécifique (Reims, Lyon, Bordeaux), dans des locaux distincts des unités d'odontologie principales.

Globalement, la mission a relevé qu'à une ou deux exceptions près, les équipements étaient régulièrement renouvelés et avaient donné lieu à des investissements récents de la part de la direction du CHR.

Les fauteuils sont, selon les endroits, équipés pour permettre la prise de clichés radiologiques ou non<sup>31</sup>, comme par exemple à Nantes. Ceci présente évidemment un avantage en matière de limitation de la circulation des patients, avec des contraintes de radioprotection impossibles à respecter dans le cas des fauteuils non boxés. La mission ne tranche pas en faveur de l'une ou l'autre des options.

D'une part, la mission a relevé que les contraintes d'espace sont parfois importantes et génèrent objectivement des difficultés de fonctionnement ; on peut citer le cas de Reims avec des locaux assez exigus, moyennement fonctionnels, et des vestiaires inadaptés aux besoins

<sup>30</sup> Cf. Annexe n° 7 relative aux structures des équipements hospitaliers et capacités en fauteuils des centres de soins dentaires.

<sup>31</sup> Les décomptes de fauteuils ne tiennent pas compte de ces fauteuils « radiologiques » pour les sites qui fonctionnent selon cette logique.

des étudiants ; le site de Garancière présente aussi une forte exigüité des locaux, qui est particulièrement sensible tant sur le plan universitaire que du point de vue du centre de soins lui-même.

Certains centres de soins dentaires sont installés dans des locaux plus ou moins fonctionnels, et surtout plus ou moins vétustes. Compte tenu de la taille des services et du nombre de fauteuils, il est fréquent que les installations soient réparties sur plusieurs niveaux, parfois avec des demi-niveaux (Lyon, Nancy), ce qui ne facilite pas l'organisation logistique des circuits sale/propre du matériel.

La situation du CHR de Nancy est sans doute l'une des plus complexes avec des salles assez vétustes et une configuration de locaux peu adaptée, même si des travaux importants de mise en conformité des locaux ont été réalisés récemment.

Sur un plan quantitatif, le calibrage du nombre de fauteuils installés est principalement dicté par les contraintes liées à la formation des étudiants, ce qui oblige à l'évidence à une multiplication du nombre de fauteuils par rapport au nombre nécessaire pour répondre aux besoins de soins de la population. Il faut préciser que dans la plupart des sites visités, il n'y a pas eu d'évolution récente du nombre de fauteuils. Cela signifie que, tant lors de l'instauration de la 6<sup>ème</sup> année, que lors de l'augmentation récente du numerus clausus, aucune adaptation particulière des équipements n'a été envisagée, alors même que la contrainte est du même ordre que celle qui prévaut dans l'enseignement pré-clinique s'agissant des salles de travaux pratiques et de « fantômes ».

Seuls quelques sites connaissent des perspectives de croissance de leurs capacités en fauteuils dans le cadre des projets d'investissement du CHU (Clermont Ferrand, Bordeaux) ; ce n'est pas le cas des autres centres de soins. Dans certains cas, c'est même l'inverse qui est envisagé (Nancy, Garancière à Paris VII), pour lesquels une baisse du nombre de fauteuils est programmée. Ceci doit être pris en compte au regard d'un éventuel relèvement du numerus clausus.

Tableau 10: Equipement en fauteuils des centres de soins dentaires

	Nombre de fauteuils total	dt Fauteuils urgences	dt Fauteuils réservés praticiens	dt Salles blanches	Fauteuils dédiés étudiants/(1)-(3)-(4)	Fauteuils hors urgence
<b>Bordeaux</b>	40	0	8	0	32	40
<b>Clermont-Ferrand</b>	47	3	7	1	39	44
<b>Lyon</b>	89	5	0	0	89	84
<b>Nancy</b>	56	3	3	0	53	53
<b>Nantes</b>	64	0	12	2	50	64
<b>Reims</b>	68	1	9	4	55	67
<b>Paris VII-Garancière</b>	78	4	3	0	75	74
<b>Paris VII-Pitié</b>	21	3	0	3	18	18
<b>Total Paris VII</b>	99	7	3	3	93	92

Source : Données mises en forme par la mission sur la base des données recueillies dans les CHR

Les éléments obtenus sur la politique d'investissement conduite au cours des trois dernières années montrent d'assez fortes inégalités, à la fois qualitatives et quantitatives.

Dans certains cas, comme à Nancy, de nombreux travaux d'aménagement et de mises aux normes ont dû être réalisés.

La moyenne annuelle de dotation annuelle par fauteuil se situe à 3200 € par fauteuil et par an ; certains sites sont en deçà, notamment Reims et Nantes.

**Tableau 11 : Dotation aux amortissements**

données 2005/ en K.€	Dotation amortissement 2005	Nombre de fauteuils	Ratio dot amt/fauteuil	Montant investissements réalisés sur 3 ans	Commentaires
Bordeaux	nd	40,00	nd	nd	
Clermont-Ferrand	157,00	47,00	3,34	nd	
Lyon	410,90	89,00	4,62	1 631,40	1/2 du montant correspond à des fauteuils, et 34% à du matériel odonto
Nancy	153,80	56,00	2,75	908,80	travaux mise en conformité importants en 2002; sur le total, 37% liés à des mises en conformité.
Nantes	173,70	64,00	2,71	323,90	matériel essentiellement
Reims	109,10	68,00	1,60	323,10	total 2002/2006 concentré sur équipements et matériel
Paris VII	468,30	99,00	4,73	nd	
<b>Moyenne</b>			<b>3,29</b>		

Source : Données mises en forme par la mission sur la base des données recueillies dans les CHR

## 2.2.2 Une intégration de l'activité odontologique au reste des activités hospitalières inégale selon les sites, mais qui se heurte à des modes de fonctionnement traditionnels des CSD plus axés sur la seule formation

### 2.2.2.1 Une tendance à une meilleure intégration des activités odontologiques à la politique médicale du CHR

On relève encore des situations contrastées sur le territoire quant à l'intégration de l'odontologie au reste des activités médicales du CHR, héritage du passé où les CSD étaient avant tout assimilés à une fonction de formation qui n'intéressait pas les hospitaliers compte tenu du débouché majoritaire vers l'exercice libéral ; il faut relever également le fait que co-existaient dans le passé à la fois ces CSD et des services de stomatologie distincts. Dans le contexte actuel de déclin de stomatologie, et des faibles effectifs en chirurgie maxillo-faciale (qui a d'ailleurs une orientation souvent axée sur la chirurgie reconstructrice), la donne s'en trouve modifiée.

On assiste donc plutôt à un mouvement de meilleure insertion de l'odontologie aux autres activités voisines, certes encore inégal selon les sites soit pour des raisons humaines, soit aussi pour des motifs de contrainte géographique : la synergie avec des services de chirurgie maxillo-faciale suppose une relative proximité géographique, qui est assurément rendue plus complexe à Lyon, Nancy ou Garancière qui comportent des locaux de type exclusivement « dispensaire ».

Enfin, l'évolution des patients traités, et la lourdeur de certains cas à prendre en charge y compris à l'occasion de séjours hospitaliers (cancers, patients en immuno-suppression, patients irradiés...), combinée à une évolution des pratiques de la chirurgie maxillo-faciale vers davantage de chirurgie reconstructrice pousse également à cette plus forte intégration.

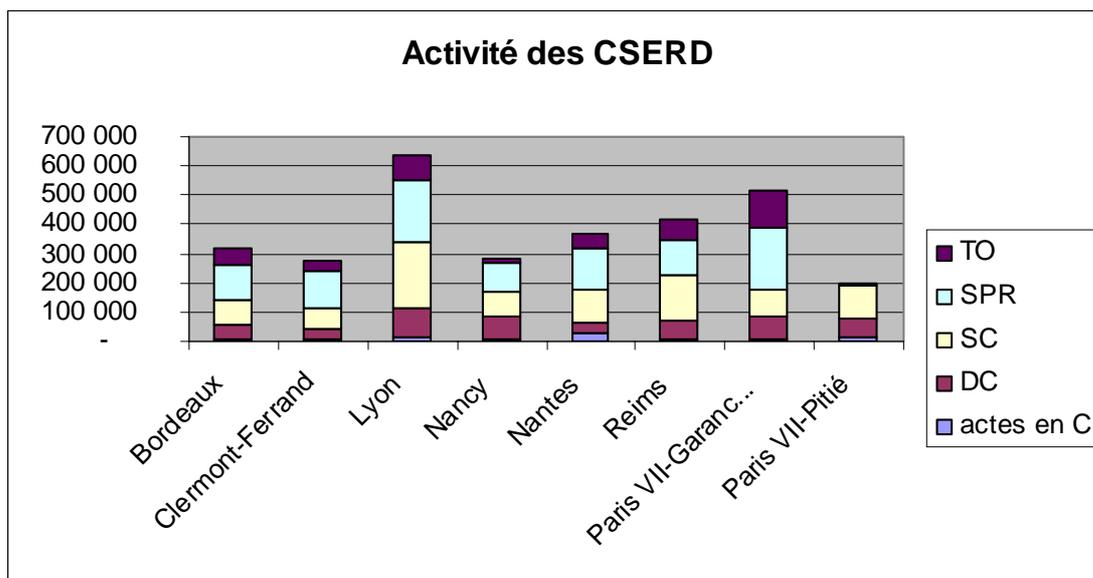
Pour autant, ce mouvement se heurte en partie aux modes organisationnels qui ont longtemps prévalu dans les services d'odontologie, qui étaient principalement axés sur la dimension universitaire et de formation, et secondairement sur une approche de réponse aux besoins de soins. Cette inadaptation est particulièrement évidente sur deux points :

- la part relative des MCU-PH à temps partiel, parfois très élevée dans certains cas, est en partie inadaptée à des objectifs de fonctionnement davantage centrés sur des objectifs hospitaliers, qui supposeraient plus de temps plein, mono ou bi-appartenants, ce qui n'exclurait pas d'ailleurs la possibilité de continuer à faire appel à des dentistes libéraux (cf. infra), le cas échéant en recourant à d'autres souplesses permises par les textes (attachés, ou praticiens à temps partiel) ;
- conséquence en partie de ce qui précède, l'activité propre des praticiens en odontologie est parfois limitée ; ceci résulte aussi des contraintes liées à l'insuffisance d'équipements, qui ont prioritairement été dédiés à la formation des étudiants. Une approche hospitalière tendant à analyser les besoins auxquels le service est supposé répondre pourrait conduire à accroître la part de l'activité propre des PH.

#### 2.2.2.2 Une analyse de l'activité encore difficile à établir notamment sur le plan qualitatif

Les données d'activité recensées ne permettent toutefois pas de procéder à une analyse qualitative fine, puisque la cotation des actes demeure effectuée sur la base de la seule NGAP, la CCAM n'étant pas encore entrée en vigueur pour l'odontologie.

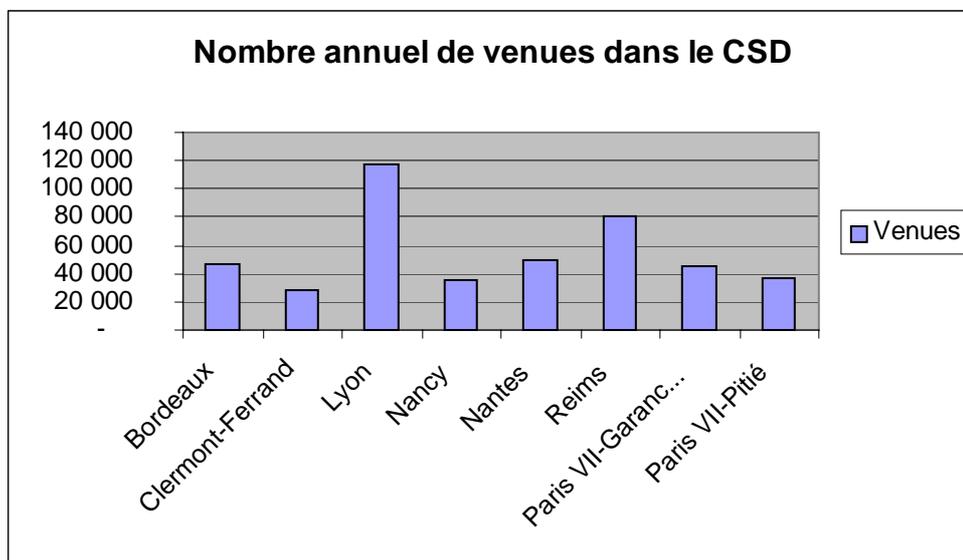
En se fondant uniquement sur l'activité nomenclaturée, les données d'activité dans les sites visités présentent les profils suivants.



L'activité réalisée dans les différents centres de soins présente de fortes variations, à la fois en volume global d'activité, mais aussi en répartition par nature d'actes.

Le critère le plus homogène, utilisé par l'ensemble des centres reste celui du nombre de venues annuelles.

Celui-ci est assez naturellement corrélé au nombre de fauteuils du service, même si on relève des écarts à la moyenne annuelle de 1000 venues par fauteuil, qui mériterait une analyse des paramètres entrant en ligne de compte (contraintes de fonctionnement, gestion de la file active des patients, ...).



**Tableau 12 : Nombre de venues et de coefficients par fauteuil**

Données 2005	Nombre de fauteuils	Total Coefficients/Fauteuil	Nombre de venues/fauteuil
<b>Bordeaux</b>	40	264 261	1 172
<b>Clermont-Ferrand</b>	47	241 530	603
<b>Lyon</b>	89	551 543	1 326
<b>Nancy</b>	56	266 323	643
<b>Nantes</b>	64	320 539	781
<b>Reims</b>	68	346 026	1 176
<b>Paris VII-Garancière</b>	78	389 463	572
<b>Paris VII-Pitié</b>	21	199 557	1 725
	Moyenne	322 405	1 000

Source : Données des CHR mises en forme par la mission

S'agissant de la part d'activité liée aux activités hors nomenclature (HN), celle-ci représente une part d'activité non négligeable pour les centres de soins<sup>32</sup>. La mission n'a pas procédé à une étude particulière de ces activités, ni à leur mode de valorisation, sachant que le poste de recettes correspondant comprend d'une part les dépassements sur des actes nomenclaturés (essentiellement sur des actes prothétiques), ainsi que les actes HN stricto sensu.

<sup>32</sup> cf. sur ce point l'annexe n°8 sur les règles de financement des centres de soins dentaires.

### **Les activités hors nomenclature pratiquées par les centres de soins dentaires**

L'article 2 du décret du 22 septembre 1965 a renvoyé à un arrêté ministériel - celui du 27 août 1973- le soin de fixer la liste de certains examens et traitements dont les tarifs ne peuvent être fixés par application de l'article 1<sup>er</sup> : il s'agit soit d'actes et traitements ne figurant pas à la NGAP, soit d'actes figurant à la NGAP mais avec des dépassements ; les actes et traitements sont facturés aux patients pour la partie restant à leur charge lorsqu'ils sont réalisés dans les CHR. Les tarifs de ces actes sont, au terme de cet arrêté, fixés par le préfet sur la base de propositions effectuées par le conseil d'administration de l'hôpital (après avis du DDASS, du TPG, de la DGCCRF et du DRASS).

Les dispositions en vigueur n'ont pas été modifiées pour tenir compte notamment de la création des ARH, si bien que les pratiques sont les plus diverses aujourd'hui selon les régions : arrêté de l'ARH, décision du DG après délibération du CA du CHR, décision du DG.

La liste d'actes autorisés n'a pas non plus été formellement modifiée pour tenir compte des progrès techniques et de l'introduction de nouveaux actes (implantologie par exemple).

Les tarifs proposés par les différents centres de soins sont assez variables ; la DHOS avait tenté de mener une analyse comparative des tarifs, qui n'a pas vu le jour. La conférence des chefs de service d'odontologie a établi des comparaisons partielles ; il en ressort une assez grande hétérogénéité des tarifs. Il serait souhaitable de prolonger les travaux en la matière.

Du point de vue financier, la mission a rencontré des difficultés pour disposer de manière homogène des données relatives aux recettes HN en odontologie, les postes correspondants comportant à la fois les dépassements des tarifs NGAP et les recettes HN stricto sensu. Les établissements avaient dû déclarer les données du CA retraité 2004 et 2005 sur ces éléments, afin que les montants correspondants puissent être intégrés dans le calcul des MERRI ; il ne semble pas que les services aient eu les moyens de valider finement ces données, les rapprochements effectués par la mission à partir des données FICH-Sup montrant des écarts par rapport aux données obtenues dans les sites visités.

Il faut souligner les limites actuelles des systèmes de recueil d'information sur l'activité des centres de soins, notamment sur le plan qualitatif. En effet, les données évoquées ci-dessus ne prennent généralement pas en compte certains segments d'activité :

- les actes réalisés sur des patients hospitalisés au titre d'une autre pathologie ne sont généralement pas saisis dans le cadre du recueil des données PMSI, soit parce que le système d'information ne permet pas dans certains établissements de renseigner sur des actes techniques secondaires, soit parce que, ces actes n'ayant aucune incidence au regard du groupage dans les GHS, leur omission est fréquente ;
- les actes réalisés sous anesthésie générale, étant effectués sur des plateaux techniques communs ou dans d'autres services (chirurgie maxillo-faciale, ORL, unité de chirurgie ambulatoire), l'information liée à cette activité est souvent rattachée à l'activité de ces services, et non à celle du service d'odontologie.

Du point de vue qualitatif, bien que la CCAM soit dans certains cas utilisée pour le suivi des actes effectués par les étudiants, il n'existe pas dans les sites visités par la mission d'analyse plus détaillée sur les typologies d'actes, leur lourdeur relative, l'importance des actes réalisés pour des patients hospitalisés ou des patientèles spécifiques (handicapés).

Certains sites ont réalisé des études particulières sur certaines patientèles, notamment au titre des réflexions sur la précarité (Nantes, Pitié)<sup>33</sup>.

Des travaux plus ponctuels existent çà et là sur certains patients : soins odontologiques associés à des cancers des voies aéro-digestives supérieures, patients handicapés, personnes âgées dépendantes. On peut relever de manière intéressante les travaux qui avaient été menés entre la faculté dentaire de Nantes et l'URCAM des Pays de Loire sur la formation de professionnels dans les EHPAD<sup>34</sup>.

### 2.2.2.3 Une réponse variable à la question de la permanence des soins

La question de la prise en charge des urgences dentaires par le centre de soins mérite d'être évoquée, dans la mesure où les réponses apportées dans les sites visités sont assez différentes. Les textes aujourd'hui en vigueur sur les CSERD rappellent théoriquement l'obligation de continuité des soins.

#### Les dispositions réglementaires en vigueur sur la continuité des soins

Plusieurs textes existent s'agissant du fonctionnement des CSERD.

L'arrêté du 19 juin 1969 précise en son article 2 que les services sont organisés en vue d'assurer « une permanence les dimanches et jours fériés, et d'autre part de répondre aux besoins exceptionnels et urgents en dehors des heures normales de service. »

La circulaire du 15 mars 1978 atténue la portée de cette exigence, en indiquant qu'il n'est pas « indispensable d'organiser des gardes sur place en raison du petit nombre de demandes », et que l'organisation sous forme d'astreintes est possible.

Il n'y a pas eu d'autres dispositions plus récentes qui soient intervenues.

Au-delà des urgences, les mêmes textes prônent une continuité sur l'année civile, indépendamment des congés universitaires.

La circulaire du 15 mars 1978, et celle du 23 mars 1994 rappellent que les activités du CSERD s'étendent sur la durée de l'année civile, déduction faite des droits réglementaires à congés, estimés à 5 semaines.

Au regard des dispositions en vigueur, on peut relever que les situations sont assez hétérogènes d'un centre de soins à un autre, comme le montre le tableau suivant.

**Tableau 13 : Modalités d'organisation de la permanence des soins dentaires**

	Modalités de permanence nuit, JF et Wend
<b>Bordeaux</b>	permanence hôpital armées, journée, week-end, JF et nuits
<b>Clermont-Ferrand</b>	permanence Vend soir au lundi matin 8H et JF, pas les nuits de semaine
<b>Lyon</b>	Urgences Hôtel Dieu la journée L à V et Sam matin sur 5 fauteuils
<b>Nancy</b>	fauteuils urgence dans service maxillo-facial/Krug non assurée par odonto le samedi et dimanche matin
<b>Nantes</b>	pas d'accueil des urgences W-end à partir du samedi midi et JF, prise en charge/ stomato à défaut
<b>Reims</b>	fauteuil au SAU pour urgences nuit, wend et JF
<b>Paris VII-Garancière</b>	pas de permanence accueil urgences en dehors jours ouverture
<b>Paris VII-Pitié</b>	permanence Pitié tlj, 24h/24

Source : Données rassemblées par la mission à partir des informations recueillies

<sup>33</sup> Sur Nantes, un rapport a été produit dans le cadre des travaux du projet d'établissement 2008-2012 sur la précarité, qui comporte un volet relatif au centre de soins dentaire ; ces travaux se sont en outre appuyés sur les résultats d'une étude PHRC de 2002 sur les critères de vulnérabilité sociale des patients.

Sur la Pitié, des travaux de suivi ont été effectués dans le cadre de la mise en place de la PASS bucco-dentaire.

<sup>34</sup> La faculté dentaire et l'URCAM Pays de Loire ont mené une action sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD, à partir d'une étude de l'URCAM révélant l'ampleur des besoins de soins (80% des résidents concernés) ; un dispositif de sensibilisation des chirurgiens dentistes dans 35 EHPAD volontaires, et une formation des personnels soignants ont été réalisés en 2005.

La permanence des soins n'est pas assurée dans tous les lieux visités, principalement pour des raisons financières. La nature des actes ne nécessite sans doute guère plus que des astreintes pour les nuits, week-ends et jours fériés, mais il importe qu'une telle mission soit assurée, certaines pathologies dentaires requérant effectivement une prise en charge sans délai. La permanence des soins n'étant pas nécessairement assurée par des chirurgiens dentistes libéraux, ceci est d'autant plus important.

Il serait aussi utile de remettre à jour les textes d'application concernés pour mieux redéfinir, compte tenu de l'organisation de la permanence des soins en ville, les obligations des centres de soins dentaires hospitaliers.

#### *2.2.2.4 La question de l'activité propre des odontologistes*

La mission a relevé que l'activité propre des PH, au-delà de leur fonction d'encadrement était assez limitée.

Aucune donnée précise n'a pu être fournie sur la part de l'activité produite par les praticiens au sein du centre de soins, les systèmes d'information existants ne permettant pas de distinguer cette part de l'activité. Cette part varie selon les sites en fonction de l'existence ou non de fauteuils réservés.

De l'avis des professionnels rencontrés, un certain nombre de praticiens, notamment à temps plein, aspirent à avoir une activité propre, qui n'est pas toujours possible, compte tenu des contraintes matérielles et de l'impossibilité dans certains centres, de pouvoir dédier des fauteuils aux praticiens, compte tenu de la priorité donnée aux étudiants. Il existe toutefois un certain nombre de centres visités, où des cabinets sont réservés aux praticiens, soit dans le cadre de leur activité libérale, soit dans le cadre de l'activité hospitalière.

