



Union Nationale des Etudiants
en Chirurgie Dentaire

CONTRIBUTION SUR LA SUPPRESSION DU NUMERUS CLAUSUS ET LA REFONTE DU PREMIER CYCLE DES ETUDES DE SANTE

Vendredi 26 octobre 2018

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	3
II.	LE METIER DE CHIRURGIEN-DENTISTE ET SA FORMATION	4
A)	Le métier de chirurgien-dentiste	4
B)	Démographie professionnelle du Chirurgien-Dentiste	5
C)	Le Premier Cycle	5
D)	Le Deuxième Cycle	6
E)	Troisième Cycle	7
III.	LA PACES, UN CONSTAT D'ÉCHEC	9
IV.	DES ATTENTES FORTES POUR UNE NOUVELLE LICENCE	10
V.	LES ETUDIANTS RESTENT VIGILANTS	11
A)	Une université accessible à tous	11
B)	Un investissement dans l'avenir	11
C)	Des débouchés valorisés	12
D)	Les UFR d'odontologie renforcées pour un premier cycle remanié	12
E)	Une licence confrontée au terrain	13
F)	Une sélection repensée	14
VI.	CONCLUSION	15
VII.	CONTACTS	16

I. INTRODUCTION

L'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire est l'association représentative des 7000 étudiants en chirurgie dentaire en France, répartis dans 16 Unités de Formation et de Recherche (UFR) d'odontologie : Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris V, Paris VII, Reims, Rennes, Strasbourg, Toulouse.

Une contribution de l'UNECD a été demandée par le groupe de travail ministériel consacré à la suppression du numerus clausus et la refonte du premier cycle des études de santé.

Cette contribution a ainsi été établie suite à un groupe de travail de l'UNECD regroupant des étudiants de chaque UFR, le vendredi 19 octobre 2018 à Clermont-Ferrand lors du congrès de rentrée de l'UNECD, mais aussi par plusieurs concertations ultérieures. Nous avons voulu cette contribution la plus fidèle possible aux différents retours de nos étudiants, leur permettant ainsi d'exprimer leurs opinions, réflexions, craintes et propositions.

Cette contribution est basée sur la mise en place du modèle proposé par le groupe de travail ministériel du 12 octobre 2018.

II. LE METIER DE CHIRURGIEN-DENTISTE ET SA FORMATION

A) Le métier de chirurgien-dentiste

L'exercice de la chirurgie dentaire a plusieurs objectifs de santé publique :

- Diagnostic, traitement et prévention des pathologies bucco-dentaires ainsi que la promotion de la santé
- Réhabilitation anatomique, fonctionnelle et psychologique de la cavité buccale (mastication et déglutition, phonation, ventilation, etc...)

Un profil de compétence du diplôme européen en chirurgie-dentaire a été réalisé par l'Association for Dental Education in Europe (ADEE).

Les compétences intègrent 5 volets dont celui intitulé le « chirurgien-dentiste dans la société » qui concerne la capacité à envisager de façon globale les soins dentaires dans une démarche de promotion de la santé, la connaissance des déterminants communs des maladies chroniques et la réduction des inégalités de santé.

Lors de l'obtention du diplôme, un chirurgien-dentiste doit pouvoir :

- Décrire les concepts et les définitions de la santé
- Discuter des déterminants de la santé et des inégalités de santé
- Évaluer et appliquer des interventions de promotion de la santé, scientifiquement valides
- Évaluer l'importance et les limites des changements de comportement au niveau populationnel
- Évaluer l'importance d'un plaidoyer professionnel pour la promotion de la santé des populations
- Décrire les approches interprofessionnelles de promotion de la santé et de prévention
- Discuter des approches de promotion de la santé et de prévention qui visent à réduire les inégalités de santé

B) Démographie professionnelle du Chirurgien-Dentiste

D'après les chiffres de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), 88,6 % des 41 604 chirurgiens-dentistes français exercent en libéral, 50,8% ont plus de 50 ans et 8.2% plus de 65 ans. 50% des praticiens exercent dans des agglomérations de plus de 200 000 habitants pour 18,8% exerçants en zone rurale.