La mission considère, notamment au regard de la mission de référence et de recours des centres dentaires des CHR, qu'il est important d'inciter les PH temps plein à exercer une activité propre, en sus de leur activité d'encadrement des étudiants. Ceci suppose sans doute de lever les contraintes matérielles qui pourraient exister, à la fois au niveau des fauteuils, mais aussi au niveau des personnels non médicaux nécessaires (équivalent assistant dentaire, ou PNM supplémentaire). Compte tenu des positions exprimées dans les différents sites visités, il est important de répondre à cette attente et de pouvoir l'encourager chaque fois que possible, ce qui suppose dans certains cas d'alléger la tension existant sur les équipements.

#### *2.2.2.5 Les problèmes de statut des personnels médicaux et la question du suivi de l'activité des praticiens sur leur temps hospitalier*

Les difficultés rencontrées dans le fonctionnement des centres de soins tiennent pour beaucoup à la difficulté déjà évoquée plus haut de la conjonction des emplois du temps des bi-appartenants entre les activités pédagogiques universitaires et l'encadrement des étudiants en clinique au centre de soins.

De nombreux rapports ont déjà pointé les difficultés générales de conciliation des fonctions enseignantes et cliniques des praticiens et les ambiguïtés des textes existants qui ne facilitent pas l'identification claire des obligations des praticiens<sup>35</sup>.

Ces difficultés se trouvent accrues dans le cas de l'odontologie, compte tenu de la particularité du statut des MCU-PH à temps partiel qui n'a pas son équivalent dans les spécialités médicales, et du fait que les vacations cliniques des odontologistes sont, à la différence des disciplines médicales, davantage orientées vers la supervision de l'activité clinique des étudiants que la production directe de soins, sauf dans les cas des PH ayant une activité propre. Ceci est essentiellement dû aux particularités de l'odontologie.

La conciliation des activités pédagogiques et cliniques, souvent par les mêmes personnes, dans des lieux parfois éloignés les uns des autres, conduit parfois à des incompatibilités de plannings, au détriment de l'une des deux. Ce point a déjà été souligné plus haut dans la partie universitaire.

De plus, l'organisation des activités cliniques est parfois rendue complexe par les contraintes du cabinet libéral des praticiens à temps partiel, qui priment parfois sur les besoins de l'hôpital et de la clientèle (ceci est particulièrement vrai pour l'odontologie pédiatrique).

Enfin, le travail d'équipe, qu'il s'agisse de la partie théorique, pratique ou clinique est rendu complexe par l'importance relative des temps partiels.

La situation inégale rencontrée dans les sites visités mérite à tout le moins d'être harmonisée, certains sites étant nettement inférieurs à la moyenne de 23%.

**Tableau 14 : Part des temps partiels au sein des services d'odontologie**

	Nombre Personnel médical, en effectif réel	Total Temps plein	Total Temps partiel	Part Temps plein/ total
<b>Bordeaux</b>	60	13	47	22%
<b>Clermont- Ferrand</b>	45	12	30	27%
<b>Lyon</b>	137	16	53	12%
<b>Nancy</b>	47	9	33	19%
<b>Nantes</b>	49	13	31	27%
<b>Reims</b>	45	15	29	33%
<b>Paris VII</b>	95	24	70	25%
<b>Pitié</b>	14	3	11	21%
			<b>Moyenne</b>	<b>23%</b>

Source : Données mises en forme par la mission à partir des déclarations des CHR et chefs de service

### **2.2.3 Une situation financière des services d'odontologie qui s'explique notamment par le poids financier de la formation des étudiants**

La situation financière des pôles d'odontologie est marquée par un déséquilibre structurel entre les recettes et les charges directes, qui s'explique par deux causes majeures :

<sup>35</sup> cf. sur ce point le rapport de la Cour des comptes sur les personnels des établissements publics de santé (2006), et le rapport IGAS/IGAENR sur l'évaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires (2004), et l'annexe n°13 sur les textes applicables aux praticiens en odontologie.

- une activité du service limitée parfois par le nombre de fauteuils (parfois insuffisant pour offrir la possibilité aux PH de suivre une clientèle/ cf supra), et des contraintes sur la capacité de fonctionnement (amplitude horaire, PNM nécessaire) ;
- une productivité globale réduite par la prépondérance de la production réalisée par des étudiants, et par une atypie de clientèle comparée à une clientèle de ville non prise en compte à la fois dans l'actuelle nomenclature des actes professionnels et dans la future classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le tableau suivant illustre pour les sites visités la structure des charges directes du service (groupes 1, 2, 3 et 4)<sup>36</sup> et le niveau des recettes actuel (tarification nomenclature et actes hors nomenclature). Dans l'ensemble des sites visités, on observe la même tendance déficitaire<sup>37</sup>.

**Tableau 15 : Equilibre économique des centres de soins dentaires**

en K-€ année 2005	Recettes HN	Recettes totales HN+ N	Masse salariale PNM et PM/groupe 1	Dépenses groupe 2	Dépenses groupe 3	dépenses groupe 4	Budget hospitalier/ Total classe 6	Solde recettes - charges	solde en % recettes
Bordeaux	561,5	1475,5	2988,6	778,2	nd	nd	4017,9	- 2 542,40	-172%
Clermont-Ferrand	860,8	1647,6	2209	621,4	17,1	157	3004,5	- 1 356,90	-82%
Lyon	833,3	3203,4	4224,9	763,8	280,7	410,9	5680,3	- 2 476,90	-77%
Nancy	613	1448,6	2339,2	681,9	132	153,8	3306,9	- 1 858,30	-128%
Nantes	886,3	2386,2	2472,7	575,6	0	173,7	3222	- 835,80	-35%
Reims	575	1698,8	2684,7	618,6	52,3	109,1	3464,7	- 1 765,90	-104%
Paris VII	537,7	2786,2	4158,8	1146,8	0	468,3	5773,9	- 2 987,70	-107%

Moyenne

-105%

Source : Données mises en forme par la mission à partir des éléments fournis par les CHR.

L'ampleur du déficit est variable selon les sites ; il se situe entre 35 et 172% du total des recettes, la moyenne étant de l'ordre de 105%. Il est important, dans le contexte de mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé, de déterminer ces facteurs et tout particulièrement d'identifier la part liée au coût de la formation.

### 2.2.3.1 Le coût de la formation des étudiants est élevé

La mission a cherché à identifier les différents facteurs qui expliquent ce déséquilibre économique et, à partir de certains travaux réalisés par certains CHR, à compléter l'analyse.

D'un point de vue qualitatif, plusieurs éléments liés à la fonction d'enseignement du CHU alourdissent les coûts :

- la nécessité de disposer d'un parc de fauteuils surdimensionné à activité égale réalisée uniquement par des praticiens hospitaliers, et non par des étudiants ; les études conduites à ce jour mettent en lumière une surcapacité de l'ordre de 75% ; ceci pèse sur les coûts

<sup>36</sup> Il s'agit des charges directes, à l'exclusion des charges induites biomédicales et pharmacie, et des charges indirectes de structure ou hôtelières ; en revanche sont pris en compte les dotations aux amortissements des équipements du centre de soins, qui constituent des charges directes.

<sup>37</sup> Cette approche économique est naturellement distincte du mode de financement global de l'établissement dans le cadre de l'EPRD et de la montée en charge de la T2A. Sur ce point, l'annexe n°8 rappelle les règles en vigueur en la matière.

d'investissement directs (équipements en fauteuils et matériels) mais aussi indirects (surfaces nécessaires) et partant sur les dotations aux amortissements en résultant ;

- un facteur de « sous-productivité » des étudiants en formation par rapport à un praticien expérimenté. Le CHR de Nantes a estimé cette sous-productivité relative en fonction de l'année d'étude, qui varie de 20% en D1, à 70% en T1 ;
- le coût des personnels hospitaliers dans leur fonction d'encadrement des étudiants, qui vient s'ajouter aux charges de rémunération des étudiants eux-mêmes ;
- les surcoûts de consommables encore liés à l'apprentissage des étudiants sont élevés, et s'échelonnent selon les estimations des CHR entre 30 et 60% des masses financières correspondantes.

Les travaux réalisés par les CHR de Nancy et de Nantes permettent de façon intéressante d'approcher les surcoûts de formation des étudiants dentaires<sup>38</sup>.

Les méthodes utilisées par les deux CHR consistent à identifier chacun des facteurs d'alourdissement des coûts, en intégrant également les charges indirectes (locaux et fluides associés). L'étude de Nancy aboutit à un coût de l'étudiant de 11266 € annuel, et celle de Nantes à un coût de 17 361 €. Dans le schéma de Nantes, le coût direct s'élève à 15 000 € par étudiant, celui-ci comprenant des charges liées à l'investissement en surfaces. Après retraitement, ce surcoût est ramené à 3 000€ an et par étudiant.

La mission a, de son côté, procédé à une analyse de la sous-productivité<sup>39</sup> liée à la fonction d'enseignement du centre de soins dentaires. Elle a calculé de manière théorique la masse salariale requise en personnel médical dans l'hypothèse d'une production identique du centre de soins sans étudiant, et avec une productivité analogue à celle d'un praticien en ville<sup>40</sup>.

Le calcul ainsi réalisé permet d'expliquer une partie du surcoût du budget du centre de soins dentaires, le surcoût représentant en moyenne 40% de la masse salariale correspondante.

Ces premiers travaux mériteraient sans doute d'être testés à l'échelle de l'ensemble des CSERD, et permettraient d'alimenter une partie des réflexions de la DHOS et de la mission T2A sur les modalités de valorisation des MERRI, qui à l'avenir seront davantage définis de manière ascendante et sur des données réelles que sur des calculs forfaitaires. Ils montrent, à ce stade, des surcoûts spécifiques en odontologie, très certainement supérieurs à ceux de la formation des étudiants en médecine.

### *2.2.3.2 La sous-facturation des activités d'odontologie et les questions liées à la bonne adaptation de la nomenclature aux patientèles suivies*

Parallèlement aux coûts liés à la fonction de formation, il existe des facteurs de sous-estimation des recettes du centre de soins dentaire.

Les facteurs en sont multiples :

- une déperdition d'actes réalisés dans le centre de soins, mais qui ne donnent pas lieu à facturation, soit parce qu'il n'existe pas de système d'information intégré entre la production des actes, le suivi et l'évaluation de l'étudiant, et le système de facturation de

<sup>38</sup> cf. le détail de ces études en Annexe n° 9 relative aux études de coût sur les étudiants en odontologie.

<sup>39</sup> cf. également l'annexe n°9.

<sup>40</sup> D'après les données du SNIR, le montant moyen annuel des honoraires d'un chirurgien dentiste libéral s'élève à 200 K.€ sachant qu'il n'est pas possible de disposer d'informations sur les honoraires HN.

l'hôpital. Il s'agit du cas de figure le plus fréquent que la mission a relevé sur le terrain. Dans le cas de systèmes manuels à Lyon ou à Bordeaux, les risques sont effectivement accrus.

- Les conditions d'ouverture des régies de recettes qui ne sont pas nécessairement adaptées aux horaires du centre de soins peuvent accroître ce facteur de déperdition, sachant qu'il peut de toute façon conduire à des risques de moindre recouvrement des créances ;
- L'absence d'identification des activités réalisées à l'occasion de séjours hospitaliers. Cette dernière ne peut en tant que telle donner lieu à une tarification, mais pourrait néanmoins être mieux valorisée dans le cadre de prestations internes entre services de l'hôpital; il en va de même pour l'activité sous anesthésie générale réalisée par l'odontologie sur les plateaux techniques d'autres services, qui ne donne pas lieu à identification de recettes pour l'odontologie.

Au-delà de ces questions, il reste une question liée à l'inadaptation de la nomenclature au regard de certains patients pris en charge. Ces remarques valent pour l'actuelle NGAP mais aussi pour la CCAM. Les services visités ont fréquemment évoqué les cas de patients difficiles (enfants autistes, personnes handicapées...), dont la prise en charge odontologique supposait, quel que soit l'acte réalisé, un temps plus long d'intervention, qui n'était naturellement pas pris en compte dans les cotations classiques de la nomenclature.

La CNAMTS a indiqué que les réflexions sur des coefficients modificateurs en fonction du patient ont été envisagées dans certaines disciplines, mais pas en odontologie. Il serait toutefois nécessaire d'approfondir une telle question en la chiffrant précisément au regard des recettes du service, en liaison avec les services concernés de la CNAMTS et de la DSS.

### *2.2.3.3 Les autres éléments d'alourdissement des coûts liés qui pourraient être optimisés*

D'autres éléments interviennent dans l'alourdissement des coûts de fonctionnement des centres de soins dentaires, mais dans une proportion plus faible.

La mission n'a pas procédé à une étude approfondie de ces questions, qui mériteraient sans doute d'être examinées localement dans une perspective d'optimisation des moyens.

#### ➤ Les effectifs nécessaires au fonctionnement des régies de recettes

Les effectifs de personnel non médical (PNM) des CSD sont alourdis par la prise en compte des moyens nécessaires au fonctionnement d'une régie de recettes non mutualisée avec d'autres services, comme c'est le cas dans d'autres services hospitaliers. Dans certains CSD, cette part peut représenter jusqu'à plus du tiers des effectifs (cf. à Garancière avec 15 ETP sur une quarantaine). Il est probable que s'agissant du fonctionnement des autres services hospitaliers ces moyens étaient imputés de manière indirecte. Il conviendrait à tout le moins d'identifier spécifiquement les moyens qui y sont consacrés.

#### ➤ Les aspects logistiques liés à la délivrance et à la stérilisation du matériel

L'organisation de la stérilisation et de la délivrance du matériel dans les centres de soins dentaires constitue un maillon sensible pour garantir un bon fonctionnement du service. Sans entrer dans les détails, il convient de préciser que la tendance actuelle, conséquence des politiques de normalisation en matière de stérilisation, est de faire procéder à une stérilisation des matériels de manière centralisée (a minima sur le site hospitalier d'implantation, et idéalement dans le cadre de la stérilisation centrale du CHR). Cette démarche entraîne

mécaniquement un accroissement du stock de matériel pour tenir compte des délais de rotation (pour exemple, le passage en stérilisation centrale à Reims a entraîné l'année considérée, en 2003 un doublement du poste de dépenses de groupe 2 avec un surcoût de 1 million d'euros. Il existe quelques exceptions à une telle organisation comme à Clermont-Ferrand, qui dispose d'un autoclave.

Même dans les cas de stérilisation centrale, les besoins en personnel pour la délivrance du matériel propre, le tri et le pré-lavage du matériel sale, les besoins en personnel demeurent importants, surtout compte tenu des implantations fréquentes sur plusieurs niveaux du centre de soins. Dans certains cas, les facultés dentaires organisent des formes d'astreinte des étudiants pour participer à cet exercice, principalement pour les responsabiliser. La question de la disparition de matériel a fréquemment été évoquée par les chefs de service. Plusieurs sites ont mis à l'étude le gravage du matériel ou la mise en place de codes barres.

#### ➤ Les laboratoires de prothèses

Les prothèses implantées par les centres de soins dentaires sont réalisées par des laboratoires avec lesquels les établissements de santé passent des marchés. Toutefois, pour des raisons pédagogiques, il est demandé aux étudiants de réaliser au moins une prothèse qu'ils poseront sur l'un de leurs patients. Or, les étudiants font aussi des exercices de prothèses avec les moyens de l'université.

Dans bien des cas, il existe deux laboratoires de prothèse, l'un implanté côté faculté dentaire, l'autre côté hospitalier. La mission recommande qu'une réflexion soit engagée en vue d'une meilleure mutualisation des moyens universitaires et hospitaliers, tout en prenant en compte les questions statutaires (personnel IATOS dans le premier cas et personnel FPH dans le second).

Il ressort de cette analyse sur le versant hospitalier des CSERD qu'un certain nombre de sujets n'ont jusqu'alors été guère étudiés pour objectiver le fonctionnement et l'équilibre économique de ces services. Les analyses de la mission ont permis de mettre en lumière une assez forte diversité de situation selon les sites, mais avec des problématiques communes sur le déséquilibre financier, la connaissance plus fine de l'activité produite, et la place du personnel médical. Il est souhaitable que des travaux plus approfondis soient poursuivis en ce sens.

#### ➤ L'amplitude de fonctionnement des services

Les données indiquées plus haut en matière d'amplitude de fonctionnement des centres de soins ont été retraitées pour tenir compte des contraintes logistiques importantes dans le fonctionnement de ces services, et notamment des insuffisances en personnel non médical.

La plupart des services rencontrés ont précisé que le manque de personnel conduisait parfois à ne pas ouvrir certains boxes ou salles blanches, voire à limiter la durée d'ouverture des services. Outre la contrainte de fauteuils déjà évoquée, c'est également cet élément qui limite la possibilité pour les praticiens d'avoir une activité propre.

La mission n'a pu procéder à une comparaison aisée avec d'autres services hospitaliers, qui ne sont pas strictement comparables, mais il conviendrait d'approfondir cette question, sachant que dans le cadre de la contractualisation interne, il pourrait être envisagé de lier les renforts de moyens en PNM à un accroissement de l'activité.

## 2.3 L'articulation entre ces deux fonctions, combinée à la question de la recherche, et les difficultés de pilotage

### 2.3.1 Les enjeux d'une synergie entre université et hôpital sur l'odontologie

Les constats réalisés dans l'échantillon des sept CSERD permettent néanmoins de livrer un panorama qui, sans être exhaustif, est assez représentatif. Les échanges avec les personnalités rencontrées complètent ces recueils d'information. Il est donc possible d'en tirer des enseignements généraux.

Comme les autres disciplines de santé, l'odontologie doit se situer dans une double dynamique de transformation, d'une part à l'université, d'autre part à l'hôpital :

- à l'université, elle doit trouver sa place dans le contexte d'une compétition en recherche scientifique de plus en plus exigeante qui induit des politiques de regroupement d'équipes de recherche et une structuration des pôles santé. Le développement des activités de recherche en odontologie s'est fait plus récemment que dans d'autres disciplines de santé et de façon inégale : si dans une majorité d'universités, les hospitalo-universitaires en odontologie ont joué un rôle essentiel dans la structuration d'équipes de recherche comprenant odontologistes, médecins et scientifiques, d'autres situations sont moins satisfaisantes et le développement de la recherche est moins avancé. De plus, ces évolutions exigent une capacité à se situer localement et à savoir construire des projets communs et des coalitions d'intérêt, reconnues et appuyées par les instances universitaires et qui doivent dépasser le seul champ de l'odontologie. Or, l'odontologie a plutôt cherché à cultiver sa spécificité et a plutôt attendu une solution nationale à ses difficultés de reconnaissance et de fonctionnement
- à l'hôpital, elle doit convaincre les directions de l'intérêt du développement de la spécialité alors que celle-ci est structurellement déficitaire et qu'elle est perçue comme concurrente à d'autres disciplines en terme d'investissements et de besoins en personnels médicaux et non médicaux, tout en étant jugée marginale. Là aussi, la capacité des services d'odontologie à se situer dans les nouvelles organisations en pôles détermine très fortement les chances de succès.

Les équipes de direction des facultés et des centres de soins ont compris cette nécessité d'une double intégration dans le champ hospitalier et universitaire. Cependant, la capacité à passer d'une prise de conscience « intellectuelle » à une capacité de mise en œuvre est inégale et suppose en particulier une cohérence très forte entre doyen de faculté et directeur du centre de soins ; cette dualité de responsabilité qui différencie l'odontologie de la médecine peut se révéler très contre-productive pour l'odontologie quand les rapports sont conflictuels. Compte tenu du poids relatif de l'odontologie tant à l'université qu'au CHR, les cas de bonne synergie entre les deux composantes favorisent une bonne prise en compte de cette discipline par les directions universitaires et celles de l'hôpital dans l'élaboration de leurs priorités respectives.

En retour, lorsque les équipes d'odontologie font ce double effort d'intégration de leurs dynamiques dans celles plus générales de l'université et de l'hôpital, les présidences de l'université et les directions hospitalières doivent accompagner ce mouvement en travaillant ensemble à dégager une vision commune de la stratégie de la spécialité. Celle-ci doit alors être traduite dans les mécanismes institutionnels spécifiques à chaque domaine, par exemple

au sein du contrat quadriennal pour l'université. La mobilisation des directions d'université est apparue inégale et ce constat peut être fait de la même façon pour la partie hospitalière.

### ***2.3.2 Les difficultés de pilotage au niveau central de ces questions hospitalo-universitaires***

A un niveau plus global, c'est à dire au niveau des ministères qui ont la responsabilité d'ensemble du pilotage de ces questions, il est apparu à la mission que la situation actuelle se caractérisait par une réelle difficulté de pilotage, faute d'éléments d'information permettant réellement de mesurer la réalité du terrain.

La mission a été frappée de constater que les directions d'administration centrale concernées, tant côté Santé que côté Education nationale, étaient davantage tournées vers les questions statutaires et les créations de postes, que vers une vision d'ensemble de l'odontologie.

Aucun des paramètres que la mission a tenté de renseigner à travers ses visites n'était disponible dans les services, à quelques exceptions près (tableau des personnels bi-appartenants, et nombre de fauteuils). S'agissant du lien entre ces données et celles des effectifs du numerus clausus, il n'y a pas de rapprochement avec des données physiques. A cet égard, la mission relève que la part du numerus clausus liée aux DOM/TOM, et qui pèse sur le CSERD de Bordeaux, n'a pas conduit les services à recalculer les taux d'étudiants par fauteuils.

La remontée d'information sur la base d'indicateurs robustes constituerait sans doute l'une des premières priorités.

Dans un autre ordre d'idée, alors que les textes sont assez précis sur les volumes horaires requis par année, tant en enseignement clinique qu'en enseignement fondamental, les services ne disposent pas d'éléments sur la réalité du terrain et les éventuelles disparités locales.

Plus largement, et rejoignant en partie les conclusions d'un rapport conjoint des deux inspections<sup>41</sup>, les réflexions prospectives sur les besoins en personnels en fonction des divers paramètres pouvant influencer sur son évolution semblent insuffisantes ; elles supposeraient une collaboration plus nourrie entre les services, et la capacité de pouvoir disposer de données aujourd'hui lacunaires.

Cette situation conduit d'ailleurs de manière paradoxale à ce que les discours nationaux d'un certain nombre d'acteurs ou de syndicats apparaissent sensiblement en décalage par rapport aux réalités de terrains, telles que la mission a pu les apprécier.

En définitive, face aux faiblesses actuelles des services centraux pour piloter un tel dossier, et compte tenu des difficultés objectives de terrain telles que rencontrées par la mission, il est nécessaire de faire en sorte que les synergies soient renforcées pour permettre le déploiement éventuel d'un plan adapté aux besoins.

---

<sup>41</sup> Cf. rapport précité à la note 35.