Les effectifs des chirurgiens-dentistes ont augmenté de 1% entre 2000 et 2016. Parallèlement, les effectifs de médecins ont progressé de 13%, ceux des sages-femmes de 50% et ceux des infirmiers de 70%. ¹

37,89% des nouveaux chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger en 2016, chiffre en constante augmentation depuis plusieurs années.

C) Le Premier Cycle

La PACES ou Première Année Commune aux Etudes de Santé, est une première année commune aux filières Maïeutique, Médecine, Odontologie, Pharmacie et aux métiers de la rééducation. La particularité de cette année est l'examen classant qui la sanctionne, autorisant un nombre strict d'étudiants à poursuivre en deuxième année.

Les deuxième et troisième années de chirurgie dentaire sont qualifiées de « pré-cliniques ». Ainsi l'emploi du temps des étudiants oscille entre enseignements théoriques (cours magistraux, séminaires, travaux dirigés) et enseignements pratiques (travaux pratiques).

Selon l'arrêté du 22 mars 2011, les objectifs du premier cycle sont :

- L'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste. Cette base scientifique englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes et plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales ;
- L'acquisition de connaissances dans les domaines de la séméiologie médicale, de la pharmacologie et des disciplines odontologiques ;

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1026.pdf>

- L'apprentissage du travail en équipe et des techniques de communication, nécessaires à l'exercice professionnel. L'accent est mis sur l'acquisition des concepts indispensables à acquérir de manière à rendre possible la formation tout au long de la vie.

D) Le Deuxième Cycle

Les quatrième et cinquième années de chirurgie dentaire sont les années cliniques. Les étudiants acquièrent alors le statut d'étudiant hospitalier et sont à ce titre salariés. Ces derniers alternent pratique clinique dans les services d'Odontologie, encadrés par des enseignants hospitalo-universitaires, et stages obligatoires hors structures dentaires. En parallèle, des enseignements théoriques tout aussi conséquents sont dispensés, et ce, durant l'entière durée de la formation.

En effet, l'annexe 1 de l'arrêté du 8 avril 2013 stipule : "La formation théorique (savoirs) est complétée par une formation pratique (savoir-faire) et des stages (savoir-faire et savoir-être) en odontologie, hors odontologie et éventuellement à l'étranger. Le volume horaire de la formation est de 2000 à 2200 heures sur les deux années de formation dont 1000 à 1100 heures de stage, comprenant 100 heures de stages hors odontologie."

Également, selon l'article 9 de l'arrêté du 8 avril 2013 : "Les étudiants accomplissent obligatoirement des stages hospitaliers hors des structures d'odontologie. Ces stages, effectués de préférence à temps complet et en continu, permettent aux étudiants de mieux appréhender la séméiologie, les grandes pathologies et d'apprendre à travailler en équipe avec les autres professionnels de santé."

A l'issue de la cinquième année, les étudiants doivent valider le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT), attestant de leur capacité à gérer des cas cliniques complexes, leur donnant ainsi la possibilité de parapher des ordonnances et d'exercer en cabinet en tant que remplaçant ou collaborateur salarié.

Selon l'arrêté du 8 avril 2013, les objectifs du deuxième cycle sont :

- L'acquisition des connaissances scientifiques, médicales et odontologiques complétant approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent étant nécessaires à l'acquisition des compétences pour l'ensemble des

activités de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, qui caractérise la pratique de l'art dentaire défini à l'article L. 4141-1 du code de la santé publique ;

- L'acquisition des connaissances pratiques et des compétences cliniques dans le cadre des stages et de la formation pratique et clinique ;
- Une formation à la démarche scientifique ;
- L'apprentissage du raisonnement clinique
- L'apprentissage du travail en équipe pluriprofessionnelle, en particulier avec les autres odontologistes ;
- L'acquisition des techniques de communication indispensables à l'exercice professionnel ;
- La sensibilisation au développement professionnel continu comprenant l'évaluation des pratiques professionnelles et l'approfondissement continu des connaissances.

E) Troisième Cycle

Le troisième cycle court est constitué d'une seule année, et prépare à l'exercice autonome de la profession. Les étudiants sont encore externes salariés des hôpitaux et abordent à côté des notions de comptabilité ou d'économie de la santé.

Un « stage actif », d'une durée minimale de 250 heures, doit être effectué chez un chirurgien-dentiste qualifié de maître de stage agréé. Ce stage doit permettre à l'étudiant de mettre en application, dans le cadre d'une autonomie contrôlée, les connaissances théoriques, pratiques et cliniques acquises au cours des études.

Les étudiants participent également à des actions de prévention d'intérêt général et/ou de santé publique. Ils peuvent aussi accomplir des stages hospitaliers hors des structures hospitalières d'odontologie. Cependant il est important de préciser que ces vacations d'intérêt général n'ont pu être mises en place dans chaque UFR faute de temps disponible mais aussi de terrains d'accueil.

L'annexe 2 de l'arrêté du 8 avril 2013 spécifie :

“La formation théorique (savoirs) est complétée par une formation pratique (savoir-faire) et des stages (savoir-faire et savoir-être) en odontologie, hors

odontologie et éventuellement à l'étranger. Le volume horaire de la formation est de 850 heures, dont au moins 450 heures de stage hospitalier et 250 heures de stage auprès d'un praticien.”

Selon l'arrêté du 8 avril 2013, le troisième cycle court doit permettre :

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

Le troisième cycle long représente correspond à l'internat. Afin d'y accéder, il est nécessaire d'être classé en rang utile au concours de l'internat, que l'on peut présenter en cinquième et/ou sixième année.

III. LA PACES, UN CONSTAT D'ÉCHEC

Les étudiants en odontologie sont conscients que le *numerus clausus* ne permet pas une réponse viable à long terme aux besoins de santé publique sur le territoire. Bien que nécessaire, il doit cependant être plus flexible. De même, la PACES entraîne un gâchis humain trop important, de nombreux risques psychosociaux, ainsi qu'une sélection basée uniquement sur les connaissances et non sur les compétences.

La sélection par QCM a déjà montré ses limites, et n'est pas adaptée à la sélection des praticiens de demain. Nous pensons qu'un bon professionnel de santé ne se résume pas à une masse de connaissances, mais aussi à des capacités relationnelles empathiques et respectueuses envers les autres.

L'organisation actuelle de la PACES ne valorise pas les liens entre les différentes filières et la notion de prise en charge globale du patient. Il apparaît ainsi nécessaire pour les étudiants en odontologie de réfléchir à de nouvelles modalités de sélection et de formation des professionnels de santé.

Les attentes sont importantes, les interrogations nombreuses mais les étudiants en odontologie sont prêts à travailler à l'élaboration d'un nouveau système de formation dans les filières de santé. La création de licences permettant d'accéder aux études de santé nous paraît adaptée au déroulé de nos études, en permettant une orientation plus pertinente et progressive, et répondant bien à la demande de diversification des profils.

Force est de constater qu'aujourd'hui, le *numerus clausus* entraîne une compétition malsaine entre les étudiants, une hiérarchisation des filières, tout en étant facilement contourné par des études à l'étranger. De plus, celui-ci ne permet pas de répondre à la problématique de la démographie professionnelle et ses inégalités d'accès aux soins sur le territoire.

Il est également à noter que l'accroissement du *numerus clausus* sans investissement ces dernières années a entraîné une chute du nombre d'heures de travaux pratiques, un ratio professeur/étudiant défavorable, ainsi qu'une baisse de l'activité clinique hospitalière ; d'où une position défavorable de l'UNECD en 2012 quant à son augmentation du fait de manque de moyens.

IV. DES ATTENTES FORTES POUR UNE NOUVELLE LICENCE

Cette réforme est une opportunité unique de reconstruire le système de formation hospitalo-universitaire des étudiants. Nous devons nous inscrire dans une réflexion plus humaine, concertée avec les besoins en santé publique et en lien avec les capacités de formation de nos universités, afin de répondre aux grands enjeux sanitaires de demain.

La diversification des profils dans les études de santé est un objectif louable, tourné vers une médecine plus humaine, plus proche du patient tout en consolidant la technicité et les connaissances qui placent le système de santé français parmi les meilleurs au monde.

Renforcer l'orientation des étudiants dès le lycée nous paraît une évidence face à des filières de santé dont les débouchés ne sont malheureusement que trop peu connus par les étudiants. Une orientation progressive est également souhaitable afin d'éviter les situations d'échec qui caractérisent actuellement le premier cycle.