### **3- Les propositions de la mission et les plans d'actions possibles en odontologie**

#### **3.1 A niveau de numerus clausus inchangé, un plan d'action doit régler les questions les plus criantes de moyens et d'infrastructures rencontrées dans les CSERD**

Les observations de la mission doivent être lues en ayant en mémoire que ses observations concernent sept facultés et universités soit environ 50% des effectifs étudiants et enseignants. La mission estime qu'elles sont représentatives de la situation nationale, même si un travail complémentaire de la part des services, sur les facultés non visitées, doit compléter l'état des lieux de manière exhaustive.

L'ensemble des actions à conduire suppose une étroite collaboration entre les services des deux ministères, en associant étroitement les échelons locaux (université, UFR dentaire, CHR) pour les modes opératoires.

##### ***3.1.1 La question du sous-financement de la formation dans les UFR***

Le premier élément de diagnostic porte sur le sous-financement des coûts directs de formation (hors encadrement enseignants), en partie masqué par une prise en charge partielle par les étudiants. Sur l'ensemble de l'échantillon, la contribution de la part des étudiants est de l'ordre de 400 000 €; il ne s'agit pas de droits spécifiques, puisque ces sommes ne sont pas perçues directement par l'université mais souvent par le biais d'associations d'étudiants. Pour autant, les modalités juridiques de mise en œuvre sont certainement fragiles.

Le coût direct observé est de l'ordre de 900 à 1000 € par étudiant ; la prise en charge théorique dans San Remo est de 450 € par étudiant, corrigé par un financement pour la trousse des boursiers ( de l'ordre de 20% en moyenne et variable selon le nombre de boursiers). Il est incontestable que les conditions de financement actuelles ne prennent pas en compte la spécificité de cette formation génératrice de coûts en consommables et petits équipements.

En second lieu, les investissements en équipements pédagogiques et leur renouvellement ne sont pas suffisants. Ainsi, un renouvellement des simulateurs tous les 10 ans correspond à un rythme minimal. Le coût d'un simulateur s'élevant à 10 000 € le financement annuel devrait être de 1 000€ environ ; pour 40 à 50 simulateurs, cela induit un besoin de financement annuel minimal de 50 000 € en moyenne par faculté. L'état des simulateurs et des équipements en salle de TP montre que ce flux régulier d'investissement et de renouvellement n'est aujourd'hui pas assuré.

La troisième insuffisance renvoie à la situation des locaux. L'exiguïté des locaux est parfois en cause, dans d'autres cas, il s'agit plus de vétusté et de manque d'occupation rationalisée des locaux. La solution réside alors dans une opération de transfert dans de nouveaux locaux ; dans d'autres situations, des opérations de réaménagement sont concevables.

La solution à ces différents problèmes ne semble pas relever d'un plan national qui s'appliquerait de la même façon à toutes les facultés et qui pourrait par exemple prendre la forme d'une revalorisation des critères de financement normé. A cela, plusieurs raisons :

- en cohérence avec la LOLF, la DGES accorde une importance croissante aux financements sur objectifs, par le biais de la politique contractuelle, et beaucoup moins aux financements normés appliqués de façon homogène sur l'ensemble des universités;
- les universités doivent certainement prendre en charge une part du besoin croissant de financement par un développement des ressources propres, en particulier par le développement de la formation continue, comme certaines facultés le font déjà;
- enfin, les situations étant hétérogènes, elles n'appellent pas partout le même type de solution.

La politique contractuelle doit devenir le cadre de l'action du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. A l'occasion de chaque renouvellement de contrat (éventuellement à mi-contrat), le Ministère doit accorder une attention particulière aux conditions de financement des études d'odontologie et envisager de revaloriser son financement dans le cadre d'objectifs négociés avec l'université. La clarification des conditions de financement de la trousse doit être incluse dans cette démarche.

### ***3.1.2 Les situations difficiles en matière de locaux hospitaliers doivent être repérées et traitées***

Comme pour le cas des locaux universitaires, les contraintes d'architecture et de superficie sont parfois difficilement compatibles avec des réaménagements à brève échéance. Au surplus, la mission n'ignore pas les contraintes inhérentes à des opérations de relocalisation lorsque celles-ci doivent s'inscrire dans des projets d'ensemble du CHR, parfois même combinées à des opérations couplées avec l'université.

Certaines opérations sont d'ores et déjà intégrées dans des schémas d'investissement, et prennent en compte des perspectives d'accroissement du parc de fauteuils (Clermont-Ferrand, Bordeaux).

Sans attendre des échéances de moyen ou long terme, certains locaux apparaissent à la mission peu satisfaisants, et méritent des solutions de court terme compte tenu des tensions observées : Bordeaux (augmentation du parc avant tout) sachant que le schéma directeur et le projet d'établissement approuvé par l'ARH ont déjà intégré une augmentation du parc avec une 1<sup>ère</sup> tranche à horizon 2009. Le cas de Nancy est plus problématique, compte tenu de la vétusté du site Heydenreich, qui se conjugue à des besoins d'augmentation du parc.

Le cas de Reims se caractérise aussi par une inadaptation des locaux et des besoins d'espace supplémentaire.

Dans tous les cas, la mission est frappée par la forte densité d'occupation des surfaces hospitalières, qui rend difficiles les conditions de travail des professionnels et étudiants et d'accueil des patients, et qui supposerait une réflexion.

De la même manière que pour la dimension universitaire, la solution ne passe pas par un plan national avec un traitement uniforme, mais par une approche au cas par cas, avec l'appui le cas échéant de l'ARH. La nouvelle étape du plan d'investissement Hôpitaux 2012 pourrait ponctuellement contribuer à accompagner certaines opérations.

### ***3.1.3 La question du rééquilibrage progressif des personnels hospitaliers et des moyens pour l'encadrement clinique est plus sensible***

Le caractère récurrent de la question, évoquée par l'ensemble des personnes rencontrées, montre que la situation actuelle n'est pas satisfaisante. Il ne s'agit pas de remettre en cause la participation des chirurgiens dentistes libéraux à la formation des étudiants, qui est assurément pertinente, mais tout en préservant la diversité des intervenants, de garantir un bon fonctionnement du service et surtout une meilleure immersion dans la communauté médicale de l'odontologie hospitalière.

#### *3.1.3.1 La première étape en faveur du rééquilibrage au profit du temps plein*

Au-delà des contraintes d'environnement et de structures, le sujet essentiel porte sur l'encadrement en personnel à la fois pour garantir une bonne formation des étudiants et pour assurer un bon fonctionnement des services.

A court terme, il est sans doute nécessaire d'accroître la part des temps plein dans les services d'odontologie, une telle action ne dispensant pas d'un travail sur une meilleure articulation des emplois du temps universitaires et hospitaliers, ni d'une réflexion plus globale sur la difficile question du suivi du temps de travail des praticiens et des bi-appartenants.

Les observations de la mission ont montré que la moyenne des temps plein sur les sites visités était de 23% du total des praticiens. Un objectif pourrait être d'accroître progressivement cette part relative, en la portant d'abord à 30%, puis à 40%, voire 50%. Il s'agirait en réalité d'accompagner des demandes jusqu'alors non satisfaites pour des raisons financières de passage au temps plein.

Sur les seules structures visitées, qui représentent 40% des facultés dentaires, mais 50% en effectifs de personnel médical, les scénarii à 30% et 40% aboutissent respectivement à une augmentation sur ces sept sites de 11 et 28 MCU-PH temps plein.

En extrapolant sur la France entière par simple prise en compte des facultés non observées, on aboutirait à un total compris entre 22 et 56 MCU-PH temps plein.

La transformation de postes de MCU-PH temps partiel en temps plein ne modifie pas le coût sur le budget universitaire, en revanche, il pèse sur la partie hospitalière.

Sur la base d'un coût moyen estimé à 32K.€ pour le passage d'un MCU temps partiel à temps plein, le coût serait compris entre 0,7 M.€ et 1,8 M.€ sur l'ensemble du territoire. La justification d'un tel effort pourrait être étayée par le fait qu'au cours des dix dernières années, le nombre de postes de stomatologistes hospitaliers a fortement diminué et que les postes ainsi libérés ont été redéployés au profit d'autres disciplines médicales.<sup>42</sup>

Une telle mesure, qui pourrait être mal interprétée, compte tenu du fait que les odontologistes sont davantage impliqués dans une fonction d'encadrement que de production propre, supposerait d'être assortie d'une contrepartie reposant sur une plus grande disponibilité pour une activité propre de production de soins de la part des odontologistes. Elle devrait être également accompagnée d'un affichage plus fort sur la fonction de recours et de référence de l'hôpital en matière de soins dentaires.

<sup>42</sup> Il faut noter que les CSERD se sont souvent substitués aux anciens services de stomatologie, dont l'activité était parfois proche de celle aujourd'hui réalisée.

Pour autant, la mission réaffirme que cette démarche ne conduit pas à remettre en cause la place des chirurgiens dentistes libéraux qui apportent une expérience et une pratique indispensables aux étudiants.

Ceci suppose, en parallèle, de faire un effort au profit de ces services, dont l'équilibre économique n'est pas atteint, à travers une modulation spécifique des MERRI, qui prenne en compte cette particularité.

### *3.1.3.2 Des réflexions de plus long terme sur le statut*

La mission a eu connaissance de réflexions sur une évolution du statut des odontologistes, à ce jour à l'état de projet, qui pourrait conduire à une mise en extinction progressive du statut des MCU-PH à temps partiel. On a d'ailleurs observé de manière récente l'alignement du statut des pharmaciens hospitaliers sur celui des praticiens hospitaliers et l'on peut s'interroger sur les raisons qui ont conduit à ne pas traiter de la même manière l'odontologie, dont la pratique se rapproche davantage de l'exercice clinique des PH.

La mission ne se prononce pas sur cette perspective, mais souhaite évoquer les axes qui, selon elle, doivent guider les réflexions futures :

- une meilleure réponse aux besoins d'un fonctionnement plus efficient hospitalier du centre de soins, en garantissant une présence adaptée de praticiens ;
- simultanément, le souci de préserver le recours à des chirurgiens dentistes libéraux dans les équipes hospitalières, avec une approche plus flexible, sachant que les statuts autorisent le recours à des attachés, ou des PH temps partiel ;
- la prise en compte des perspectives démographiques chez les mono ou bi-appartenants de la discipline, en tenant compte du vieillissement du corps, et de la nécessité d'ouvrir des débouchés hospitaliers attractifs pour garantir le renouvellement ;
- la prise en compte des trois facettes du métier qui ne sont pas nécessairement conciliables ni simultanément (recherche, enseignement, soins), ni en fonction des profils des professionnels concernés.

### *3.1.3.3 Des moyens en personnel non médical seront sans doute nécessaires*

Compte tenu des contraintes rencontrées dans les sites en matière de personnel non médical, qui peuvent avoir une incidence sur les capacités de fonctionnement du service, il serait utile d'examiner les éventuels renforcements en personnel, en tentant chaque fois que possible de mieux mutualiser certaines fonctions qui pèsent aujourd'hui directement sur ces services, notamment le bureau des entrées et les régies de recettes.

## 3.2 La mise en œuvre de ces plans d'action suppose une rénovation du pilotage de ce secteur au niveau national comme au niveau local

### 3.2.1 *La nécessité de consolider à partir de ces travaux un système d'information et de pilotage global sur la situation des CSERD partagé entre les deux ministères*

Les deux ministères doivent se donner les moyens d'un pilotage stratégique de ce secteur qui aille au-delà d'une régulation globale centrée sur la modulation du *numerus clausus* et la répartition des postes hospitalo-universitaires. Le préalable est la construction d'un système d'information national, qui permette de décrire la situation des CSERD dans la double facette d'activités, universitaires et hospitalières. Ce système d'information devra rendre compte à la fois de la diversité des situations réelles et mettre en évidence des éléments communs à l'ensemble des centres. La mission s'est attachée à identifier une base d'information sur les sept centres visités. Il conviendrait de stabiliser et de généraliser ces indicateurs à l'ensemble des facultés et centres de soin par un travail commun de la conférence des doyens et celle des chefs de service<sup>43</sup>.

Le suivi de ce domaine doit davantage passer à l'avenir par la mise en place de mécanismes d'évaluation comprenant des évaluations internes (ou auto-évaluation) et des évaluations externes régulières et systématiques. En effet, au-delà des maquettes nationales, qui ont montré leurs limites, la garantie de qualité doit passer par une meilleure articulation entre un référentiel métier et un référentiel formation, avec des logiques d'évaluation ex post.

La mise au point d'un référentiel commun d'évaluation pourrait être un travail commun de la commission pédagogique nationale et de l'ensemble des partenaires. Une réflexion avec l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) devrait être également envisagée pour la partie formation.

### 3.2.2 *Une politique d'animation à l'égard des CSERD*

Les deux mécanismes évoqués précédemment (système d'information et démarche d'évaluation) doivent servir de point d'appui à une politique d'animation des CSERD qui s'appuie sur les outils existants dans chacun des domaines concernés :

- les contrats quadriennaux universitaires pour la formation et la recherche
- les Schémas régionaux d'organisation des soins pour la politique d'offre de soins dans le domaine dentaire, et surtout les contrats d'objectifs et de moyens passés entre les établissements de santé et les ARH ;
- les contrats de plan pour les infrastructures quand l'évolution de l'activité suppose des réaménagements lourds d'infrastructures universitaires et hospitalières.

Dans leurs interventions, les autorités de tutelle doivent s'attacher à encourager toutes les démarches qui décloisonnent les facultés dentaires par rapport aux autres activités hospitalières et universitaires. Elle doit favoriser le travail commun des directions d'hôpitaux et des présidences d'universités afin d'agir en ce sens, ce qui permettrait de dépasser la relation, parfois complexe, entre deux personnes, le directeur d'UFR dentaire et le chef de service d'odontologie.

<sup>43</sup> Les annexes 6 et 7 récapitulent les principales caractéristiques des CSERD visités, et fournissent un certain nombre d'indicateurs.

La continuité des systèmes d'information entre facultés et services hospitaliers doit faciliter ce pilotage commun. L'intégration des systèmes d'information permettra aussi de fournir une information indiscutable sur la formation clinique. Elle garantira en outre une meilleure facturation des actes réalisés.

### **3.3 Les modalités de la formation clinique des étudiants en dentaire doivent être ajustées par un règlement pragmatique et serein des questions en débat**

#### **3.3.1 Une solution à l'impasse sur le stage de 6<sup>ème</sup> année, qui doit passer par un règlement des questions juridiques nodales, et une souplesse sur le terrain**

Le stage de 6<sup>ème</sup> année reçoit de la part de l'ensemble des acteurs rencontrés un accord général de principe :

- les étudiants y voient l'occasion d'enrichir la connaissance de leur futur environnement professionnel, et il répondrait davantage à leurs attentes que le stage passif de 5<sup>ème</sup> année ; ils s'interrogent toutefois sur les conditions d'encadrement et sur les modalités d'indemnisation ;
- les professionnels sont convaincus de l'intérêt du stage du point de vue de la formation mais expriment des interrogations sur les questions juridiques liées à celui-ci ;
- les facultés considèrent qu'elles sont en mesure de réinvestir sur ce stage le savoir-faire acquis dans les relations avec les professionnels à l'occasion du stage passif. Elles sont attentives aux conditions d'encadrement et à l'impact sur le fonctionnement des centres de soins.

Tous soulignent néanmoins la relative ambiguïté de celui-ci, compte tenu de la faculté offerte aux étudiants ayant validé le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) en fin de 5<sup>ème</sup> année de pouvoir effectuer des remplacements.

Les questions relatives à la mise en place du stage sont de deux ordres : les conditions juridiques et les modalités pédagogiques. La détermination des solutions sur ces deux plans semble relever de deux démarches différentes.

Les ministères doivent avant tout clarifier trois éléments juridiques qui sont des préalables à la mise en œuvre du stage et ils sont seuls à pouvoir le faire, en concertation avec l'ensemble des partenaires, y compris la CNAMTS et les compagnies d'assurance :

- d'abord les conditions d'indemnisation des stagiaires par le maître de stage, et la compatibilité de celle-ci avec la rémunération perçue de la part de l'hôpital ; il semblerait impossible d'aller au-delà d'une indemnisation supérieure à 30% du SMIC, en conformité avec les règles générales applicables aux stages en entreprises ; cette question renvoie également au statut social des étudiants, perdu dans le cas d'une solution différente ;
- au-delà de cette question du cumul se pose la question de la prise en charge budgétaire de ce salaire dès lors que le stage se déroule en dehors du CHR de rattachement ; à l'instar de ce qui existe pour la médecine générale, lorsqu'un étudiant est en stage chez un médecin généraliste, la rémunération n'est plus assurée par l'établissement de santé auquel l'étudiant est rattaché, mais par la DRASS ; la mission estime qu'un mécanisme analogue devrait être envisagé pour les dentistes, même si la durée du

stage est plus courte que celle d'un interne de médecine générale, ce qui peut être source de complication administrative ;

- la question de la responsabilité civile professionnelle liée à la réalisation d'actes par des stagiaires ; il serait préférable d'envisager la souscription obligatoire d'une assurance en RC pour l'étudiant (qui est recommandée par l'Ordre en cas de remplacement au cours de la 6<sup>ème</sup> année), plutôt que la solution actuellement envisagée qui se reporte en partie sur l'assurance du maître de stage ;
- les conditions de validation et partant de prise en charge par les caisses d'assurance maladie des actes réalisés par les stagiaires ; les projets actuels ne règlent pas cette question pourtant importante ; elle l'est s'agissant des remplacements effectués par les 6<sup>ème</sup> année, ceux-ci pouvant utiliser les feuilles de soins des praticiens.

Le problème de la rémunération du maître de stage<sup>44</sup> ne pourrait s'envisager que dans le cadre d'une définition stricte des conditions d'accueil et de tutorat par le maître de stage (présence continue du maître de stage, présence d'un deuxième fauteuil,...) sous l'égide de l'UFR, ce qui est difficilement compatible avec le souhait largement évoqué par les parties d'une certaine souplesse de mise en œuvre au moins au démarrage.

S'il est vrai que le précédent récent pour les stages de médecine générale constitue un élément nouveau au regard des revendications sur la rémunération, il faut rappeler que sur le terrain, la mission n'a pas rencontré d'acteurs qui estimaient ce point nodal. En outre, si l'activité produite par le stagiaire est facturée et opposable à l'assurance maladie, on peut considérer qu'il n'y a pas de réelle perte d'activité pour le chirurgien dentiste, et que dans ce cas, on peut renoncer à cette rémunération.

La détermination des conditions pédagogiques et leurs modalités de mise en œuvre doit se faire en faisant confiance aux directions des facultés et aux représentants professionnels sur le terrain local. La mission a constaté que les rapports entre eux étaient très bons et qu'ils exprimaient des vues très proches sur la définition d'un bon stage : taille et équipement du cabinet d'accueil, présence d'un deuxième fauteuil souhaitable, modalités de présence du dentiste libéral près du stagiaire (moins strictes que la présence continue, mais sans doute un peu plus exigeante que celles requises pour un remplacement) et qualité du suivi. Les partenaires apparaissent capables de faire preuve à la fois de pragmatisme et de volonté de réussir la mise en place du dispositif en y associant les étudiants. A cet égard, le texte du décret de 2005 autorise une relative souplesse quant aux modalités pédagogiques du stage, qui relèvent de la convention passée entre l'UFR et le maître de stage comprenant les objectifs pédagogiques, les critères d'évaluation et les modalités pratiques du stage.

La faculté de Nancy est apparue comme étant la plus prête à mettre en place le stage en utilisant le cadre juridique de la collaboration et en localisant le stage dans des plages disponibles pour les étudiants afin de ne pas remettre en cause les conditions de rémunération des étudiants par l'hôpital. Il est certainement nécessaire de faire preuve cette année de souplesse, la principale interrogation portant sur le nombre de stages qui pourront être trouvés.

---

<sup>44</sup> S'agissant du stage chez un médecin généraliste, celui-ci perçoit des honoraires pédagogiques, mais le cadrage de son intervention pédagogique est défini strictement dans un décret (art D 4131-7 du CSP) pour les internes de médecine générale. Une récente modification (arrêté du 23 novembre 2006) est intervenue lors de la création d'un stage en deuxième cycle des études médicales avec possibilité d'obtenir des honoraires pédagogiques pour le maître de stage. Sur la base du dernier arrêté en vigueur, ces honoraires s'élèvent à 535 € brut par mois de stage (arrêté du 18 mai 1998).

La possibilité de stages hors CSERD en services odontologiques hospitaliers, en centres anti-cancéreux, en cabinets mutualistes devrait également être ouverte par le texte de façon dérogatoire au stage en libéral. Une commission consultative auprès du doyen associant les représentants de l'ordre et les étudiants devrait avoir la charge de suivre la mise en place du dispositif. Au niveau national, la commission pédagogique nationale devrait assurer le suivi et l'évaluation des modalités de mise en œuvre.

Pour l'année universitaire 2006-2007, il sera sans doute difficile de permettre une montée en charge normale du dispositif. En tout état de cause, son opérationnalité complète doit être garantie pour la rentrée 2007, dans la mesure où toutes les facultés rencontrées ont abandonné cette année le stage passif de 5<sup>ème</sup> année, sauf à modifier les dispositions réglementaires en vigueur.

Une approche plus expérimentale avec les garde-fous indiqués ci-dessus présenterait l'avantage de mieux répondre aux attentes des divers partenaires, tout en se réservant la possibilité d'une évaluation rapide à l'issue de la première année.

### ***3.3.2 L'attrait des carrières hospitalières et des débouchés en odontologie doit être repensé***

Sans avoir investigué de manière approfondie cette question, la mission souhaite pointer les éléments importants qui peuvent peser sur l'attractivité des carrières hospitalières, et notamment les carrières des bi-appartenants.

L'expérience de Metz<sup>45</sup> montre les intéressantes possibilités de maillage territorial en odontologie entre le CSERD et un CHR ou un CH doté de praticiens en odontologie, voire d'un service. En effet, une telle organisation permet à la fois de diversifier les lieux de stages des étudiants (notamment pour les T1), et de répondre à un besoin de soins latent de la population. Cela permet aussi d'offrir des débouchés plus importants aux internes, rendant ainsi plus attractif ce cursus. D'autres exemples existent notamment à Dijon et Nîmes, que la mission n'a pas investigués. Dans le contexte de déclin de la stomatologie, qui se combine dans certaines régions avec une démographie défavorable des chirurgiens dentistes en exercice libéral, il pourrait être utile d'explorer le développement de telles organisations.

De ce point de vue, l'ensemble des interlocuteurs rencontrés ont souligné les effets pernicieux de l'accès indirect au certificat d'études complémentaires spéciales mention orthopédie dento faciale (CECSMO) via la première année d'internat, qui devrait selon eux être remis en cause.

## **3.4 Les réflexions préalables à intégrer dans une perspective de modification du numerus clausus**

Les précédentes analyses ont déjà montré les facteurs de tension préexistants dans les facultés dentaires. La question de la poursuite de l'augmentation du numerus clausus, voire de son accélération est un sujet en débat depuis plusieurs années. D'ores et déjà, un certain nombre d'acteurs ou de professionnels se sont prononcés en faveur de cet accroissement. On peut ainsi citer le rapport Bois en 2003, qui prévoyait de passer progressivement à 1300 en

<sup>45</sup> Cf sur ce point l'annexe 4 .

quelques années. Ce chiffre de 1300 est aujourd'hui repris par le Conseil de l'Ordre. Toutefois, on ne peut affirmer qu'il y a un consensus sur ce chiffre.

La mission a déjà indiqué plus haut que le calibrage du *numerus clausus* supposait des travaux complémentaires, dont certains sont engagés, comme le travail de l'ONDPS. La mission estime que cette réflexion doit être conduite par ailleurs dans le cadre plus large de la politique de santé publique. La problématique de l'odontologie ne peut en effet pas continuer à ne pas être traitée.

Pour autant, la mission considère qu'à l'aune des seules contraintes de fonctionnement des CSERD telles que diagnostiquées, il est impossible à court terme de procéder à une augmentation du *numerus clausus*.

Il importe que des travaux soient menés parallèlement, en amont de la décision, sur les questions d'organisation et de capacités de mise en œuvre par les facultés et les centres de soins dentaires d'une éventuelle augmentation, au risque sinon de reproduire les mêmes erreurs que par le passé.

### ***3.4.1 Les simulations théoriques montrent la forte contrainte sur les facultés d'une augmentation du *numerus clausus****

La mission a travaillé sur une hypothèse<sup>46</sup> d'augmentation du NC de 20% porté à 1200, appliquée au cas d'une faculté moyenne, et en tenant compte des effets progressifs sur un horizon de 5 ans (P2 à T1) de ce changement.

Les principaux enseignements de cette simulation sont les suivants :

- une croissance d'environ 28% des besoins en heures fauteuils, qui n'est en général pas absorbable par les capacités actuelles ;
- un accroissement du même ordre des besoins en heures d'encadrement de l'activité clinique.

La mission a par ailleurs étudié l'hypothèse extrême d'une disparition totale de l'activité clinique des T1, si ces derniers étaient en stage en libéral des CSERD tout au long de leur dernière année d'étude. Cette situation se traduirait par un besoin en heures fauteuils équivalent à celui observé aujourd'hui, mais avec deux effets collatéraux négatifs : un besoin d'encadrement en croissance correspondant à la moindre autonomie des étudiants qui prennent désormais l'activité clinique en substitut des T1, et d'autre part une moindre productivité de ces étudiants qui dégrade l'équilibre économique des centres de soins.

L'impact sur les autres aspects de la formation concerne essentiellement l'accroissement des groupes de TP avec un passage de 3 à 4 groupes, voire de 4 à 5 selon les cas, ce qui suppose là aussi un besoin d'encadrement supplémentaire, du même ordre que celui observé en clinique. La résolution de ce problème en clinique a automatiquement un impact sur le pré-clinique. Ce besoin d'encadrement supplémentaire pourrait être en partie compensé par un redéploiement du temps enseignant à partir de l'utilisation de cours en ligne pour l'enseignement fondamental, et par une démarche de mutualisation plus poussée avec les

---

<sup>46</sup> L'annexe n° 11 détaille la simulation de cette hausse du *numerus clausus*.

facultés de médecine et de pharmacie. Cette approche intéressante ne règle qu'à la marge cette question majeure du temps enseignant.

### ***3.4.2 Privilégier une approche différenciée à une augmentation homothétique du NC dans les facultés, en s'appuyant sur des dynamiques locales et des synergies efficaces entre les acteurs***

Sur la base des constats précédents, et indépendamment des calibrages éventuels qui pourraient être décidés, certains principes doivent être privilégiés.

Le panorama des facultés dentaires, à l'aune de l'échantillon des sept sites visités, reflète assez bien la diversité des situations.

En premier lieu, pour des raisons d'aménagement du territoire, voire d'impact sur l'installation de professionnels de santé dans des régions déficitaires, on peut concevoir que l'évolution du numerus clausus se fasse prioritairement sur certaines facultés dentaires. Pour celles d'entre elles qui accueillent des étudiants de plusieurs régions administratives (comme Reims pour la Picardie et la Haute-Normandie), les quotas d'effectifs accueillis seraient modulés en tenant mieux compte des déséquilibres au sein de l'inter-région.

Ce raisonnement suppose que le lieu de formation dans une région conditionne préférentiellement le lieu de l'installation future. La mission est perplexe sur la prise en compte de ce seul critère, dans le contexte actuel de liberté d'installation des professionnels de santé.

Si la mission est attachée à un principe de modulation, celui-ci devrait se faire davantage en fonction de projets portés par les acteurs locaux, au premier chef le président d'université en liaison avec le doyen de l'UFR dentaire, mais aussi le directeur général du CHR et dans une certaine mesure l'ARH. La place des collectivités territoriales ne saurait être oubliée, compte tenu des contraintes de locaux qui peuvent rendre nécessaire leur participation au projet.

Les ministères pourraient accompagner ces démarches dans une logique d'appel à projet, plutôt que de procéder par voie descendante à une mise en œuvre, en théorie homogène, sur l'ensemble du territoire d'une politique « subie ».

L'ensemble des acteurs y gagnerait par l'émulation et la dynamique que pourrait générer une telle démarche, laquelle pourrait bien évidemment être assortie d'une logique d'évaluation.

### ***3.4.3 Prendre en compte dans la réflexion les évolutions attendues du métier d'odontologiste (délégation de compétence, évolution des besoins de soins dentaires)***

La mission souhaiterait rappeler dans cette partie la nécessité de déployer des travaux, aujourd'hui lacunaires, sur des sujets qui ont une incidence à la fois sur la formation des dentistes et sur le calibrage futur du numerus clausus.

### *3.4.3.1 L'articulation de l'odontologie avec d'autres disciplines et la spécialisation de la discipline*

L'évolution des métiers de chirurgiens dentistes intervient fortement dans ce débat.

La décroissance rapide du nombre de stomatologues ouvre une perspective d'évolution de la profession de l'odontologie vers des spécialités plus "nobles" de chirurgie buccale, complémentaire à celle des chirurgiens maxillo-faciaux. Un accord entre ces deux spécialités induirait un besoin nouveau de formation, avec des répercussions sur l'ensemble de la profession.

On assisterait par ailleurs à une tendance des praticiens à se spécialiser dans des actes demandant une grande technicité, professionnellement plus intéressants, plus rémunérateurs. C'est le cas de l'implantologie par exemple (cf. supra).

La mission préconise de vérifier cette tendance dans le cadre d'une étude quantifiée et d'en repérer les conséquences en termes de réponse aux besoins de soins courants.

### *3.4.3.2 La question de délégation des compétences aux hygiénistes bucco-dentaires*

Par ailleurs, au cours de ses entretiens, la mission a pu constater l'absence de consensus au sein de la profession sur la place éventuelle du métier d'hygiéniste buccal, spécialisé dans la prévention et les soins immédiats et simples.

Il n'y a pas lieu ici de définir les contours de ce métier ni son articulation avec le métier d'assistante en odontologie, mais la mission attire l'attention sur la nécessité d'aborder la question du *numerus clausus* en relation avec ces perspectives éventuelles.

## Conclusion

En conclusion, les travaux menés par la mission permettent de dégager six enseignements majeurs s'agissant des CSERD et de la formation des futurs chirurgiens dentistes :

- la situation de tension déjà présente dans la plupart des CSERD rend infaisable à court terme l'absorption par les facultés et les services hospitaliers concernés d'une éventuelle augmentation du numerus clausus. Il convient d'ores et déjà de construire un plan d'accompagnement en faveur des CSERD à numerus clausus inchangé, dans toutes ses dimensions (locaux, équipements, et encadrement en personnel) ;
- s'agissant de la question du stage actif des étudiants de 6<sup>ème</sup> année, sujet qui doit faire l'objet d'une solution à l'impasse actuelle, un travail au niveau central doit lever les points juridiques et techniques non résolus, tout en laissant une plus grande latitude au niveau du terrain ;
- les centres de soins dentaires, jusqu'alors essentiellement perçus comme l'infrastructure nécessaire à la formation des étudiants, doivent aussi être appréhendés comme de réelles structures d'offre de soins répondant à des besoins souvent spécifiques, voire courants et non satisfaits aujourd'hui. Il importe que les choix futurs intègrent aussi cette dimension ;
- il convient de ne pas analyser les étudiants de T1 uniquement par le prisme de la seule formation, mais d'appréhender également la question de l'équilibre de fonctionnement du centre de soins dentaire hospitalier. De fait, la présence des T1 une partie de l'année est nécessaire à l'équilibre du centre de soins et ne saurait être remise en cause sans disposer de temps médical supplémentaire. La conception du stage actif doit aussi résulter de la prise en compte de telles contraintes.
- Enfin, il est urgent de lancer des travaux sur la discipline de manière à pouvoir objectiver les réflexions sur l'évolution des besoins de soins dentaires de la population, la place de l'hôpital dans la réponse à ces besoins, les enjeux de spécialisation de la discipline, la place possible des hygiénistes bucco-dentaires.
- Les modes de pilotage de ce secteur par les deux ministères concernés doivent évoluer en s'appuyant sur des systèmes d'information à construire et cela dans une logique laissant davantage la place à l'initiative locale (université, établissement de santé), mais assortie de logiques de régulation via l'évaluation et la contractualisation.

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU  
Inspectrice des affaires sociales

Bernard DIZAMBOURG  
Inspecteur général  
de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche

François BONACCORSI  
Inspecteur général  
de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche

## **ANNEXES**

## Liste des annexes

- Annexe 1 Lettre de mission
- Annexe 2 Liste des personnes rencontrées
- Annexe 3 Liste des sigles utilisés
- Annexe 4 Eléments généraux sur l'odontologie et les facultés dentaires en France
- Annexe 5 Organisation générale du cycle des études dentaires
- Annexe 6 Les principales données sur la formation dans les sites visités
- Annexe 7 Structure des équipements hospitaliers et capacités en fauteuils des services hospitaliers
- Annexe 8 Le mode de financement des soins dentaires en établissement de santé public
- Annexe 9 Les études de coût de revient des étudiants menées par les CHR
- Annexe 10 Récapitulatif des propositions de la mission
- Annexe 11 Simulation de l'impact d'une croissance du numerus clausus sur un CSERD
- Annexe 12 La recherche en odontologie
- Annexe 13 Statut spécifique des PH et bi-appartenants en odontologie

**Annexe 1 Lettre de mission**

*Le Ministre de la Santé  
et des Solidarités*

*8, avenue de Ségur  
75350 Paris cedex 07*

*Le Ministre délégué à l'Enseignement  
supérieur et à la Recherche*

*21, rue Descartes  
75231 Paris cedex 05*

Paris, le **15 JUIN 2006**

**A**

Mme Marie-Caroline BONNET-GALZY,  
chef du service de l'inspection générale des affaires sociales

M. Thierry BOSSARD,  
chef du service de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche

**OBJET** : audit de l'appareil de formation odontologique dans la perspective de la fixation du  
numerus clausus au cours des prochaines années

Le nombre d'étudiants susceptibles de poursuivre leurs études odontologiques est fixé chaque  
année, en application des dispositions de l'article L. 631 -- 1 du code de l'éducation, par arrêté  
conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur,  
compte tenu :

- des besoins de la population,
- de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques,
- et des capacités de formation des établissements concernés.

La profession, en particulier le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, souhaite  
une augmentation du numerus clausus afin de faire face aux nombreux départs en retraite  
attendus dans les prochaines années. Les directeurs d'unités de formation et de recherche et  
les chefs de service d'odontologie estiment, quant à eux et dans la situation actuelle, ne pas  
être en mesure de dispenser une formation de qualité à l'ensemble des étudiants si le numerus  
clausus augmente.

Dans ces conditions, il apparaît aujourd'hui nécessaire de procéder à un examen attentif des  
capacités de formation offertes par les CH et U en odontologie en tenant compte de la triple  
mission de soins, d'enseignement et de recherche qui leur est dévolue. Tel est l'objet de la  
mission d'audit que nous souhaitons vous confier.

.../...

Vous vous attacherez en particulier à préciser :

- le nombre et la nature des structures d'accueil destinées à assurer la formation théorique et pratique des odontologistes, qu'elles soient directement dépendantes des CH et U ou liées par convention ;
- le nombre la nature des structures de recherche consacrant leur activité à l'odontologie ;
- la structure et la disponibilité du corps enseignant ;
- les modalités de déroulement du cursus de formation à ses différentes étapes et leur adéquation à la formation des étudiants qui y sont engagés en application des arrêtés fixant le numerus clausus des cinq dernières années ;
- l'état des coopérations développées, dans le domaine du soin , de la formation , et de la recherche, entre l'odontologie et les spécialités voisines comme la stomatologie, la chirurgie maxillo-faciale et d'autres spécialités éventuellement.

De vos constatations vous déduirez :

- les conditions d'une amélioration de l'efficience des structures de formation et du personnel enseignant qui y est affecté ;
- les capacités d'accueil des étudiants dans chacune des structures concernées et leurs perspectives d'évolution en tenant compte de l'intervention de spécialistes libéraux dans la formation pratique des étudiants ;
- l'adéquation entre l'offre de formation et la maîtrise des compétences attendues de professionnels possédant l'ensemble des connaissances et des aptitudes techniques nécessaires à l'exercice de l'odontologie.

Votre mission tiendra compte dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 sur la réforme de l'organisation hospitalière et de la perspective d'application du processus de Bologne au cursus odontologique. Vous aurez toute latitude pour l'accomplir de rencontrer les représentants du corps enseignant, des étudiants, de la profession et des tutelles concernés par l'activité de formation et de recherche.

Vous voudrez bien nous remettre votre rapport avant le 15 octobre 2006.

Xavier BERTRAND

François GOULARD

**Annexe 2 Liste des personnes rencontrées**

La liste qui suit reprend la majeure partie des personnes rencontrées par la mission au cours de ses investigations. La mission s'excuse par avance si certains noms ne figurent pas. Elle tient à remercier l'ensemble des personnes pour leur disponibilité.

## **I- Niveau national**

### **Ministère de la Santé et des solidarités**

- Dr Patrick HESCOT, Cabinet du ministre, Conseiller technique
- Mme Danielle TOUPILLIER, DHOS, Chef de service
- Evrard MERCIER, DHOS, Bureau M2
- Mr Eric WAISBORD, Direction générale de la santé, Sous-directeur, 2ème SD de la Qualité du système de santé
- Dr Anne Marie GALLOT, Direction générale de la santé, Chef du bureau 2C, Formations des profession de santé

### **Ministère de l'enseignement supérieur et de la Recherche**

- Pr P THIBAUT, Cabinet du ministre, Conseiller
- Jean-Marc MONTEIL, Direction générale de l'enseignement supérieur, Directeur général
- Jean DEROY, Direction générale des ressources humaines, Chef du bureau des personnels de santé
- Mme DELOCHE, Direction générale des enseignements supérieurs, Bureau des formations de santé
- Marie-Françoise ZOLER, Direction générale des ressources humaines, Bureau des personnels de santé

### **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**

- Dr JL ROFFI, Dentiste conseil national
- Dr LIMOGE-LANDAIS, Dentiste conseil national
- Mme S LE LAIDIER, Département statistique des professions de santé

### **Haute autorité en santé (HAS)**

- François ROMANEIX, Directeur général
- Mme de SAINT PIERRE, dentiste conseil

### **Observatoire national des professions de santé (ONDPS)**

- Pr BERLAND, Président
- Mme M BURDILLAT, Secrétaire générale

## **Syndicats et Ordre**

- Mr MAHE, Ordre national des chirurgiens dentistes, Président
- Jean-Claude MICHEL, Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), Président
- Mr YVERNOGEOU, Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), Directeur
- Dr P DENOYELLE, Union nationale des jeunes chirurgiens dentistes (UJCD), Secrétaire général
- Mlle E BESNARD, Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire, présidente année 2005/2006
- Mlle M WNEKWICZ, Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire, présidente année 2006/2007

## **Conférences et instances nationales**

- Pr BAUDET-POMEL, Commission nationale pédagogique, Présidente
- Pr PICARD, Conférence des chefs de service odontologie, Président
- Pr B LEFEBVRE, Conférence des chefs de service d'odontologie, Secrétaire général
- Pr C SEVERIN, Conférence des doyens de facultés dentaires, Président
- Mr JP CASTEL, Conférence des Directeurs généraux de CHR, président
- Mr G VINCENT, Fédération Hospitalière de France, délégué général

## **Personnes qualifiées**

- Pr D BOIS, Auteur du rapport sur l'odontologie en 2003

## **II- Déplacements en région**

### **Aquitaine**

- Pr B BEGAUD, Université Bordeaux II, Président
- Mr A HERIAUD, CHR, Directeur général
- Mme C LACHENAYE-LLANAS, CHR, Directrice générale adjointe
- Pr DORIGNAC, CHR, Chef de service d'odontologie
- Pr PELLI, faculté dentaire, Doyen
- Dr MANSEAU, Ordre des chirurgiens dentistes Gironde, Président

### **Auvergne**

- Mr Christian CELDRAN, DRASS Auvergne, Directeur
- Mme Odile RITZ, ARH Auvergne, Directrice adjointe
- Pr Annie VEYNE, Université Clermont 1, Présidente
- Mr Jean-Paul SEGADE, CHR Clermont Ferrand, Directeur général
- Pr Thierry ORLIAGUET, Faculté dentaire, Doyen et chef de service d'odontologie du CHR
- Dr Barris, CRAM Auvergne
- Dr Lecadé, CRAM Auvergne
- Mme ROBERT, URCAM Auvergne

### Champagne-Ardenne

- Gérard MARY, Université, Président
- Mme COUDRIER, CHR, Directrice générale
- Pr P. GILLERY, Président de la CME
- Pr C SEVERIN, Faculté dentaire, Doyen
- Pr B LEFEBVRE, CHR, Chef de service d'odontologie
- Dr HUMBERT, Ordre des chirurgiens dentistes Marne, Président

### Ile-de-France

- Pr EURIN, Université Paris 7, Président
- Dr Vincent HAZEBROUCQ, AP-HP, Direction de l'organisation médicale, Chargé de l'odontologie
- Pr B PICARD, AP-HP, Chef de service d'odontologie Garancière
- Pr J AZERAD, AP-HP, Chef de service d'odontologie Pitié
- Pr L BOY-LEFEVRE, Faculté dentaire, Doyenne
- Mme M ANDREETTI, Faculté dentaire, Adjointe à la doyenne

### Lorraine

- JP. FINANCE, Université Nancy I- Poincaré, Président
- Mr A PERRIN, Agence régionale de l'hospitalisation, Directeur
- Mme E PIQUET, Agence régionale de l'hospitalisation, Chargée de mission
- Mr B PERICARD, CHR, Directeur général
- Pr ARCHIEN, CHR, Chef de service d'odontologie
- Pr Jean-Luc SCHMUTZ, CHR, Président de la CME
- Pr P BRAVETTI, Faculté dentaire, Doyen
- Mr P GUILLOT-CHR Metz-Thionville, -Directeur général
- Dr GERARD, CHR Metz-Thionville, Chef de service d'odontologie
- Pr François GUILLEMIN, CLCC Alexis Vautrin, Directeur

### Pays de Loire

- Yves LECOINTE, Université, Vice-président du conseil d'administration
- Mme SENESCHAL, CHR, Directrice de la plate-forme
- Mr GUSTIN, CHR, Directeur général
- Pr H LEMAREC, CHR, Président de la CME
- Pr O LABOUX, CHR, Chef de service d'odontologie
- Emmanuèle HUBERT, Faculté dentaire, Adjointe administrative de la faculté
- Pr B GIUMELLI, Faculté dentaire, Doyen
- Pr B HAMEL, Faculté dentaire, Vice-doyen
- Dr MARION, Ordre régional des chirurgiens dentistes des Pays de Loire, Président
- Mr L LE NEVE-RICORDEL-URCAM Pays de Loire, Directeur

**Rhône-Alpes**

- M. L COLLET, université Lyon 1, Président
- M B ROUSSET, CHR, Secrétaire général des Hospices civils de Lyon
- Pr MALQUARTI, CHR, Chef de service d'odontologie
- Pr ROBIN, faculté dentaire, Doyen
- Mme DESSAINJEAN, CHR, Directrice administrative du service d'odontologie
- Mme NAVARRO, faculté dentaire, Secrétaire administratif

**Annexe 3 Liste des sigles utilisés**

<b>AHU</b>	assistant hospitalier universitaire
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>CCAM</b>	classification commune des actes médicaux
<b>CECSMO</b>	Certificat d'études complémentaires spéciales mention Orthopédie dento-faciale
<b>CHR</b>	centre hospitalier régional
<b>CHU</b>	centre hospitalier et universitaire
<b>CMU</b>	couverture maladie universelle
<b>CNCS</b>	Conférence nationale des chefs de service des UFR d'odontologie
<b>CNDO</b>	Conférence nationale des doyens des UFR d'odontologie
<b>CNFCO</b>	Centre national de la formation continue odontologique
<b>CNO</b>	Conseil National de l'Ordre des chirurgiens dentistes
<b>CNSD</b>	Confédération nationale des syndicats dentaires
<b>CNU</b>	conseil national des universités
<b>CPNEO</b>	Commission pédagogique nationale des études odontologiques
<b>CSCT</b>	Certificat de synthèse clinique et thérapeutique
<b>CSERD</b>	Centre de soins et d'enseignement et de recherches dentaires
<b>DES</b>	Diplôme d'études spécialisées
<b>DESCB</b>	Diplôme d'études spéciales de chirurgie buccale
<b>DGES</b>	Direction générale de l'enseignement supérieur
<b>DGRH</b>	Direction générale des ressources humaines
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DSS</b>	direction de la sécurité sociale
<b>DU</b>	Diplôme d'université
<b>EHPAD</b>	établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
<b>FPH</b>	fonction publique hospitalière
<b>IATOS</b>	agent technique et ouvrier spécialisé
<b>LMD</b>	licence, mastère, doctorat
<b>MCO</b>	médecine, chirurgie, obstétrique
<b>MCU-PH</b>	maître de conférences-praticien hospitalier
<b>MERRI</b>	mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
<b>MIGAC</b>	mission d'intérêt général et d'accompagnement des contrats
<b>NGAP</b>	nomenclature générale des actes professionnels
<b>ODF</b>	orthopédie dento-faciale
<b>ONDPS</b>	observatoire national des professions de santé
<b>PCEM</b>	Premier cycle des études médicales
<b>PH</b>	praticien hospitalier
<b>PNM</b>	personnel non médical
<b>PU-PH</b>	professeur des universités-praticien hospitalier
<b>SC</b>	soins conservateurs
<b>SPR</b>	prothèses dentaires
<b>SRoS</b>	schéma régional d'organisation des soins
<b>T2A</b>	tarification à l'activité
<b>TO</b>	orthopédie dento-faciale
<b>UFR</b>	unité de formation et de recherche
<b>UJCD</b>	Union des jeunes chirurgiens dentistes

**Annexe 4 Eléments généraux sur l'odontologie et les facultés dentaires en  
France**

La présente annexe vise à présenter de manière synthétique quelques grandes données sur le paysage actuel des facultés dentaires et des structures hospitalières d'odontologie, et à resituer le périmètre de la mission au regard à la fois du paysage universitaire, et au regard du paysage hospitalier.