Cette réforme est aussi l'occasion de développer l'interprofessionnalité, souhaitée par les étudiants depuis de nombreuses années. L'accès à de nouvelles compétences pour les étudiants en odontologie serait une véritable opportunité de diversification des parcours, et favoriserait les liens entre les différentes filières.

Les étudiants en chirurgie dentaire insistent cependant sur le fait que la suppression du *numerus clausus* ne doit pas être au détriment de la qualité de la formation initiale, elle doit au contraire permettre une augmentation de la qualité de formation du premier cycle et permettre aux étudiants une meilleure préparation à l'exercice professionnel.

Le réseau de l'UNECD est favorable à la mise en place de mineures dans le cadre d'une licence santé, tel que le droit, les sciences, ou la psychologie. Elles apporteront, en effet, un bagage de compétences qui seront utiles aux futurs professionnels de santé.

V. LES ETUDIANTS RESTENT VIGILANTS

La refonte du premier cycle des études en santé est une occasion de solutionner plusieurs de nos problématiques, mais nous souhaitons opposer plusieurs lignes rouges qui seront développées ci-dessous.

A) Une université accessible à tous

Les étudiants en chirurgie dentaire sont très fortement opposés à la sélection à l'entrée de l'université, qui doit rester accessible à tous. Les inégalités sociales sont bien trop importantes et discriminantes pour permettre une sélection à travers Parcoursup. L'entrée à l'université est un droit, cela doit le rester pour tous les étudiants.

B) Un investissement dans l'avenir

La première problématique exprimée par les étudiants est bien entendu la mise en place de moyens pour conduire ce projet. Cette réforme d'envergure ne pourra pas fonctionner sans un investissement adapté dans les filières de santé. Depuis de nombreuses années, les formations en santé n'ont pas reçu les fonds nécessaires à l'augmentation du numerus clausus et se retrouve maintenant dans une situation délicate.

Les capacités de formation sont déjà largement dépassées dans de nombreux UFR d'Odontologie, et l'accueil d'étudiants supplémentaires ne ferait que précariser davantage la situation. Les capacités de formation des services d'odontologie contraignant et dégradant d'ores et déjà les conditions d'exercices cliniques des futurs praticiens, ne peuvent aucunement se permettre d'accueillir davantage d'étudiants sans augmentation considérable des moyens humains, matériels et pédagogiques.

Une telle refonte de la formation en santé ne peut s'envisager à moyens constants. Les étudiants attendent des garanties fortes du gouvernement et s'opposent à une réforme sans moyens supplémentaires.

C) Des débouchés valorisés

Une majeure santé ne pourrait être créée que si des métiers valorisants et lisibles pour la population sont proposés à la fin de son cursus. Nous ne pourrions accepter l'instauration d'une licence déconnectée de l'insertion professionnelle et ne menant qu'à des métiers peu qualifiés. Ces derniers doivent devenir de réels compléments aux métiers de la santé, doivent être valorisés et permettre une sortie des études rapide et une orientation efficace. Nous proposons pour le monde dentaire, la création en sortie de licence du métier d'assistant dentaire de niveau 2.

D) Les UFR d'odontologie renforcées pour un premier cycle remanié

Cette majeure santé devra accueillir sur plusieurs années un nombre très important d'étudiants. A l'heure actuelle, aucune entité ne dispose des infrastructures nécessaires à l'accueil de promotions de milliers d'étudiants sur plusieurs années, tant bien au niveau des locaux ou des terrains de stages que du personnel administratif et enseignant. Si la coopération entre les différentes UFR est à développer, cette réforme ne doit pas imposer la disparition des UFR d'Odontologie. Nous sommes en effet attachés à l'indépendance de notre formation aux vues des spécificités très importantes de notre cursus universitaire et hospitalier.

Les étudiants sont de même attentifs quant à la préservation des travaux pratiques en licence. Alors que l'UNECD vient de publier les résultats de son enquête sur le bien-être étudiant, il en ressort un sentiment de manque de préparation au deuxième cycle clinique. Les étudiants tiennent à conserver leur professionnalisation précoce qui est l'une des spécificités des études d'odontologie.