La mission a centré ses investigations sur les Centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD), qui correspondent, par analogie avec les conventions hospitalo-universitaires qui lient une UFR de médecine à un centre hospitalier régional, à la convention entre une faculté dentaire et un CHR.

Il existe depuis la réforme de 1968/1969, 16 facultés de chirurgie dentaire, elles-mêmes héritage des anciennes écoles dentaires de 1965, et par conséquent 16 CSERD sur le territoire<sup>1</sup>, régis par les dispositions des articles L 6142-17 et R 6142-2 du Code de la Santé publique.

Ces structures dispensent « les enseignements préparatoires au diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire et les enseignements post-universitaires, et qui, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, participent à la recherche dentaire. »

Au-delà de ce périmètre hospitalo-universitaire, il convient de resituer l'odontologie hospitalière dans un environnement plus large.

## **1- Les CSERD représentent une part majoritaire de l'activité hospitalière en odontologie.**

Du point de vue hospitalier, l'odontologie n'est pas exclusivement pratiquée dans les services intégrés dans les CSERD. Il existe également des services d'odontologie dans des établissements de santé (CHR, CH, CHS). Toutefois, l'activité et les effectifs de ces structures apparaissent plus marginaux comparativement aux structures intégrées dans les CSERD.

Ainsi, l'activité exprimée en lettres clef correspondantes (SC, SPR et TO<sup>2</sup>) des CSERD représente une part très majoritaire de l'activité d'odontologie en milieu hospitalier, comme le montre le tableau ci-après.

---

<sup>1</sup> Les 16 CSERD sont les suivants : Aix-Marseille, Brest, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris V, Paris VII, Reims, Rennes, Strasbourg, Toulouse.

<sup>2</sup> Les cotations pratiquées par les odontologistes sont les suivantes au sein de la nomenclature générale des actes professionnels : SC, soins conservateurs, SPR, prothèses dentaires, TO, orthopédie dento-faciale, DC, actes d'extraction, D, autres actes techniques, C, consultations, et Z radiologie dentaire.

**Tableau 1 : Activité cotée en lettres clef odontologie dans les EPS métropole**

Données 2004	Actes en SC	Actes en SPR	Actes en TO
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	2 141 109	2 248 062	1 042 190
S/Total CSERD	1 527 594	1 812 122	866 724
<b>Part relative CSERD/total</b>	<b>71%</b>	<b>81%</b>	<b>83%</b>

Source : FICH-Sup 2004.

Le même type de données peut également être établi s'agissant des odontologistes intervenant en CSERD ou en services d'odontologie dans des établissements de santé non conventionnés avec une faculté dentaire. En effet, la part des effectifs d'odontologistes exerçant en CHU par rapport au total de ceux intervenant en établissements de santé public (CHR hors CSERD, CH, CHS) est de 77%, que l'on raisonne sur la base des effectifs réels ou des équivalents temps plein<sup>3</sup>.

La répartition des effectifs d'odontologistes est la suivante selon la catégorie d'établissements de santé est la suivante. Il arrive que certains des personnels odontologistes soient rattachés à des services d'odontologie (c'est le cas au moins dans 2 cas, Metz et Dijon) ; dans d'autres cas, ces personnels sont rattachés à des services de stomatologie ou d'ORL.

**Tableau 2 : Répartition du personnel médical en odontologie dans les établissements de santé**

Personnel médical dans les établissements de santé publics (hors services de santé des armées) et privés au 31 décembre France entière, par typologie et spécialité  
SAE 2004 - données administratives

Année	typologie	Code spécialité	Nb d'ets	Effectif temps plein	Salariés		ETP des salariés	Effectif des Libéraux	
					Effectif temps partiel	Effectif total		exclusifs	non exclusifs
2004	01-CHU	M2020	25	101	531	632	194,46		0
2004	02-CH-CHR	M2020	147	66	354	420	173,43		0
2004	04-CHS	M2020	7	1	7	8	2,35		
2004	06-CLCC	M2020	3	11	13	24	14,90	1	2
2004	08-autres priv	M2020	19	0	27	27	6,15	3	5
2004	09-autres priv	M2020	29		4	4	1,54	14	45
2004	10-privés lucr	M2020	452	0	0	0	0,00	373	637

La mission a toutefois été amenée à visiter un site doté d'un service d'odontologie en dehors des CSERD, à savoir le service du Docteur Gérard au CHR de Metz, qui présente la particularité d'avoir néanmoins une convention avec la faculté dentaire pour l'accueil d'étudiants de 6<sup>ème</sup> année et d'internes. Il participe en outre à la recherche clinique sur l'intervention sur certains patients (personnes handicapées). Cette organisation et les liens étroits développés avec la faculté ont semblé particulièrement intéressants à la mission, tout en répondant à des besoins de santé de la population.

Il existe d'autres situations similaires à celle-ci, notamment le service d'odontologie du CHR de Dijon, ou celui de Nîmes.

<sup>3</sup> Les données utilisées sont issues de la SAE 2004 (source DREES).

## 2- D'autres professionnels de santé interviennent dans des champs voisins à l'hôpital

Les actes en lettres clef SC, SPR, TO peuvent également être effectués par des stomatologues, spécialistes médicaux. Dans les établissements de santé, il existe encore des postes de stomatologues, même si ceux-ci ont connu une très forte diminution au cours des dernières années.

Les données extraites de FICH-Sup permettent effectivement de constater qu'en 2004 certains actes cotés en lettres-clef des odontologues l'ont été par des stomatologues comme le montre le tableau suivant. Les montants sont toutefois très faibles comparativement à l'activité des odontologues.

**Tableau 3 : Activité odontologie cotée par des stomatologues**

Données 2004	Actes en SC	Actes en SPR	Actes en TO
Actes réalisés/ stomatologues	98 831	271 110	387 676

Source : FICH-Sup 2004.

Enfin, il faut évoquer les spécialistes de chirurgie maxillo-faciale, qui interviennent dans des domaines connexes à l'odontologie, mais dont l'orientation actuelle est plutôt la chirurgie reconstructrice.

## 3- Les textes régissant les CSERD sont assez anciens et n'ont pas été réactualisés récemment

La mission a cherché à recenser les textes applicables en matière d'odontologie hospitalière et de fonctionnement des centres de soins dentaires, et des CSERD (convention entre la faculté dentaire et le CHR).

L'odontologie en général n'a été réellement intégrée au sein des activités pratiquées par les établissements de santé qu'à partir de la loi hospitalière de juillet 1991.

Plusieurs éléments se dégagent de cette analyse :

- une sédimentation de textes parfois anciens, non actualisés en fonction des évolutions réglementaires sur les établissements de santé ;
- des dispositions portant sur les statuts des personnels médicaux intervenant dans ces structures parfois disjointes de celles relatives aux personnels médicaux (cf. sur ce point les éléments d'analyse sur les statuts) ; actuellement le texte spécifique relatif à l'odontologie hospitalière est le décret du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des CHU
- une omission de l'odontologie dans des textes qui concerneraient pourtant cette discipline, comme c'est le cas par exemple en matière de participation à l'activité de programmation des blocs opératoires (article D 6124-93 qui mentionne les médecins mais non les odontologues) ou en matière de prescription de dispositifs médicaux, aujourd'hui non permise par l'article L 4141-2 du CSP<sup>4</sup> ;

---

<sup>4</sup> Cette question va être réglée, suite à un amendement du Sénat au PLFSS 2007 (article 34 Quater).

- une absence de vision d'ensemble des problématiques hospitalo-universitaires qui font de l'odontologie une discipline à part ; ceci est particulièrement vrai s'agissant des liens entre l'université et l'hôpital. En effet, les dernières modifications intervenues dans la loi du 17 janvier 2002 ont contribué à mieux intégrer la pharmacie dans les CH et U, sans toutefois prendre en compte l'odontologie, qui reste traitée de manière distincte à travers notamment les dispositions L 6142-7 du CSP (reprise du Code de l'éducation), L 6142-17 et R6142-2 du CSP.

Les textes les plus anciens encore en vigueur aujourd'hui sont ceux de 1965 ( décret du 22 septembre 1965 sur le régime financier et le fonctionnement des CSERD, texte qui aurait néanmoins été abrogé par le décret du 20 juillet 2005) et de 1973 ( arrêté du 27 août 1973 relatif à la tarification des actes effectués dans les CSERD). Ces textes se révèlent inadaptés compte tenu des modifications intervenues en matière de financement des établissements de santé, ou de création des ARH (fixation des tarifs HN prévue par le préfet de département ). Ces textes sont complétés par des circulaires de 1973, 1978, 1994 portant à la fois sur le fonctionnement des CSERD, l'activité des personnels médicaux. L'ensemble de ces textes mérite à l'évidence d'être actualisés, et conduire à une abrogation corrélative des plus anciens d'entre eux.

Les textes les plus récents, notamment ceux relatifs à la gouvernance ont toutefois veillé à intégrer l'odontologie au même titre que les autres disciplines.

Il serait souhaitable qu'un toilettage d'ensemble des textes en vigueur et non explicitement abrogés soit effectué dans une triple logique :

- veiller à prendre en compte l'odontologie au même titre que d'autres disciplines hospitalières, afin d'éviter notamment des omissions ;
- s'inscrire dans une logique de « banalisation » de la discipline d'odontologie, dans un mouvement similaire à celui qui s'est progressivement déployé s'agissant de la pharmacie hospitalière ;
- permettre que les activités d'odontologie déployées dans des services autres que ceux couverts par les conventions CSERD, notamment dans des centres hospitaliers ou des CHR, puissent disposer d'une base juridique pour l'exercice de leur activité.

#### **4- Les grandes données sur les CSERD en France et le nombre d'étudiants en odontologie**

Il existe 16 CSERD en France.

Sur la base des dernières données relatives à la rentrée universitaire 2004-2005<sup>5</sup>, le numerus clausus applicable à cette profession de santé s'établit à 977, se répartissant ainsi entre les facultés dentaires.

---

<sup>5</sup> Le dernier arrêté publié au Journal Officiel fixant le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études en odontologie à la suite des épreuves de 1<sup>ère</sup> année de PCEM est celui relatif à l'année universitaire 2004/2005, en date du 20 janvier 2005 et publié au JO du 28 janvier 2005.

**Tableau 4 : répartition du numerus clausus entre les facultés dentaires en 2004/2005**

<b>année 2004/2005</b>	<b>numerus clausus</b>
<b>Bordeaux</b>	85
<b>Brest</b>	19
<b>Clermont-Ferrand</b>	53
<b>Lille</b>	70
<b>Lyon</b>	76
<b>Marseille</b>	67
<b>Montpellier</b>	54
<b>Nancy</b>	56
<b>Nantes</b>	61
<b>Nice</b>	32
<b>Reims</b>	56
<b>Rennes</b>	52
<b>Strasbourg</b>	57
<b>Toulouse</b>	65
<b>Paris V</b>	97
<b>Paris VII</b>	77
<b>Total</b>	<b>977</b>

*Source : arrêté du 20 janvier 2005 ; à noter que Bordeaux intègre 15 au titre des DOM/TOM et Marseille 1 au titre de la Corse.*

Le numerus clausus de la profession des odontologistes a connu les évolutions suivantes sur longue période :

- une décroissance régulière entre les années 1973 et 1992, avec un NC passé de 1938 à 800 ;
- une période de stabilité à 800 entre 1992 et 2002 ;
- une reprise de la croissance du numerus clausus à partir de 2003, celui-ci étant passé à 850 pour l'année universitaire 2002/2003, puis à 930 en 2003, et 980 depuis 2004.

Le nombre d'étudiants accueillis dans les facultés a fluctué en fonction de ces tendances, mais également en raison de la création de la 6<sup>ème</sup> année intervenue par arrêté de 1995, mais dont les effets n'ont été réellement perçus par les facultés qu'à partir de 2000/2001.

**Annexe 5 Organisation générale du cycle des études dentaires**

## 1- LES PRINCIPALES PRECONISATIONS DE LA MAQUETTE NATIONALE

<p><b>P2</b> 2<sup>ème</sup> année et <b>D1</b> 3<sup>ème</sup> année</p>	<p>Enseignements théoriques, dirigés et pratiques : 1000 H à 1100 H ( dont langues 120 H)</p> <p>800 H &lt; enseignement pratique &lt; 900 H</p>	<p>Stage infirmier 4 semaines stage d'initiation aux foncti. odontologiques 100 maximum</p>
<p><b>D2</b> 4<sup>ème</sup> année et <b>D3</b> 5<sup>ème</sup> année</p>	<p>2000 H &lt; volume global d'enseignement &lt; 2200H</p> <p>50 % pour l'enseignement clinique</p>	<p>Stage hospitalier hors Odonto. Au moins 100H Stage passif chez un chirurgien dentiste 25 ½ journées (1)</p>
<p><b>T1</b> Cycle court</p>	<p>Volume horaire &gt; 850 H Au moins 450 H de Clinique Les étudiants doivent participer à des actions de prévention( au maximum 100 H)</p>	<p>Stage hospitalier hors odonto au max. 100 H Stage actif chez un chirurgie dentiste Au moins 200 H (1)</p>

(1) le stage passif est remplacé à partir de l'année universitaire 2006/2007 par un stage actif en T1 cycle court.

## 2 – UN EXEMPLE DE MAQUETTE

Année d'études	ENSEIGNEMENTS THEORIQUES ET DIRIGES		STAGES
P2 2 <sup>ème</sup> année	<b>Enseignement théoriques, dirigés et pratiques : 800 H</b> <b>Enseignement complémentaire : 80 H</b>		Stage infirmier 4 semaines stage initiation odontologie 36 H
D1 3 <sup>ème</sup> année	<b>Enseignement théoriques, dirigés et pratiques : 680 H</b> <b>Enseignement complémentaire : 80 H</b> <b>Anglais : 60 H</b>		Stage initiation Clinique En service odontologique 72 H
D2 4 <sup>ème</sup> année	<b>Enseignement théoriques, dirigés et pratiques : 480 H</b> <b>Enseignement complémentaire : 80</b>		Enseignement Clinique 450 H stage hospitalier hors odonto 120 H
D3 5 <sup>ème</sup> année	<b>Enseignement théoriques, dirigés et pratiques : 315 H</b> <b>Enseignement complémentaire : 80 H</b>		Enseignement Clinique 450 H Stage passif chez un chir. Dentiste 25 ½ journées
T1 6 <sup>ème</sup> année	<b>Cycle court</b> <b>approche globale du patient</b> <b>Théorique 150 H</b> <b>Clinique 450 H</b> <b>Stage hors odonto 100H</b>	<b>Cycle long 3 ans</b> <b>INTERNAT (non qualifiant)</b> <b>concours</b>	

**Annexe 6 Les principales données sur la formation dans les sites visités**

## 1 – Organisation de l'enseignement

Les données du tableau suivant ne prennent pas en compte les heures effectués en stage.

Universités	P2	D1	D2	D3	T1	TOTAL
<b>CLERMONT</b>						
<b>NB ETUDIANTS</b>	53	63	40	48	35	239
<b>H ENSEIG THEOR</b>	613	607	373	249	204	2 046
<b>H ENSEIG PRAT</b>	164	266	246	30	36	742
<b>H CLINIQUE</b>	0	0	392	846	337	1 575
<b>HEURES TOTALES</b>	777	873	1 011	1 125	577	4 363
<b>Besoins Heures Faut</b>	0	0	15 680	40 608	11 795	68 083
<b>BORDEAUX</b>						
<b>NB ETUDIANTS</b>	90	87	64	59	55	355
<b>H ENSEIG THEOR</b>	541	556	389	428	163	2 077
<b>H ENSEIG PRAT</b>	372	292	144	39	18	865
<b>H CLINIQUE</b>	0	100	400	400	400	1 300
<b>HEURES TOTALES</b>	913	948	933	867	581	4 242
<b>Besoins Heures Faut</b>	0	8 700	25 600	23 600	22 000	79 900
<b>NANTES</b>						
<b>NB ETUDIANTS</b>	73	56	60	50	53	292
<b>H ENSEIG THEOR</b>	337	312	264	172	181	1 266
<b>H ENSEIG PRAT</b>	352	392	101	33	11	889
<b>H CLINIQUE</b>	0	135	630	690	420	1 875
<b>HEURES TOTALES</b>	689	839	995	895	612	4 030
<b>Besoins Heures Faut</b>	0	7 560	37 800	34 500	22 260	102 120
<b>LYON</b>						
<b>NB ETUDIANTS</b>	84	83	68	65	62	362
<b>H ENSEIG THEOR</b>	560	556	433	363	141	2 053
<b>H ENSEIG PRAT</b>	308	271	59	78	0	716
<b>H CLINIQUE</b>	0	0	500	729	540	1 769
<b>HEURES TOTALES</b>	868	827	992	1 170	681	4 538
<b>Besoins Heures Faut</b>	0	0	34 000	47 385	33 480	114 865
<b>NANCY</b>						
<b>NB ETUDIANTS</b>	67	56	62	43	39	267
<b>H ENSEIG THEOR</b>	332	260	271	251	153	1267
<b>H ENSEIG PRAT</b>	350	336	6	18	15	725
<b>H CLINIQUE</b>	0	0	682	836	822	2340
<b>HEURES TOTALES</b>	682	596	959	1105	990	4332
<b>Besoins Heures Faut</b>	0	0	42 284	35 948	32 058	110 290
<b>PARIS VII</b>						
<b>NB ETUDIANTS</b>	81	95	82	73	73	404
<b>H ENSEIG THEOR</b>	540	500	415	395	116	1 966
<b>H ENSEIG PRAT</b>	336	332	93	6	12	779
<b>H CLINIQUE</b>	0	0	552	690	414	1 656
<b>HEURES TOTALES</b>	876	832	1 060	1 091	542	4 401
<b>Besoins Heures Faut</b>	0	0	45 264	50 370	30 222	125 856

## 2 – Les résultats des étudiants

Taux de réussite	P2	D1	D2	D3	T1
<b>BORDEAUX</b>	88%	91%	100%	95%	100%
<b>NANTES</b>	84%	92%	91%	96%	100%
<b>LYON</b>	94%	93%	93%	94%	98%
<b>NANCY</b>	85%	95%	97%	98%	100%
<b>PARIS VII</b>	94%	75%	90%	97%	100%

## 3 – Equipements et salles de travaux pratiques

Universités	Salles de travaux pratiques	simulateurs
<b>CLERMONT-FER.</b>	1 salle TP 60 - 1 salle simulateurs 60	60 simulateurs
<b>BORDEAUX</b>	1 salle TP 36 - 1 salle TP 24 CESCIMO 2 salles prothèse 36 et 40	70 simulateurs
<b>NANTES</b>	3 salle TP 20, 30 et 40 - 1 salle prothèse	50 simulateurs
<b>LYON</b>	1 salle TP 36 - 2 salles prothèse 38 et 80 - 1 salle OC 45	36 simulateurs
<b>NANCY</b>	2 salles TP 60	60 simulateurs
<b>PARIS VII</b>	2 salles TP 40 - 1 salle simulateurs 25	25 simulateurs

## 4 – Enseignement clinique : besoin et capacité en heures fauteuils

	Nombre de fauteuils total	nombre fauteuils étudiants	Durée d'activité en semaines/ an	Nombre heures / semaine	Capacité heures annuelles	Besoin heures fauteuil/	Capacité heures hyp basse	saturation des équipements hyp haute	saturation des équipements hyp basse
<b>CLERMONT</b>	47	44	47	35	77 315	68 083	72 380	88%	94%
<b>BORDEAUX</b>	40	32	47	35	65 800	79 900	52 640	121%	152%
<b>NANTES</b>	64	64	47	35	105 280	102 120	105 280	97%	97%
<b>LYON</b>	89	84	51	35	158 865	114 865	149 940	72%	77%
<b>NANCY</b>	56	53	50	35	98 000	110 290	92 750	113%	119%
<b>PARIS VII</b>	99	92	0	0	161 070	125 856	149 310	78%	84%

## 5 - L'encadrement des étudiants en cours théoriques et travaux pratiques

Pour l'enseignement pratique, le besoin d'encadrement tient compte du nombre d'enseignant par séances de TP et du nombre de groupes.

	Heures enseignement théorique	Heures enseignement pratique	Heures à encadrer	Nombre enseignants	Heures par enseignant
<b>CLERMONT-FER.</b>	2 046	2 226	4 272	43	99
<b>BORDEAUX</b>	2 077	2 595	4 672	63	74
<b>NANTES</b>	1 266	2 136	3 402	49	69
<b>LYON</b>	2 053	2 862	4 915	68	72
<b>NANCY</b>	1 267	4 855	6 122	44	139
<b>PARIS VII</b>	1 966	3 116	5 082	138	37

Au-delà de cette charge d'enseignement, les enseignants prennent en charge sur le temps universitaire les suivis de stage. De plus, le développement de modules complémentaires plus ou moins nombreux alourdit le besoin d'encadrement.

## 6 – L'encadrement des étudiants en clinique

L'effectif enseignant est pondéré en fonction du nombre de vacances effectuées par chaque type d'enseignants et est exprimé en équivalents temps plein.

	Personnel médical encadrant en clinique	Ratio étudiant/enseignant
<b>CLERMONT</b>	13,4	13,9
<b>BORDEAUX</b>	16,4	16,2
<b>NANTES</b>	13,9	15,8
<b>LYON</b>	31,25	8,9
<b>NANCY</b>	13,1	13,1
<b>PARIS VII</b>	31,2	10,4

## 7 – Effectifs hors cycle P2 – D1

Les facultés accueillent d'autres étudiants que ceux du cycle P2 –D1. A titre d'exemple, nous donnons ces effectifs pour 5 facultés.

Autres étudiants	BORDEAUX	NANTES	LYON	NANCY	PARIS VII
AEA	7	8	10	6	10
CECSMO	31	27	16	4	31
DESCB			8	11	13
CES	134	74	103	53	288
DU	55	146	99	73	40

## 8 – Coûts de formation de la formation initiale

	NB étudiants	Dépenses de Formation initiale	Amortis.	Dépenses pédagogiques	Dépenses pédagogiques par étudiant	Logistique pilotage	Imputation FI log pilot	Dépenses FI coût de structures inclus	Dépenses totales par étudiant
<b>CLERMONT</b>	239	223 700	12 000	235 700	986 €	175 880	87 556	323 256	1 353 €
<b>BORDEAUX</b>	355	180 935		180 935	510 €	153 702	153 702	334 637	943 €
<b>NANTES</b>	292	290 877		290 877	996 €	154 546	84 419	375 296	1 285 €
<b>LYON</b>	362	96 748		96 748	267 €	41 413	30 593	127 341	352 €
<b>NANCY</b>	267	131 407	15 513	146 920	550 €	131 844	74 625	221 545	830 €
<b>PARIS VII</b>	404	245 000		245 000	606 €	394 293	282 177	527 177	1 305 €
<b>REIMS</b>	257	142 038		142 038	553 €	45 820	45 820	187 858	731 €

Les dépenses de logistique et d'administration générale de la composante ont été imputées en fonction du prorata que les dépenses de formation initiale représentent dans l'ensemble du budget de la composante.

## 9 – Les ressources propres en formation continue et taxe d'apprentissage

	Recettes formation continue	Taxe apprentissage
<b>CLERMONT</b>	68 776	6 252
<b>BORDEAUX</b>		7 956
<b>NANTES</b>	166 000	8 000
<b>LYON</b>		35 000
<b>NANCY</b>	111 307	10 649
<b>PARIS VII</b>	120 035	
<b>REIMS</b>		4 734

**Annexe 7 Structure des équipements hospitaliers et capacités en fauteuils  
des services hospitaliers.**

Les centres de soins dentaires des 7 régions visitées comportent des différences quant à l'équipement des fauteuils, leur configuration géographique et leurs lieux d'implantation.

La présente annexe restitue l'information qualitative et quantitative relative à chacun des centres de soins visités.

Il convient au préalable d'indiquer que les données mises en forme par la mission l'ont été à partir de données non nécessairement homogènes entre les sites, et que des biais d'analyse peuvent en résulter.

### **1- Les données quantitatives sur les équipements hospitaliers comportent des biais dans la comparaison compte tenu de la diversité des modes de fonctionnement des sites**

La mission a reconstitué avec le plus de précision possible, à partir des documents fournis par les établissements, les éléments relatifs aux équipements des centres de soins dentaires. Toutefois, la confrontation des diverses sources ainsi que la diversité des modes de fonctionnement rendent difficile la comparaison.

Le tableau qui suit récapitule les équipements en opérant une décomposition selon les rubriques suivantes :

- les fauteuils liés à l'activité dans les UCSA ont systématiquement été exclus, dans la mesure où ils sont physiquement installés dans des locaux pénitentiaires, et que par ailleurs seuls des praticiens hospitaliers assurent cette activité, et jamais des étudiants en formation ; ils ne constituent donc pas des équipements qui peuvent être intégrés dans l'analyse du potentiel de formation pour les étudiants<sup>1</sup>;
- les fauteuils liés à l'urgence n'ont été indiqués que lorsqu'ils étaient installés au sein du CHR lui même, sachant que leur mode de fonctionnement est assez variable selon les sites. Ainsi à Reims ou Nancy, il s'agit de fauteuils qui ne fonctionnent qu'en dehors des heures d'ouvertures du centre de soins dentaire (dans le local du SAU pour Reims, à proximité du service de maxillo-faciale pour Nancy), alors que dans des sites tel que Lyon, ou Paris-Garancière, il s'agit de fauteuils fonctionnant la journée pour des urgences sans rendez-vous. Ces différences ont aussi des conséquences sur le potentiel de formation des étudiants, puisque dans le 2<sup>ème</sup> cas, ces équipements fonctionnent avec des étudiants de T1 en grande majorité. Dans des cas comme Bordeaux, les fauteuils d'urgence sont installés à l'hôpital d'instruction des Armées et fonctionnent la journée (matin et après-midi) en accueillant des étudiants de T1 (dans ce cas précis, ils n'ont pas été comptabilisés pour autant) ;
- les fauteuils réservés aux praticiens sont indiqués chaque fois qu'une telle identification est faite ;
- les salles blanches correspondent aux fauteuils permettant de réaliser des activités odontologiques dans un environnement d'asepsie renforcé. En pratique, ces salles sont en réalité réservées à une activité de référence effectuée par des praticiens ou des internes ; il convient également de les déflater du potentiel de formation initiale.

---

<sup>1</sup> De manière plus générale, la mission n'a pas étudié en tant que telle la question de la délivrance des soins dentaires aux détenus dans le cadre des UCSA.

La mission a donc déterminé, à partir de ces différentes données, le potentiel de fauteuils pour les étudiants en déflatant du total de fauteuils ceux qui sont exclusivement réservés aux praticiens. Il en résulte probablement quelques biais au regard de la prise en compte des fauteuils d'urgence pour certains sites, compte tenu de la diversité des pratiques.

**Tableau 1 : Equipements en fauteuils des CSERD.**

	Nombre de fauteuils total	dt Fauteuils urgences	dt Fauteuils réservés praticiens	dt Salles blanches	Fauteuils dédiés étudiants/(1)-(3)-(4)	Fauteuils hors urgence
<b>Bordeaux</b>	40	0	8	0	32	40
<b>Clermont-Ferrand</b>	47	3	7	1	39	44
<b>Lyon</b>	89	5	0	0	89	84
<b>Nancy</b>	56	3	3	0	53	53
<b>Nantes</b>	64	0	12	2	50	64
<b>Reims</b>	68	1	9	4	55	67
<b>Paris VII-Garancière</b>	78	4	3	0	75	74
<b>Paris VII-Pitié</b>	21	3	0	3	18	18
<b>Total Paris VII</b>	99	7	3	3	93	92

*Source : Données mises en forme par la mission à partir des déclarations des CHR*

## **2- Les modalités de fonctionnement et d'implantation des centres de soins sont variables**

A l'issue des visites de l'ensemble des 7 sites concernés, il en ressort un paysage assez divers et contrasté, selon les paramètres et indicateurs utilisables :

- modalités d'implantation dans les sites hospitaliers et structure des locaux;
- activité réalisée ;
- modalités d'organisation de la formation clinique des étudiants
- amplitude de fonctionnement ;
- modalités d'organisation pour les urgences et la continuité des soins.

Le tableau suivant résume de manière synthétique les grandes caractéristiques de chacun des sites, des tableaux ultérieurs complétant cette information générale sur d'autres points.

	Part patients CMU	Régulation activité	Organisation stérilisation	Structure locaux	Formation clinique des étudiants	Evolution nombre fauteuils
Bordeaux	30%	non	stérilisation sur chaque site hospitalier semi-centralisée	CS réparti sur 3 sites hospitaliers en fonction de l'installation multi-polaire du CHU	Fonctionnement obligatoirement en binôme depuis 2003, et risque de passage en trinôme à partir de 2007? Binômes de la même année d'étude	Projet d'augmentation du nombre de fauteuils dans le cadre du projet d'établissement du CHR avec doublement de 40 à 80 des fauteuils
Clermont-Ferrand		non	stérilisation propre au service avec récupération sur 2 étages d'activité	intégration CS/faculté dentaire, sur 2 niveaux: activité clinique; proximité activité hospitalière	Binômes mis en place entre étudiants d'année différente (rôle d'assistant dentaire pour les P2 et D1 auprès des D2, D3 et T1).	Projet d'augmentation du nombre de fauteuils dans le cadre du nouvel hôpital Estaing avec augmentation de
Lyon	50%	non	stérilisation propre avec récupération sur 3 étages d'activité	2 sites hospitaliers: unité urgence dentaire, centre de soins distinct faculté; CS non intégré activités hospitalières sur 5 niveaux	Chaque étudiant intervient seul au fauteuil; un système de tutorat existe entre les T1 et D2; un T1 "aide" 4/5 D2 au début de l'année scolaire	Récente augmentation dans le cadre de l'ouverture d'une unité de consultation d'urgence à Hôtel Dieu avec 4 fauteuils supplémentaires
Nancy	nc	non	Pour Heydenreich, stérilisation sur site hôpital central et autres unités Brabois sur ce site	5 sites activité	Travail en binôme pour les D2 et D3 de même année et travail seul pour T1.	projet de restructuration site principal à horizon 2007/2008 mais avec réduction de 2 fauteuils; incertitude sur L7/ projet déménagement faculté dentaire
Nantes	50%	oui, depuis 2005	centrale, avec récupération sur 2 étages d'activité	intégration complète faculté+ hôpital sur 3 niveaux, avec 8 secteurs d'activité +/- spécialisés	Travail en binôme D1/T1 (rôle d'assistant du D1) et D2/D3. Rôle d'assistant de celui qui opère.	
Reims	30%	non	centrale depuis 2003, avec récupération et pré-conditionnement sur 3 lieux du service	intégration du CS dans hôpital et assez proche faculté dentaire; locaux exigus (vestiaires notamment) et installation sur 2 niveaux	Binôme de même année pour D2 et D3, travail seul pour T1 (à partir de 2001).	
Paris VII-Garancière	nd	non, mais délai attente élevé à Garancière (6 mois)	stérilisation propre	1 site commun universitaire et soins dans locaux exigus, et sur plusieurs niveaux	Chaque étudiant intervient seul au fauteuil.	Perspective de déménagement sur Hôpital Rothschild à l'horizon 2009 avec diminution prévue de 23 fauteuils (de 78 à 55)
Paris VII-Pitié	PASS avec recrutement élevé de personnes démunies	non	stérilisation centrale à Pitié	site à proximité d'un service stomatologie sur 2 niveaux	Intervention de l'étudiant seul au fauteuil	perspective d'augmentation fauteuils en fonction des redéploiements possibles à partir du service de stomatologie

### a) La continuité des soins et l'organisation des urgences.

Les sites visités n'assurent pas tous de la même manière les urgences dentaires, et surtout ne garantissent pas tous une permanence 24H/24 même sous forme d'astreinte.

**Tableau 2 : Modalités d'organisation de la permanence des soins dentaires**

	Modalités de permanence nuit, JF et Wend
Bordeaux	permanence hôpital armées, journée, week-end, JF et nuits
Clermont-Ferrand	permanence Vend soir au lundi matin 8H et JF, pas les nuits de semaine
Lyon	Urgences Hôtel Dieu la journée L à V et Sam matin sur 5 fauteuils
Nancy	fauteuils urgence dans service maxillo-facial/Krug non assurée par odonto le samedi et dimanche matin
Nantes	pas d'accueil des urgences W-end à partir du samedi midi et JF, prise en charge/ stomato à défaut
Reims	fauteuil au SAU pour urgences nuit, wend et JF
Paris VII-Garancière	pas de permanence accueil urgences en dehors jours ouverture
Paris VII-Pitié	permanence Pitié tlj, 24h/24

Source : Données rassemblées par la mission à partir des informations recueillies

### b) L'activité des services de soins dentaires

**Tableau 3 : Nombre de venues et de coefficients par fauteuil**

Données 2005	Nombre de fauteuils	Total Coefficients/ Fauteuil	Nombre de venues/fauteuil
Bordeaux	40	264 261	1 172
Clermont-Ferrand	47	241 530	603
Lyon	89	551 543	1 326
Nancy	56	266 323	643

Nantes	64	320 539	781
Reims	68	346 026	1 176
Paris VII-Garancière	78	389 463	572
Paris VII-Pitié	21	199 557	1 725
	Moyenne	322 405	1 000

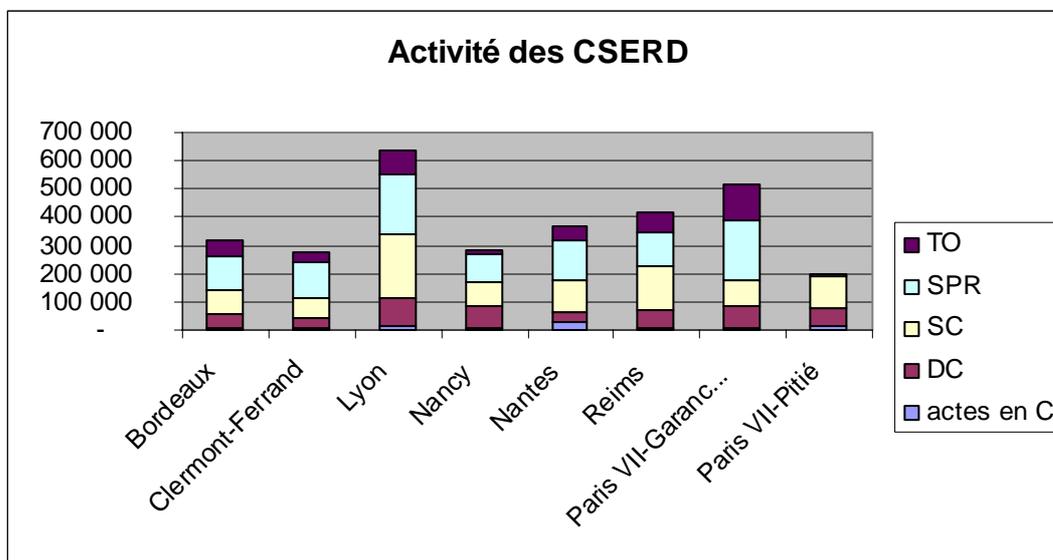
L'analyse de l'activité des centres de soins dentaires peut être faite à partir des cotations NGAP réalisées par ces centres. Les chiffres indiqués dans les tableaux qui suivent sont ceux fournis par les CHR dans le cadre de la présente enquête. Des rapprochements avec les fichiers déclaratifs des établissements sur leur activité dans le cadre de leur financement, les fichiers FICH-Sup, montrent toutefois d'importants biais, et une impossibilité à ce stade de recouper pleinement les diverses sources. La mission a donc utilisé les données issues de l'enquête menée entre septembre et novembre.

Le graphique et le tableau présentent par lettre clef les données d'activité. Outre les disparités liées à la taille des services et leur capacité de production, on relève des profils d'activité contrastés sur certains segments d'activité tels que l'orthodontie, ou les consultations.

Le cas de Nantes qui a un niveau élevé d'actes en C est lié à leur mode de fonctionnement consistant à orienter les patients après une première consultation.

Les données en question ne portent que sur les actes cotés en NGAP, ce qui exclut les actes hors nomenclature.

Il n'existe pas aujourd'hui d'analyse qualitative, à partir de la future CCAM applicable au champ de l'odontologie, qui permettrait de mieux apprécier la nature des actes pratiqués.



**Tableau 4 : Données d'activité des CSERD en 2005**

données 2005	Venues	actes en C	DC	SC	SPR	TO	Z
<b>Bordeaux</b>	46 894	7 352	51 797	84 093	119 638	55 225	29 700
<b>Clermont-Ferrand</b>	28 320	6 534	32 993	76 767	124 472	35 912	17 242
<b>Lyon</b>	118 000	12 401	97 336	232 594	208 219	88 345	ND
<b>Nancy</b>	35 989	8 086	77 894	87 005	92 989	19 530	32 784
<b>Nantes</b>	50 000	25 249	40 386	112 796	141 319	50 495	120 003
<b>Reims</b>	80 000	7 839	60 701	156 716	119 696	73 035	91 213
<b>Paris VII-Garancière</b>	44 598	6 787	76 998	89 537	214 523	126 221	99 103
<b>Paris VII-Pitié</b>	36 219	14 939	61 189	116 861	6 568	-	377 228

Source : données rassemblées par la mission à partir des déclarations des CHR.

Pour disposer d'une vision d'ensemble de la production des services, il convient alors de raisonner sur des bases monétaires, qui permettent d'obtenir l'ensemble des facturations nomenclature, dépassements à la nomenclature (notamment pour les prothèses) et actes hors nomenclature.

**Tableau 5 : recettes des services d'odontologie**

en K.€ année 2005	Recettes HN	Recettes totales HN+ N
<b>Bordeaux</b>	561,5	1475,5
<b>Clermont-Ferrand</b>	860,8	1647,6
<b>Lyon</b>	833,3	3203,4
<b>Nancy</b>	613	1448,6
<b>Nantes</b>	886,3	2386,2
<b>Reims</b>	575	1698,8
<b>Paris VII</b>	537,7	2786

Source : Données transmises par les CHR

### c) Les moyens en personnel des services d'odontologie

La situation en termes d'encadrement en personnel tant médical que non médical est assez contrastée.

En ce qui concerne le personnel médical, celui-ci se caractérise par une forte proportion de personnels à temps partiels, essentiellement des MCU-PH à temps partiel, comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau 6 : structure du personnel médical des services d'odontologie.**

	Nombre PM/ en effectif réel	Total T plein	Total T partiel	Part Tplein/ total
<b>Bordeaux</b>	60	13	47	22%
<b>Clermont- Ferrand</b>	45	12	30	27%
<b>Lyon</b>	137	16	53	12%
<b>Nancy</b>	47	9	33	19%
<b>Nantes</b>	49	13	31	27%
<b>Reims</b>	45	15	29	33%
<b>Paris VII</b>	95	24	70	25%
<b>Pitié</b>	14	3	11	21%
			<b>Moyenne</b>	<b>23%</b>

Des données plus globales portant sur l'ensemble des CSERD mettent en lumière les écarts en termes de taux d'encadrement des étudiants, la moyenne se situant à 1,27 enseignant par étudiant, mais avec des écarts allant de 0,74 à 1,79.

**Tableau 7 : Situation générale des CSERD en termes de fauteils, enseignants rapportés au numerus clausus.**

	Numerus clausus 2005	Evolution Numerus clausus 2005/2002 (en %)	Personnel HU titulaire	AHU	Total personnel médical	Nombre de fauteils	Ratio étudiants/fa uteuil	Ratio enseignant/ étudiant
<b>Bordeaux</b>	85	19	38	25	63	40	2,13	0,74
<b>Brest</b>	19	58	12	11	23	26	0,73	1,21
<b>Clermont-Ferrand</b>	53	26	26	17	43	57	0,93	0,81
<b>Lille</b>	70	21	33	27	60	57	1,23	0,86
<b>Lyon</b>	76	17	40	28	68	100	0,76	0,89
<b>Marseille</b>	66	22	43	33	76	102	0,65	1,15
<b>Montpellier</b>	54	20	32	29	61	60	0,90	1,13
<b>Nancy</b>	56	22	23	21	44	46	1,22	0,79
<b>Nantes</b>	61	22	29	20	49	64	0,95	0,80
<b>Nice</b>	32	23	20	18	38	29	1,10	1,19
<b>Reims</b>	56	24	26	18	44	77	0,73	0,79
<b>Rennes</b>	52	24	28	21	49	62	0,84	0,94
<b>Strasbourg</b>	57	24	29	21	50	89	0,64	0,88
<b>Toulouse</b>	65	23	37	28	65	74	0,88	1,00
<b>Paris V</b>	97	12	60	41	101	123	0,79	1,04
<b>Paris VII</b>	77	15	69	69	138	95	0,81	1,79
<b>Total</b>	<b>976</b>		<b>545</b>	<b>427</b>	<b>972</b>	<b>1101</b>		
<b>Moyenne</b>		<b>23</b>					<b>0,95</b>	<b>1,27</b>

Source : Données tirées des arrêtés fixant le NC et les effectifs des personnels des CSERD des CHU.

S'agissant du personnel non médical, celui-ci assure essentiellement les fonctions suivantes :

- gestion des rendez-vous<sup>2</sup> ;

<sup>2</sup> Il faut noter une exception, Paris VII-Garancière, où les étudiants assurent la gestion des rendez-vous, ce qui présente par ailleurs des difficultés.

- bureau des entrées ;
- régie de recettes ;
- mise à disposition du matériel et récupération et tri du matériel usagé en vue de la stérilisation .

Il faut noter l'importance du personnel affecté à des fonctions administratives, en raison d'une configuration des services qui ne permet pas de mutualisation avec d'autres services de l'hôpital.

**Tableau 8 : Structure du personnel non médical des services d'odontologie**

	PNM en ETP	Part du PNM administratif en ETP	Part administratif/ PNM total en %
<b>Bordeaux</b>	34,55	6	17%
<b>Clermont-Ferrand</b>	17	4	24%
<b>Lyon</b>	48,7	15,4	32%
<b>Nancy</b>	22,3	8,6	39%
<b>Nantes</b>	24,75	3	12%
<b>Reims</b>	33,5	6,2	19%
<b>Paris VII</b>	60,2	15	25%

Par ailleurs, les services ont fréquemment souligné le manque de moyens en PNM qui contraint l'amplitude d'ouverture des services.

### **3- Les équipements donnent lieu à des renouvellements assez réguliers, la situation des locaux étant dans l'ensemble moins favorable**

Les éléments obtenus sur la politique d'investissement conduite au cours des trois dernières années montrent d'assez fortes inégalités, à la fois qualitatives et quantitatives.

Dans certains cas, comme à Nancy, de nombreux travaux d'aménagement et de mises aux normes ont dû être réalisés.

La moyenne annuelle de dotation annuelle par fauteuil se situe à 3200 € fauteuil et par an ; certains sites sont très en deçà, notamment Reims.

**Tableau 9 : Dotation aux amortissements**

Données 2005/ en K.€	Dotation amortissement 2005	Nombre de fauteuils	Ratio dotation amt/fauteuil	Montant investissements réalisés sur 3 ans	Commentaires
<b>Bordeaux</b>	nd	40,00	nd	nd	
<b>Clermont-Ferrand</b>	157,00	47,00	3,34	nd	
<b>Lyon</b>	410,90	89,00	4,62	1 631,40	1/2 du montant correspond à des fauteuils, et 34% à du matériel odonto

<b>Nancy</b>	153,80	56,00	2,75	908,80	travaux mise en conformité importants en 2002; sur le total, 37% liés à des mises en conformité.
<b>Nantes</b>	173,70	64,00	2,71	323,90	matériel essentiellement
<b>Reims</b>	109,10	68,00	1,60	323,10	total 2002/2006 concentré sur équipements et matériel
<b>Paris VII</b>	468,30	99,00	4,73	nd	
<b>Moyenne</b>			<b>3,29</b>		

Source : Données mises en forme par la mission sur la base des données recueillies dans les CHR

#### 4- La situation économique des services d'odontologie fait apparaître un déséquilibre structurel

Une étude des recettes et des charges directes des services d'odontologie permet d'apprécier l'équilibre économique.

La mission a recensé d'une part les recettes liées à l'activité du service<sup>3</sup>.

Les données relatives aux charges directes sont moins sujettes à discussion et sont a priori assez homogènes, même si celles-ci sont extraites des systèmes de gestion internes des établissements.

Il convient de préciser que le groupe 1 de dépenses inclut la rémunération des étudiants en odontologie de D1 à T1.

Les dépenses du groupe 3 ne sont pas toujours correctement renseignées ; dans ce cas, il est possible qu'un report sur le groupe 2 soit intervenu.

Il ressort de cette étude que l'ensemble des services présentent une situation économique déséquilibrée. Des écarts sont toutefois observables : certains services semblent présenter un moindre déficit, apprécié en pourcentage du total des recettes ; c'est le cas de Nantes, Lyon et Clermont. A l'opposé, on relève les situations de Bordeaux et Nancy, la moyenne du déficit se situant à 105% du total des recettes.