Les travaux pratiques présents lors de la formation initiale en chirurgie dentaire entraînent actuellement des inégalités flagrantes quant au coût des études, entre les étudiants de différentes filières mais aussi entre ceux d'une même filière. Il est anormal que certains étudiants ne puissent intégrer la filière odontologie faute de moyens. Cette réforme doit mettre fin à cette injustice sociale.

La durée des études d'odontologie est en France de 6 ans, soit un an de plus que la plupart des autres pays européens². Alors que cette dernière année est déjà disparate entre les facultés, il paraît inconcevable que la Stratégie de Transformation du Système de Santé entraîne une augmentation de la durée des études.

L'augmentation des possibilités de passerelles entre les licences et filières de santé va augmenter les disparités entre les étudiants. Il sera donc nécessaire de repenser la deuxième et la troisième année du premier cycle afin de permettre une homogénéisation des compétences et permettre ainsi à tous les étudiants d'entamer le second cycle avec les mêmes compétences. La personnalisation des parcours ne doit pas se faire au détriment de la qualité de formation.

Nous tenons à rappeler que les étudiants en odontologie réalisent dès le début du deuxième cycle, des actes techniques et chirurgicaux en autonomie sur des patients, il en incombe un évident besoin de pratique dans le premier cycle.

E) Une licence confrontée au terrain

Cette réforme est l'occasion de revoir le maillage territorial des formations en santé. C'est en effet l'une des clefs pour résoudre la problématique démographique des professionnels de santé. La création d'antennes délocalisées, aussi bien pour les formations théoriques que cliniques, gérées par les différents UFR concernées, paraît justifiée pour les universités ne possédant pas de composante santé.

Nous attirons l'attention du groupe de travail sur le fait que la suppression du numerus clausus ne réglera pas les problématiques liées à la démographie médicale et qu'un investissement fort de l'Etat dans les politiques publiques rurales reste nécessaire.

Les étudiants attendent une régulation plus fine des flux et ancrée dans le réel, avec un nombre de places suffisant pour répondre aux besoins de santé publique ainsi qu'à la démographie professionnelle. Avec un âge moyen de 47,9 ans d'après des données de l'Ordre National des chirurgiens dentistes (ONCD)³, la profession va connaître une vague de départ à la retraite importante, accentuant

² <https://www.euroguidance-france.org/partir-en-europe/europe-thematiques-transversales/les-etudes-dentaires-en-europe/>

³ <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

inéluclablement les inégalités d'accès aux soins. La consultation des syndicats, des instances ordinales, des conférences de doyens ainsi que des associations représentatives étudiantes nous semble essentielle pour réaliser un état des lieux complet des besoins en santé publique et des capacités de formation des universités.

F) Une sélection repensée

Afin de ne pas recréer une voie royale avec la majeure santé, les modalités de sélection entre majeures et mineures devront préserver une équité des chances, via une harmonisation nationale d'une part, et la mise en place d'une commission régionale d'harmonisation des candidatures. Si l'étudiant a plus de chance d'accéder à la filière de son choix par le biais d'une majeure santé, elle sera alors considérée de facto comme une nouvelle PACES.

La sélection des étudiants dans les majeures et les mineures doit être absolument cadrée au niveau national, afin de garantir l'égalité des chances des candidats issus de différentes universités et de tout niveau social.

VI. CONCLUSION

D'après les étudiants en chirurgie dentaire, une refonte complète du premier cycle est nécessaire, dans le but de renforcer l'interprofessionnalité, la diversification des profils, et d'aboutir à une orientation progressive et une médecine plus humaine.

Nous attirons cependant l'attention du groupe de travail ministériel sur la place des UFR d'Odontologie, les investissements nécessaires, les modalités de sélections impartiales, et une gestion démographique des flux au plus proche des besoins.

Il apparaît ainsi nécessaire de poursuivre et de pousser la réflexion : nous fixons en ligne rouge une poursuite de la concertation des différents acteurs afin de ne pas précipiter une mise en œuvre qui s'avérerait précoce.

VII. CONTACTS

Ewen Le Drast

Vice-président de l'UNECD (Union Nationale des Etudiants en Chirurgie-Dentaire)
en charge des affaires académiques

07 70 51 52 97

academique@unecd.com

Edouard Lequertier

Président de l'UNECD (Union Nationale des Etudiants en Chirurgie-Dentaire)

06 67 48 91 11

president@unecd.com