**Tableau 10 : Tableau d'équilibre économique des services d'odontologie**

en K.€ année 2005	Recettes HN	Recettes totales HN+ N	Masse salariale PNM et PM/groupe 1	Dépenses groupe 2	Dépenses groupe 3	dépenses groupe 4	Budget hospitalier/ Total classe 6	Solde recettes - charges	solde en % recettes
<b>Bordeaux</b>	561,5	1475,5	2988,6	778,2	nd	nd	4017,9	- 2 542,40	-172%
<b>Clermont-Ferrand</b>	860,8	1647,6	2209	621,4	17,1	157	3004,5	- 1 356,90	-82%
<b>Lyon</b>	833,3	3203,4	4224,9	763,8	280,7	410,9	5680,3	- 2 476,90	-77%
<b>Nancy</b>	613	1448,6	2339,2	681,9	132	153,8	3306,9	- 1 858,30	-128%
<b>Nantes</b>	886,3	2386,2	2472,7	575,6	0	173,7	3222	- 835,80	-35%
<b>Reims</b>	575	1698,8	2684,7	618,6	52,3	109,1	3464,7	- 1 765,90	-104%
<b>Paris VII</b>	537,7	2786,2	4158,8	1146,8	0	468,3	5773,9	- 2 987,70	-107%

<sup>3</sup> A cet égard, les données figurant dans ce tableau ne sont pas toutes conformes aux données figurant dans les comptes administratifs retraités des CHR ; les établissements ont eu des difficultés à dissocier les règles de financement (à l'activité, dans le cadre des MIGAC, part prise en charge par l'assurance maladie). Il a également été difficile de distinguer les recettes du compte administratif des créances enregistrées en bilan en raison des décalages de paiement par les patients. En conséquence, certains retraitements ou approximations ont dû être effectués par la mission.

Source : Données mises en forme sur la base des données recueillies dans les CHR

L'analyse peut être détaillée ; elle montre que les centres les moins déficitaires combinent à la fois une moindre utilisation de moyens de production (personnel non médical, consommables), et une productivité meilleure (recettes/fauteuil et recettes/masse salariale). Pour autant certains facteurs structurels expliquent le déséquilibre observé dans tous les cas ; l'annexe n°9 détaille les causes intervenant dans ce déséquilibre.

**Tableau 11 : Situation comparée des services d'odontologie rapportée au nombre de fauteuils**

en K.€ année 2005	Ratio recettes/masse salariale	Ratio dépenses de consommables/fauteuil	Ratio PNM/fauteuil	Ratio recettes/fauteuil
<b>Bordeaux</b>	49%	19,5	0,86	36,9
<b>Clermont-Ferrand</b>	75%	13,2	0,36	35,1
<b>Lyon</b>	76%	8,6	0,55	36,0
<b>Nancy</b>	62%	12,2	0,40	25,9
<b>Nantes</b>	97%	9,0	0,39	37,3
<b>Reims</b>	63%	7,9	0,43	21,8
<b>Paris VII</b>	67%	11,6	0,61	28,1
Moyenne		11,7	0,51	

Source : Données rassemblées et mises en forme par la mission

**Annexe 8 Le mode de financement des soins dentaires en établissement de santé public**

## **1- La situation avant la réforme du financement des EPS**

Le mode de financement des soins dentaires délivrés en établissements de santé, et tout particulièrement en CSERD a relevé pendant longtemps de dispositions anciennes, qui n'ont pas été substantiellement modifiées.

Aux termes de l'article 1<sup>er</sup> du décret du 22 septembre 1965, les soins dispensés dans les centres d'enseignement, de soins et de traitements dentaires (CSERD) des CHR peuvent être facturés aux patients si les actes et traitements sont inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et s'ils présentent un intérêt pour les soins et l'enseignement.

L'article 2 de ce même décret a prévu qu'un arrêté ministériel (un arrêté du 27 août 1973 a été pris en application de ce texte) fixerait la liste de certains examens et traitements dont les tarifs ne peuvent être fixés par application de l'article 1<sup>er</sup> : il s'agit soit d'actes et traitements ne figurant pas à la NGAP, soit d'actes figurant à la NGAP mais avec des dépassements ; les actes et traitements sont facturés aux patients pour la partie restant à leur charge lorsqu'ils sont réalisés dans les CHR.

Selon les dispositions de l'arrêté du 27 août 1973, les tarifs sont fixés par le préfet et donc désormais par le directeur de l'ARH, sur la base de propositions effectuées par le conseil d'administration de l'hôpital (après avis du DDASS, du TPG, de la DGCCRF et du DRASS).

Aucune modification n'est intervenue fondamentalement en la matière, y compris à l'occasion du passage en dotation globale en 1984/1985. Cette liste d'actes autorisés n'a pas été modifiée, sauf de manière indirecte. En effet, un arrêté tarifaire pour l'AP-HP de décembre 1988 avait pris en compte certaines évolutions, qui ont par la suite été reprises dans d'autres CHU.

Du point de vue financier, la facturation de soins hors nomenclature est peu incitative dans le système de la dotation globale, puisqu'il s'agit de recettes dites du groupe 2, qui viennent diminuer le montant de la dotation globale, une fois le montant des dépenses déterminé.

**On peut penser que l'ancien système de financement ne comportait guère d'incitations à développer l'activité odontologique :**

- dans le cas des actes externes nomenclaturés, la part prise en charge par l'assurance maladie était intégrée dans la dotation globale ( au même titre que les consultations externes des EPS) ; la contrainte était avant tout au niveau des dépenses et sur le coût de fonctionnement des CSERD, compte tenu des taux d'évolution des dépenses autorisées (taux directeur).
- Dans le cas des actes hors nomenclature, il n'y avait pas d'abondement particulier des charges autorisées à concurrence des actes produits, puisque les recettes afférentes étaient intégrées dans le groupe 2 des recettes, venant en atténuation de la dotation globale.

Une seule exception à ce système a été introduite en 1994 (lettre circulaire de la DH), concernant la fourniture d'implants et de métaux précieux, qui ont été intégrés dans les recettes dites de groupe 3 (recettes subsidiaires, ne donnant pas lieu à compensation avec la DG, et ouvrant droit à l'ouverture de crédits de dépenses supplémentaires à hauteur des recettes réalisées).

Il convient de vérifier selon quelles modalités la détermination des tarifs des actes hors nomenclature était établie par les établissements de santé, aucune instruction plus récente

n'étant intervenue. A cet égard, il faut souligner que la CNAMTS pointait dans une lettre de 2001 adressée à la DSS les disparités qui pouvaient exister d'un établissement à un autre sur la liste d'actes autorisés dans les CSERD, et partant les règles de remboursement des patients. Il ne semble pas qu'une suite ait été donnée à ces questions.

Enfin, il faut préciser que la charge particulière liée à l'activité d'enseignement en odontologie notamment était indifférenciée, et était financée par la dotation globale.

## **2- La situation depuis la montée en charge de la T2A dans le financement des EPS.**

Le contexte de la réforme de la T2A associée à la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) modifie l'économie générale du système, avec une philosophie générale axée sur une meilleure valorisation de l'activité, même si la part financée par l'activité se met en place graduellement (25% en 2005, 35% en 2006).

Les recettes issues de l'activité de soins dentaires figurent dans les rubriques comptables suivantes, selon qu'il s'agit d'actes sous nomenclature ou hors nomenclature :

- pour les actes sous nomenclature, il s'agit d'un sous-compte du compte 7312, « produits faisant l'objet d'une tarification spécifique », et plus particulièrement le compte 73121, « consultations et actes externes » ;
- pour les actes hors nomenclature, le compte 7324, « produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique » comporte une subdivision le compte 73241, « consultations et actes externes », l'ensemble du compte 73 correspondant aux produits à la charge des patients ou des organismes complémentaires (mutuelles et compagnies d'assurance).

Le financement par l'assurance maladie de cette activité est assuré pour une part par les tarifs, et pour le solde par la dotation annuelle complémentaire (DAC) ; en 2006, la quote-part assurée par les tarifs est de 35%.

Enfin, à travers le dispositif des MIGAC et surtout des missions d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation (MERRI), un financement particulier est destiné à assurer le coût spécifique des charges d'enseignement et de recherche des établissements de santé, ainsi que les activités ne pouvant donner lieu à tarification. S'agissant de l'odontologie, le financement MERRI apparaît dans deux rubriques de la liste des MIGAC :

- au titre de la rubrique 1, « missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation hors financement spécifique » ; à ce titre, on peut penser que la sous-productivité des étudiants en matière de soins dentaires est couverte de cette manière, sachant qu'il n'y a pas d'étude chiffrée sur le champ de l'odontologie pour définir le coût particulier de cette MERRI.
- Au titre de la rubrique 5 « activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation de soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs » (rubrique 5-6, « actes hors nomenclature »).

Aujourd'hui le financement des MERRI comporte une part fixe (en fonction de la catégorie d'établissement, le taux varie de 10,5% à 13,5% en fonction de critères traceurs de la recherche), et une part variable à partir des dépenses effectives de l'établissement (issue des retraitements comptables).

**Annexe 9 Les études de coût de revient des étudiants menées par les CHR.**

Plusieurs travaux ont été menés par différents CHR pour apprécier le coût spécifique des étudiants en odontologie supportés sur le budget hospitalier des CHR.

La mission reproduit intégralement les deux études à ce jour disponibles ; il s'agit de celle du CHR de Nancy d'une part, et celle du CHR de Nantes.

### 1°) Etude de coût du CHR de Nancy.

Coût calculé selon 4 critères :

- le nombre de fauteuils
- les personnels :
  - médical
  - non médical
- les matériaux
- les locaux

#### 1. Les fauteuils

Etudiants assistant uniquement aux interventions des enseignants, le nombre de fauteuils nécessaires est de 15.

Actuellement 56 fauteuils sont utilisés – 41 fauteuils de plus :

$41 \times 14\,000 \text{ €} = 574\,000 \text{ €}$  - amortissement sur 8 ans  $71\,750 \text{ €}$

Coût par étudiant  $71\,750 \text{ €} / 138 = 520 \text{ €}$

#### 2. Le personnel

Le personnel médical et non médical consacre au minimum 50% de leur temps à l'encadrement des étudiants.

Salaires + charges :  $1\,777\,204 \text{ €}$  à 50% =  $887\,102 \text{ €}$

Coût par étudiant :  $887\,102 \text{ €} / 138 = 6\,428 \text{ €}$

#### 3. Les matériaux

Un étudiant consomme au minimum 50% de matériaux en plus qu'un praticien.

Les dépenses s'élèvent à  $966\,916 \text{ €}$  à 50% =  $483\,473 \text{ €}$

Coût par étudiant  $483\,474 \text{ €} / 138 = 3\,503 \text{ €}$

#### 4. Les locaux

Pour accueillir les étudiants, il faut  $1500 \text{ m}^2$  supplémentaires :

$1500 \text{ m}^2 \times 1\,500 \text{ €} = 2\,250\,000 \text{ €}$  - Amortissement sur 20 ans =  $112\,500 \text{ €}$  an

Coût par étudiant :  $112\,500 \text{ €} / 138 = 815 \text{ €}$

Frais supplémentaires : électricité, eau, nettoyage, entretien. (non chiffré dans l'étude)

Coût annuel par étudiant  $11\,266 \text{ €}$

## 2°) Etude de coût réalisée par le CHR de Nantes.

### 1. intégrer le coût de rémunération des étudiants dans les dépenses en personnel médical

Ce montant pour l'année 2006 se situe à 325 000 euros et comprend la rémunération des étudiants des 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> années de formation.

La dépense en personnel médical est affectée à hauteur de 1 080 345 euros et comprend la rémunération de 13.9 ETP dont 1.2 ETP attachés affectés à l'UCSA.

### 2. déterminer une valeur de production d'un étudiant par rapport à un senior

	"Productivité par rapport à un intervenant senior"	Temps de présence au CSD (1)	Nombre d'heures annuelles de présence	H de présence / an	Vacations PH	temps étudiant / temps PH
Etudiants en 6ème année	70%	9H/sem soit 360H/an	360	252	1725	15%
Etudiants en 5ème année	60%	19,5H/sem soit 897H/an	897	538,2	1725	31%
Etudiants en 4ème année	40%	19,5H/sem soit 897H/an	897	358,8	1725	21%
Etudiants en 3ème année	20%	5H/sem soit 230H/an	230	46	1725	3%

(1) le but consiste à déterminer un nombre de vacations réelles / vacations totales  
Vacations totales = **46 semaines \* 10 vacations par semaine \* 3,75 H/vacation**

69,3%  
1 étudiant = 17,3%

Il s'agit de déterminer la « production en soins » moyenne d'un étudiant par rapport à un senior au regard de deux critères :  
son niveau de formation : la « production en soins » d'un étudiant de 6<sup>ème</sup> année est estimée à 70 % par rapport à celle d'un intervenant senior.  
Du temps passé au Centre de Soins. Ainsi, il s'agit de déterminer le nombre d'heures de présence d'un étudiant au CSD par année.

La vacation a été évaluée à 3.75 H sachant que les vacations du matin durent 3h30 et celles de l'après-midi 4h.

L'objectif consiste à déterminer une « valeur de production » d'un étudiant en moyenne par rapport à un senior dans le but d'évaluer l'effectif à recruter pour maintenir le même niveau d'activité dans un Centre de Soins sans étudiant.

Un étudiant en moyenne représente 17.3 % d'un senior.

### **3. déterminer le temps libéré du fait de la récupération du temps d'encadrement dans l'hypothèse d'un CSD sans étudiant**

Le temps d'encadrement d'un senior représente 75 % de son temps de travail. Le temps médical à récupérer dans l'hypothèse d'un Centre de soins sans étudiant correspond donc à 75 % des ETP affectés au CSD soit  $75 \% \times 12.7 \text{ ETP} = 9.5 \text{ ETP}$

### **4. Temps médical nécessaire pour palier l'absence d'activité des étudiants.**

Un senior n'attribue que 25 % de son temps directement aux activités de soins. En conséquence, un étudiant =  $17.3 \% \times 0.25 = 4.3 \%$  donc 220 étudiants = 9.46 seniors.

Dans l'hypothèse du fonctionnement d'un CSD sans étudiant, il n'est pas nécessaire de renforcer le personnel médical pour maintenir le niveau d'activité puisque le temps dégagé du fait de l'activité d'encadrement des seniors compenserait le temps d'activité des étudiants en formation.

### **5. Dimensionner le personnel non médical**

En ce qui concerne le personnel non médical, l'analyse est effectuée à niveau qualitatif constant sachant que dans le secteur libéral à chaque fauteuil est associé une assistante dentaire ce qui améliore considérablement la productivité et la qualité des soins apportés. Le dimensionnement du personnel non médical dans CSD sans étudiant a consisté à diminuer le nombre d'aide-soignante de 4.

### **6. Investissement**

En matière d'investissement le nombre de fauteuils nécessaire est estimé à 15 pour 12.7 ETP. Les surfaces sont déterminées sur la base d'une règle de 3 sur la base du nombre de fauteuils installés.

### **7. Détermination du gâchis**

Le titre 2 a été diminué d'un tiers du montant.

### **8. Dépenses induites**

Les dépenses induites sont constantes dans la mesure où l'on se situe à niveau d'activité égal.

### **9. Dépenses hôtelières et générales et charges de structure**

Elles sont affectées au prorata du niveau des dépenses et ont donc été revues à la baisse dans cette proportion.

## BILAN

	ACTUEL			Sans étudiant		
	Coût Unitaire	Nbre	Coût Total	Coût Unitaire	Nbre	Coût Total
<b>Investissements</b>						
Immobilier en m <sup>2</sup>	2 175	1 520	3 306 000	2 175	368	799 839
Fauteuils	1 750	62	108 500	1 750	15	26 250
<b>Ressources Humaines</b>						
Médical			1 080 345			1 080 345
non médical		24,75 ETP	1 176 000		21	1 040 000
Etudiant			325 400			
<b>Ressources Matérielles</b>						
Prod. Pharmaceutiques			27 000			18 000
Arsenal			594 000			400 000
Maintenance			13 500	ratio 15/62		3 266
<b>Charges indirectes</b>						
Pharmacie			70 200			70 200
Biomédical			150 000			50 000
<b>Dépenses induites de plateau</b>			8 000			8 000
<i>ss total</i>			6 858 945			3 495 900
<b>Dépenses Hotelières et générales</b>			737 000			375 638
<b>Charges de structure</b>			194 000			98 879
<b>TOTAL DES DEPENSES</b>			<b>7 789 945</b>			<b>3 970 416</b>
<b>COUT DE FORMATION TOTAL</b>						<b>3 819 529</b>
<b>COUT DE FORMATION MOYEN PAR ETUDIANT</b>						<b>17 361</b>

### 3°) Les points communs des deux études et les enseignements à en tirer

Les deux études présentent des éléments communs qu'il est important de souligner :

- la prise en compte d'un « surcalibrage » du nombre de fauteuils nécessaire en raison de la fonction d'enseignement ; selon les deux méthodes, le surcalibrage représente de l'ordre de 75% des capacités, qui influent tout à la fois sur les surfaces nécessaires, et sur le nombre d'équipements requis ; toutefois, Nancy mesure cet impact à travers les dotations aux amortissements, alors que Nantes en mesure les effets sur la section d'investissement ;
- la surconsommation de consommables liée à la phase d'apprentissage par les étudiants ; à Nantes, celle-ci est estimée au tiers du poste budgétaire, à Nancy à 50% ;

- le temps passé par les personnels médicaux à encadrer les étudiants est estimé à 50% de leur temps à Nancy et 75% à Nantes ;
- dans le cas de Nantes, l'hypothèse est faite que le même effectif de personnel médical réaliserait la même production de soins, en considérant que le temps dégagé virtuellement par le non encadrement des patients pourrait être redéployé vers de l'activité propre. La question qui pourrait se poser, dans le schéma de Nantes, qui propose une diminution du PNM est de savoir si à effectif budgétaire de PNM constant, mais comportant des assistants dentaires, on ne serait pas en mesure d'accroître encore la capacité de production.

A partir de l'étude de Nantes, il est possible de faire une analyse plus centrée sur les charges directes, de manière à pouvoir réaliser une comparaison avec les budgets 2005 tels que structurés ; ceci suppose en conséquence de déflater les charges liées aux amortissements des surfaces ainsi que les charges induites.

	Budget Charges directes actuel	Budget estimé/ coût des étudiants	Différence	Coût /étudiant
Nantes	3216	2541	675	3,1

Dans cette hypothèse, qui neutralise les coûts d'amortissement indirect, ainsi que les charges induites, on aboutit à un surcoût annuel de l'étudiant de 3100 € en charges de fonctionnement. L'écart avec le coût de revient direct (après retraitement) de Nancy s'expliquerait par un coût du personnel médical et non médical sensiblement alourdi par rapport à Nantes (2000 € par étudiant, contre de 6000 € par étudiant à Nancy).

#### 4°) Les estimations menées par la mission.

La mission a procédé, selon une autre méthode pour apprécier le personnel médical requis en cas d'absence de fonction de formation au sein de ces services, pour produire une activité équivalente à celle aujourd'hui effectuée par les centres, sur la base d'un niveau de production analogue à la moyenne observée chez des chirurgiens dentistes libéraux.

La principale difficulté méthodologique était liée au fait que la référence disponible en matière de montant d'honoraires ne porte que sur les actes sous nomenclature, y compris les dépassements (qui représentent la moitié en moyenne de ceux ci), d'après les sources de la CNAMTS (SNIR-2004), sans le montant correspondant d'actes hors nomenclature, lequel peut d'ailleurs être très variable. D'après cette source, le montant moyen annuel d'honoraires en 2004 d'un chirurgien dentiste omnipraticien s'élève à 200K.€ Les travaux de la DREES<sup>1</sup> ne permettent pas davantage de pouvoir mesurer cette part.

Une telle comparaison comporte par ailleurs des limites méthodologiques liées au fait que les durées d'activité ne sont sans doute pas comparables, et que d'autre part les clientèles traitées sont supposées identiques.

En dépit de ces biais, a été estimé de manière théorique le nombre de praticiens nécessaires pour accomplir le niveau de production du service d'odontologie sur la base d'un niveau

<sup>1</sup> Cf notamment Etudes et Résultats, n° 501-juin 2006, Les revenus libéraux des chirurgiens dentistes.

moyen de 200K.€ annuel. Deux hypothèses ont été prises selon que l'on prenait le montant total des recettes, ou uniquement le montant lié à l'activité nomenclaturée.

Le nombre de praticiens théorique obtenu selon ces deux hypothèses permet, à partir d'une valorisation sur la base du coût moyen d'un praticien hospitalier, d'aboutir à une masse salariale théorique, qui par comparaison avec la masse salariale actuelle identifie une part du déséquilibre budgétaire constaté.

Tableau 1 : Calcul du coût théorique de la masse salariale de personnel médical requis à activité identique. Erreur! Liaison incorrecte. Source : Données des CHR

Il en ressort, selon les deux hypothèses, un niveau de surcoût en moyenne de 60% dans l'hypothèse basse et de 40% dans l'hypothèse haute, de la masse salariale du personnel médical.

Ceci signifie qu'en l'absence de fonction de formation, la masse salariale du personnel médical pourrait être réduite à concurrence de ces montants, à laquelle s'ajouterait la masse salariale liée à la rémunération directe des étudiants.

Ceci conduirait à rectifier les données vues plus haut de la manière suivante.

**Tableau 2 : Impact sur le résultat économique de l'absence de formation des étudiants**

en K.€ année 2005	Masse salariale PNM	masse salariale PM à 50%	groupe 2 sans formation	Total charges	Recettes	Solde	déficit antérieur	différence
<b>Bordeaux</b>	1204,6	602,3	301,15	2108,05	1475,5	-632,55	- 2 542,40	1 909,85
<b>Clermont-Ferrand</b>	645	322,5	161,25	1128,75	1647,6	518,85	- 1 356,90	1 875,75
<b>Lyon</b>	1843,9	921,95	460,975	3226,825	3203,4	-23,425	- 2 476,90	2 453,48
<b>Nancy</b>	974,2	487,1	243,55	1704,85	1448,6	-256,25	- 1 858,30	1 602,05
<b>Nantes</b>	1067,7	533,85	266,925	1868,475	2386,2	517,725	- 835,80	1 353,53
<b>Reims</b>	1042,7	521,35	260,675	1824,725	1698,8	-125,925	- 1 765,90	1 639,98
<b>Paris VII</b>	1507,5	753,75	376,875	2638,125	2786,2	148,075	- 2 987,70	3 135,78

Source : Données des CHR retravaillées par la mission

Le tableau comporte des approximations, en ce sens que n'ont pas été reprises les charges des groupes 3 et 4, sachant que les charges du groupe 4 seraient elles mêmes à redimensionner en raison de la diminution du parc de fauteuils.

Les résultats montrent une réduction significative du solde négatif, voire un résultat quasi équilibré dans certains sites.

Cette analyse confirme les travaux menés par ailleurs par les CHR de Nancy et Nantes.

Il résulte de ces divers travaux, qui méritent à l'évidence d'être affinés que plusieurs indices concordent quant à un surcoût structurel de ces services, qui doit être rémunéré en conséquence dans le cadre des MERRI.

Les éléments qui pèsent le plus dans l'alourdissement des coûts, si l'on met de côté l'ensemble des équipements et des surfaces, notablement alourdies par la fonction de formation, sont à la fois la sous-productivité des étudiants, la sur-consommation des consommables, le temps d'encadrement inversement proportionnel à la productivité des étudiants.

**Annexe 10 Récapitulatif des propositions de la mission**

Ce récapitulatif est destiné à synthétiser l'ensemble des propositions, qui ne sont pas toutes du même ordre, et qui supposent des niveaux de mise en œuvre parfois national, ou local (université, hôpital).

Propositions de la mission	Plan du rapport
<b>I- Améliorer la connaissance générale et renforcer les systèmes d'information à tous les niveaux</b>	
<b>1- Développer les connaissances générales et objectiver les besoins en matière d'odontologie</b>	
Développer des études de santé publique sur les besoins en soins dentaires de la population et son impact sur l'offre libérale et hospitalière	3.4.3
<b>2- Fiabiliser les systèmes d'information médico-économiques sur les UFR dentaires et les services hospitaliers à des fins de comparaison</b>	
Améliorer le recueil de l'information sur l'activité des services d'odontologie, et idéalement le construire de manière intégrée avec la faculté de manière à régler simultanément la question de l'évaluation de l'activité des étudiants et la facturation de l'activité produite	3.2.1
Développer l'analyse qualitative de l'activité réalisée, notamment par typologies de patientèles	2.2.2.2
<b>3- Développer des outils de pilotage stratégique national partagés entre Santé et Enseignement supérieur sur les CSERD</b>	
Développer un système d'information partagé sur les CSERD reposant sur des indicateurs homogènes et fiabilisés	3.2.1
Promouvoir la construction de référentiel de formation initiale des odontologistes, en liaison avec un référentiel métier	3.2.1
<b>II- Placer la qualité de la formation des odontologistes au cœur des préoccupations</b>	
<b>1- Régler de manière pragmatique la question du stage actif de 6<sup>ème</sup> année par des logiques expérimentales et locales, en ayant réglé certains points juridiques importants</b>	3.3.1
<b>2- Développer des logiques d'évaluation des facultés dentaires à partir de référentiels</b>	3.2.1
<b>3- Harmoniser les questions de suivi des quotas d'actes réalisés par les étudiants</b>	3.2.2
<b>III- Mieux prendre en compte les contraintes universitaires et hospitalières dans la politique de formation initiale des odontologistes</b>	
<b>1- Résoudre la question du sous-financement de la formation dans les UFR</b>	
Réétudier la question de la contribution des étudiants au financement des études dentaires, en tenant compte de la spécificité de cette formation	3.1.1
Mieux prendre en compte, en fonction des situations de terrain, les besoins d'investissement et de renouvellement des salles de TP	3.1.2
Inciter les facultés dentaires à générer des ressources propres	3.1.1
<b>2- Prendre en compte les besoins d'investissement ou de moyens en fonctionnement sur le volet hospitalier</b>	
Traiter au cas par cas les situations les plus sensibles en matière de locaux ou d'équipements des centres de soins, en liaison le cas échéant avec l'ARH	3.1.2
Approfondir la question du financement MERRI de la formation dentaire avec une modulation spécifique tenant compte des particularités de l'odontologie	3.1.3.1
Identifier les situations de besoins de renforcement en personnel non médical dans une perspective d'accroissement de l'amplitude de fonctionnement du centre, tout en identifiant les possibilités de mutualisation de moyens (bureaux des entrées) avec d'autres services	3.1.3.3
<b>3- Tendre vers un rééquilibrage des personnels hospitaliers au profit du temps plein, tout en préservant le recours à des chirurgiens dentistes libéraux</b>	
A court terme, faciliter les transformations de MCU-PH temps partiel en temps plein, pour tendre vers un objectif de 40-50% temps plein, par un accompagnement financier	3.1.3.1
Diversifier les voies statutaires utilisées pour recourir au concours des chirurgiens dentistes libéraux	3.1.3.2

A moyen terme, approfondir les travaux sur les éventuelles évolutions statutaires, en prenant en compte le double souci d'un renouvellement du corps mono et bi-appartenant, tout en recourant à la présence de libéraux dans les équipes	3.1.3.2
<b>4- Prendre en compte dès l'amont les contraintes universitaires et hospitalières des CSERD dans les études sur l'évolution du NC</b>	
<b>IV- Mieux insérer l'odontologie à la fois dans l'environnement universitaire et dans l'environnement hospitalier</b>	
<b>1- Renforcer les synergies université/ faculté dentaire</b>	2.3.1
Mieux intégrer l'odontologie dans la stratégie d'ensemble de l'université	3.2.2
Encourager les mutualisations avec les facultés du pôle Santé de l'université	3.2.2
<b>2- Mieux intégrer l'odontologie dans les préoccupations hospitalières locales du CHR et de l'ARH</b>	
Favoriser et inciter les PH à développer une activité propre	3.1.3.1
Inciter à la prise en compte dans les projets d'établissement, voire dans les SROS, de la problématique odontologique.	3.2.2
<b>V- Les autres mesures techniques</b>	
Toiletter les textes relatifs aux CSERD en tenant compte des évolutions institutionnelles récentes	Annexe 4
Harmoniser les tarifs Hors nomenclature entre CHR	2.2.2.2
Garantir une permanence des soins dentaires dans l'ensemble des CSERD	2.2.2.3

### **Récapitulatif des mesures chiffrées dans le rapport et impact financier des mesures préconisées.**

Un certain nombre de mesures esquissées dans le rapport ont pu donner lieu à un chiffrage par extrapolation de données recueillies dans les CSERD visités.

Sous réserve des approximations, les ordres de grandeur suivants peuvent être retenus.

#### **Sur les budgets hospitaliers**

- *Renforcement des temps plein au sein des MCU-PH : 0,7 / 1,8 M.€* sur une période de 4 ans ;

- *Investissements complémentaires dans certains centres de soins :*

En mettant de côté, les surfaces nécessaires et leur coût, la mission estime qu'un besoin global représentant 20% du parc actuel pourrait permettre de répondre à la fois à des besoins de renouvellement dans certains cas, et à un accroissement partiel de celui-ci.

20% du parc total représentent environ 225 fauteuils, soit un coût d'investissement de **3,4 M.€**

- *Renforcement en PNM :*

Le ratio observé dans les sites visités de 0,51 agent / fauteuil pourrait être accru de 20%, en le portant à 0,6 agent /fauteuil, soit un total de 110 agents supplémentaires environ, estimé en moyenne à 40 K.€ soit **4,4 M.€**

- *Contribution MERRI spécifique odontologie :* le surcoût calculé de l'ordre de 13 M.€ sur l'échantillon visité, peut être extrapolé France entière à une vingtaine de millions d'euros. Le rééquilibrage économique peut parfaitement se faire à enveloppe MERRI constante, le financement étant de fait aujourd'hui couvert par les budgets des établissements de santé,

et la DAC notamment. Il s'agit simplement de procéder à une identification particulière de cette activité.

A l'échelle des masses financières en jeu au sein de l'ONDAM hospitalier, le total des dépenses de fonctionnement étalées sur 4 ans représenteraient un effort de **9 M.€ annuel**, ce qui est infime à l'échelle des 47,5 MM.€ de dépenses de l'ONDAM destinés aux établissements de santé tarifés à l'activité.

#### **Sur les budgets des universités :**

- Financement de la trousse des étudiants : **0,8 M.€**
- Investissement dans salles de TP : **0,9 M.€** permettant de garantir un renouvellement tous les 8 ans, alloué de manière différenciée en fonction des situations locales, et des efforts locaux des universités ;

Les efforts à réaliser en matière de système d'information lié au suivi de l'activité des étudiants et du centre de soins sont importants, mais n'ont pu être chiffrés par la mission. Ils supposeront un effort réparti entre le budget de l'UFR et celui de l'hôpital.

**Annexe 11 Simulation de l'impact d'une croissance du numerus clausus sur  
un CSERD**

L'hypothèse de travail : une augmentation de 15 étudiants en première année, qui en 5 ans se traduit par une augmentation de 25,7 % des effectifs.

### Les données brutes :

Situation initiale	P2	D1	D2	D3	T1	TOTAL	
<b>NB ETUDIANTS</b>	73	56	60	50	53	292	
<b>H CLINIQUE</b>		135	630	690	420	1 875	
Besoins Heures Fat	0	7 560	37 800	34 500	22 260	102 120	
<b>etud eq seniors</b>		11	24	30	37	102	
Besoin encadr.		1 890	9 450	5 750	2 226	19 316	
Simulation	P2	D1	D2	D3	T1	TOTAL	hors T1
<b>NB ETUDIANTS</b>	88	71	75	65	68	367	299
<b>H CLINIQUE</b>		135	630	690	420	1 875	1 455
Besoins Heures Fat	0	9 585	47 250	44 850	28 560	130 245	101 685
<b>etud eq seniors</b>		14	30	39	48	131	83
Besoin encadr.		2 396	11 813	7 475	2 856	24 540	21 684

Afin de tenir compte des différences de productivité en terme de réalisation d'actes, les étudiants ont été convertis en équivalents seniors (un praticien confirmé) ; La base retenue est la suivante :

- 1 étudiant de D1 0,2 équivalent senior
- 1 étudiant de D2 0,4 équivalent senior
- 1 étudiant de D3 0,6 équivalent senior
- 1 étudiant de T1 0,7 équivalent senior

Le besoin d'encadrement des étudiants exprimé en heures d'encadrement enseignant est apprécié de la façon suivante :

- 1 enseignant pour 4 étudiants en D1 et D2
- 1 enseignant pour 6 étudiants en D3
- 1 enseignant pour 10 étudiants en T1

L'hypothèse hors T1 correspond à une absence totale d'activité clinique des T1 pour compenser l'augmentation des effectifs. La base de comparaison est toujours l'activité initiale avec T1.

### Les variations :

Variation	avec T1	hors T1	avec T1%	hors T1%
<b>NB ETUDIANTS (1)</b>	75	7	25,7%	2,4%
<b>Besoins Heures Faut</b>	28 125	-435	27,5%	-0,4%
<b>etud eq seniors</b>	29	-19	27,9%	-18,7%
<b>Besoin encadr.</b>	5 224	2 368	27,0%	12,3%

(1) Le nombre d'étudiants correspond au nombre d'étudiants accueillis en clinique

**Quelques conclusions sur l'impact de l'augmentation des effectifs sur l'activité clinique:**

- Le besoin en heures fauteuils augmente de 27,5%.
- Cette augmentation de 28 125H en heures absolues n'est pas absorbable par la capacité fauteuil existante. *Le taux actuel d'utilisation est de 97 % et la capacité disponible est de 3 160 heures*
- Le besoin en heures encadrement augmente de 27%.

**L'hypothèse où les étudiants de T1 abandonnent toutes activités clinique :**

Cela se traduit cependant par une stabilité des besoins en heures fauteuils (-435H). Mais la moindre autonomie des étudiants D2- D3 par rapport au T1 induit un besoin d'encadrement en croissance de 2 368H, soit +12%. De la même façon, la moindre efficacité des D2-D3 comparativement aux T1 induit une baisse de productivité de 18,7%. Un besoin fauteuil maintenu, plus de besoin d'encadrement, productivité moindre: L'impact économique est fortement négatif sur le centre de soins

**Annexe 12 La recherche en odontologie**

Le rapide panorama suivant permet de se faire une idée de la présence des activités de recherche au sein des facultés dentaires. Il ne prétend aucunement constituer une évaluation de la politique de recherche ou de l'activité des laboratoires.

#### Clermont-Ferrand :

L'activité de recherche mobilise 60% des titulaires et repose sur deux équipes de recherche :

- une équipe INSERM (E216) : comprenant environ 25 personnes, elle rassemble des odontologistes, des médecins en particulier neurologues et des scientifiques autour de la thématique douleur. Cette équipe intégrée dans l'IFR santé – Auvergne appartenant au pôle neurologie – neurosciences ; ses publications internationales sont nombreuses. Son responsable anime le réseau national de recherche sur la douleur. Le laboratoire développe des collaborations avec le milieu industriel
- une équipe d'accueil développant son activité sur trois entrées complémentaires : la recherche clinique, la recherche plus fondamentale sur la mastication et la recherche en santé publique ; l'équipe s'intéresse sous ces trois entrées aux groupes humains à risques de pathologies orales et à la description des situations sanitaires et sociales de ces groupes. Cette équipe est plus centrée dans sa composition sur des odontologistes que la précédente. Elle comprend 25 personnes.

#### Bordeaux :

Le choix est plutôt celui d'une intégration d'enseignants-chercheurs dans des laboratoires de l'Université. Cependant un labo propre à l'odontologie (écosystème buccal et bactéries cariogènes) existe, ces potentialités de développement nous ont semblées assez incertaines.

#### Nantes :

Le travail de recherche est structuré autour de l'Unité Inserm ingénierie ostéo-articulaire et dentaire ; les objectifs de recherche concernent la physiopathologie des tissus calcifiés et la conception, l'élaboration et l'étude des phases minérales de synthèse utilisées comme substitut des os et des dents. L'équipe comprend 40 personnes (15 ETP), doctorants inclus. Ces thèmes de recherche : les matériaux d'intérêt biologique, les pathologies ostéo-articulaires, la physiologie ostéo-articulaires et dentaire, l'ingénierie du cartilage..

L'équipe comprend trois groupes :

- Conception, élaboration et caractérisation des matériaux d'intérêt biologique
- Biologie cellulaire et moléculaire des tissus ostéoarticulaires et dentaires
- Biofonctionnalité et applications cliniques des phosphates de calcium.

L'unité inscrit son travail de recherche dans la démarche visant à fédérer dans la région les forces de recherche sur l'os.

L'équipe participe à deux masters : santé, biologie cellulaire et moléculaire.

Une ERT est associée et développe une recherche clinique et thérapeutique autour de la conservation du capital osseux des maxillaires et mandibules (en particulier avec l'étude de l'impact du vieillissement) ; son effectif total est de 22 personnes, correspondant à 5,7 ETP.

#### Nancy :

La stratégie retenue est ici celle de l'insertion des membres de la faculté dans différentes équipes universitaires, stratégie reconnue et soutenue par la présidence.

Un projet fédérateur centré sur l'impact des maladies neuro-dégénératives sur les fonctions manductrices est envisagé à terme.

Les insertions actuelles se font vers les unités INSERM de la faculté de médecine et vers une équipe CNRS de physiologie du comportement.  
On dénombre au sein de la Faculté environ 8 enseignants publiants.

### Reims

L'activité de recherche s'appuie sur l'**Équipe de Recherche et d'Innovation Technologique et Méthodologique** ERM 0203 *Interfaces Biomatériaux / Tissus Hôtes* créée par l'INSERM en janvier 2002 et renouvelée en 2004. Elle fait partie de l'**IFR 53**, "Biomolécules : Interactions moléculaires, cellulaires et cellules-matrice extracellulaire", au sein de l'un des pôles (« Biomolécules - Biomatériaux ») de l'Université de Reims Champagne Ardenne. Le laboratoire travaille très étroitement avec trois services du CHRU de Reims (Hématologie, Traumatologie et ORL).

Cette équipe est constituée de Physiciens, d'Odontologistes et de Médecins. La recherche pluridisciplinaire entreprise au sein du laboratoire a pour objectif d'évaluer et de modéliser les interactions cellules/biomatériaux en associant des techniques physiques aux techniques de biologie cellulaire et moléculaire appliquées à divers modèles de culture de cellules humaines.

L'unité regroupe 26 membres dont 9 HDR : 2 chercheurs, 10 enseignants-chercheurs (ETP : 4,25 - 4 PU/PU-PH, 5 MCU/MCU-PH, 1 Assistant Associé), 9 ITA, 2 Post-Doctorants, 3 Doctorants.

Pour le prochain CPER, le projet scientifique est ciblé sur la conception, l'élaboration et la caractérisation de nouveaux biomatériaux, et sur de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les pathologies osseuses.

### Lyon

L'activité de recherche s'appuie principalement deux laboratoires contractualisés de la Faculté, mais aussi sur l'intégration d'enseignants dans des laboratoires extérieurs à celle-ci. Sept enseignants effectuent une activité de recherche dans un laboratoire de recherche extérieur à la Faculté d'Odontologie, dans des laboratoires de sciences, de médecine ou de pharmacie. L'existence de deux laboratoires de recherche est considérée comme essentielle, en tant que structure d'accueil, pour la formation des futurs enseignants (MSBM, DEA, masters, thèses d'université, HDR).

Le **Laboratoire « Développement et Régénération des Tissus Dentaires »** est une unité INSERM comprenant 12 personnes. Il développe ses recherches sur trois thématiques :

- **Phénotype odontoblastique et nouveaux gènes**, en particulier la mise au point d'un modèle de différenciation odontoblastique à partir de cellules pulpaires humaines, identification de nouveaux gènes associés au phénotype odontoblastique
- **Relation odontoblaste/cellule nerveuse** : rôle des canaux ioniques mécano-sensibles et du cil primaire dans la transduction du signal.
- **Cicatrisation dentinaire et ingénierie cellulaire** : effets de molécules actives et de biomatériaux sur la réparation pulpodentinaire in vitro, caractérisation et différenciation des cellules souches de la pulpe dentaire humaine en odontoblastes

Le **Laboratoire d'Étude des Interfaces et des Bio films en Odontologie** est une équipe d'accueil comprenant 10 personnes. Son thème général de recherche est l'étude de la bio intégration des matériaux utilisés en odontologie, en particulier l'adhésion des cellules buccales sur les biomatériaux dentaires, l'adhésion des matériaux dentaires sur les tissus dentaires et l'étude du développement sur ces biomatériaux d'un bio film bactérien.

#### Paris VII

Le laboratoire **Biologie oro-faciale et pathologie INSERM - UMR-S 714** est une unité ISERM qui structure ses recherches autour de trois thématiques : différenciation cellulaire et physiopathologie, homeogènes et régulation, morphogenèse squelettique et biomimétique. Son champ est l'odontogénétique à la fois par des approches fondamentales mais aussi en relation avec des problématiques cliniques : par exemple en quoi une anomalie du développement dentaire peut-elle être signe d'un syndrome ?

Le laboratoire travaille en réseau avec des équipes odontologiques d'autres universités, des équipes en chimie (par exemple l'École de Chimie de Paris) et noue des collaborations avec des industriels spécialisés sur les biomatériaux.

Au-delà de ce rapide panorama, on doit souligner que plusieurs facteurs attestent d'un développement qualitatif et quantitatif de la recherche en odontologie :

- la présence croissante d'unités INSERM dans le secteur de l'odontologie, désormais 6 structures, alors que seules deux équipes relevaient de ce statut en 2000, qui s'accompagnent par la même d'une plus forte présence de chercheurs à côté des bi appartenants ;
- la tendance au décloisonnement de ces équipes qui dépassent le champ de l'odontologie, nouent des collaborations avec la chirurgie maxillo-faciale mais avec d'autres secteurs de médecine ou de sciences ;
- le développement du travail en réseau au niveau français et européen, par exemple la participation au réseau européen COST B23 « Oral Facial Development and Regeneration ».

La stratégie sont cependant variables : constitution d'équipes dont l'odontologie est l'assise principale ou intégration diffuse dans d'autres équipes, la densité de l'activité de recherche est certainement variable mais l'odontologie semble bien être concernée comme d'autre disciplines par les enjeux de recherche.

**Annexe 13 Statut spécifique des PH et bi-appartenants en odontologie**

Les textes régissant les personnels médicaux et hospitalo-universitaires des CSERD sont souvent distincts de ceux applicables aux spécialités médicales. C'est le **décret n° 90-92 du 24 janvier 1990** portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CSERD des CHU, qui définit les catégories de personnels et leur statut, qu'ils soient titulaires (PU-PH ou MCU-PH) ou temporaires (AHU).

### **Obligations horaires des personnels enseignants et hospitaliers des CSERD.**

Il faut noter que comparativement aux textes applicables aux personnels médicaux et enseignants en médecine, les textes relatifs aux odontologistes sont plus précis (cf circulaire de 1994) et plus anciens (circulaire de 2003 pour les PU-PH). Toutefois, leurs modalités d'application sur le terrain ne sont pas toujours simples.

**Tableau 1 : Dispositions applicables aux personnels médicaux des CSERD en matière de durée d'activité.**

<b>Catégorie de personnels</b>	<b>Durée d'activité d'enseignement</b>	<b>Durée d'activité hospitalière</b>
<b>PU-PH</b>	Fixé par arrêté du 19 juin 1969 : indépendamment des activités de recherche, pour professeurs 1 <sup>er</sup> grade, 6 heures enseignement, ou 4 séances de TP, ou 5 séances de TD	Au minimum 5 vacations de 3h à 3h30 par semaine+ 2 vacations éventuellement pour exercice activité libérale (sinon, assure le service pendant la durée correspondante)/ circulaire <b>DH/PM1 n°94-12 du 23 mars 1994</b> A noter que les PU-PH doivent remettre tous les 4 ans un rapport sur leurs activités au directeur UFR+ DG du CHU. Exercice HU global sur 10 demi-journées.
<b>MCU-PH temps plein</b>	Idem ci-dessus / mêmes textes	Idem ci-dessus
<b>MCU-PH temps partiel</b>	Service enseignement et recherche égal à celui des personnels temps plein ;	Activités hospitalo-universitaires au moins 20 heures /semaine, soit au minimum 2 vacations. La présence minimale de ces personnels doit être de 3 jours par semaine au titre des fonctions hospitalo-universitaires.
<b>PH temps plein</b>	Statut des PH permet dans les missions une participation aux activités d'enseignement (art R 6152-2 CSP).	10 demi-journées par semaine pour un temps plein (art R 6152-27 CSP) correspondant à 48H/semaine.
<b>AHU</b>		Pour temps partiel , 2 vacations hospitalières de 3h/3h30, présence hospitalo-universitaire répartie sur 3 jours.(circulaire de 94)

## **Différences entre la médecine et l'odontologie**

- Le statut de MCU-PH temps partiel n'existe pas dans le statut des personnels PU-PH en médecine, c'est une originalité des odontologistes.
- Le décret de 1990 ne prévoit pas de personnels hospitalier pur dans les CSERD, alors que le décret de 84 modifié le prévoit (chapitre II du titre II) en instituant un corps de praticiens hospitaliers universitaires, qui constitue une passerelle entre le statut de PH et le statut hospitalo-universitaire. La DHOS souhaite une telle transposition dans le décret de 1990 sur les CSERD ; une demande en ce sens a été formulée en 2005 auprès du ministère de l'enseignement supérieur.

Certaines dispositions sont néanmoins communes aux spécialités médicales et à l'odontologie, s'agissant notamment du statut des praticiens hospitaliers. L'article R 6152-2 du CSP parle du corps unique des PH constitué des médecins, psychiatres, spécialistes, biologistes, pharmaciens et **odontologistes**.

L'article R 6152-303 du CSP, relatif au concours des PH temps plein ou temps partiel prévoit le cas des AHU des CSERD, alors même que ce n'était pas prévu dans le décret de 90.

De même, le statut des praticiens attachés n'est a priori pas fermé au champ de l'odontologie (cf art R 6152-601 et 632 du CSP, qui indiquent les conditions requises d'achèvement des études médicales, **odontologiques** ou pharmaceutiques).