UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2021] N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 2021

Par Morgan ROBERT

Né le 22 MAI 1995 à LILLE – France

La formation continue à la faculté d'Odontologie de Lille : étude qualitative par entretiens.

JURY

Président :	Madame la Professeure DELFOSSE Caroline
Assesseurs :	Madame le Docteur BOCQUET Emmanuel
	Madame le Docteur BLAIZOT Alessandra
	Monsieur le Docteur BOITELLE Philippe
	Monsieur le Docteur KABBARA Rémy

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Directeur du Département facultaire d'Odontologie	:	Pr. E. DEVEAUX
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	-

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Responsable du Département d'**Odontologie Pédiatrique**
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie **Directeur du Département Facultaire d'Odontologie**

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de **Parodontologie**
E. BOCQUET	Responsable du Département d'**Orthopédie Dento-Faciale**
C. CATTEAU	Responsable du Département de **Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.**
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de **Dentisterie Restauratrice Endodontie**
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de **Chirurgie Orale** Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de **Biologie Orale**
W. PACQUET	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des **Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux**
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de **Prothèses**

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury,

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire
Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
Habilitation à Diriger des Recherches (Université de Clermont Auvergne)
Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »
Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »
Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires »
Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique

Professeure DELFOSSE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de ce jury et je vous en suis infiniment reconnaissant. Cette thèse n'existerait pas sans votre implication, aussi je vous remercie également d'avoir accepté de participer à cette étude avec tout le sérieux et la volonté qui vous caractérisent. J'espère que ce manuscrit sera à la hauteur de vos attentes et que vous y trouverez l'expression de mon plus profond respect pour vous et votre travail.

Madame le Docteur Emmanuel BOCQUET

Maitre de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Orthopédie Dento-Faciale

Docteur en Chirurgie Dentaire
Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie
Master 2 Recherche Biologie Santé
Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales
Certificat d'Etudes Supérieures de Biologie de la Bouche
Certificat d'Etudes Supérieures d'Orthopédie Dento-Faciale

Ex-Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Lille
Responsable du Département d'Orthopédie Dento-Faciale
Coordonnateur inter-régional du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'Orthopédie Dento-Faciale

Docteur BOCQUET,

Malgré vos charges très importantes, vous avez notamment accepté de contribuer à l'élaboration de cette thèse d'une part lors de l'entretien semi-directif et d'autre part en acceptant de siéger au sein de ce jury. Sachez que je mesure pleinement cette double implication et je vous en remercie grandement.

Monsieur le Docteur Philippe BOITELLE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Section Réhabilitation Orale
Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité. Spécialité : Mécanique des matériaux.

Master 2 recherche Biologie et Santé, mention Biologie cellulaire et biologie quantitative – Université Lille2
Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales – Université Lille2
Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Prothétique option Prothèse fixée – Université Paris Descartes
Prix 2006 Annual Scholarship Award for outstanding academic achievements in dentistry – Pierre Fauchard Academy Foundation – New-York – U.S.A

Assesseur à la Formation Continue

Docteur BOITELLE,

Je vous remercie d'avoir accepté, avec toute la sympathie qui vous caractérise, de faire partie de ce jury. Cette thèse vous concerne à double titre d'une part en votre qualité d'assesseur à la formation continue d'autre part comme participant à cette étude, chose dont je tenais à vous remercier. Aussi, je souhaite qu'elle soit à la hauteur de vos espérances.

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des CSERD
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)
Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé Publique, Spécialité épidémiologique clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)
Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analysées et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)
Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie des sciences de la santé – Université de Rouen-Normandie
Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Assesseur à la Pédagogie

Docteur BLAIZOT,

Je vous suis vivement reconnaissant d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Je tenais à vous remercier grandement pour votre importante contribution tout au long de cette thèse, notamment au moment de l'élaboration du guide d'entretien. Votre implication dans ce travail m'a été d'une aide considérable. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude la plus sincère.

Monsieur le Docteur Rémy KABBARA

Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD
Section Réhabilitation Orale
Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 1 Recherche Biologie et Santé, Parcours D : Biomatériaux : fonctionnalisation et utilisation thérapeutique, Faculté de médecine, Université de Lille 2
Certificat d'Etudes Supérieures de chirurgie dentaire d'Odontologie Chirurgicale, Médecine Buccale, Faculté de chirurgie dentaire, Université Paris 7

Rémy,

Tu as accepté de prendre la direction de ma thèse, et je te remercie sincèrement pour la confiance que tu m'as accordée. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans ta patience, tes conseils et ton soutien. Je te remercie également pour la disponibilité dont tu as pu faire preuve tout au long de la rédaction de ce manuscrit.

Je dédie cette thèse,

Table des matières

Table des abréviations **14**
1 Introduction **16**
1.1 Avant-propos 16
1.2 Contexte 17
1.2.1 Historique 17
1.2.2 Cadre législatif 18
1.2.2.1 Une triple obligation 18
1.2.2.2 Le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO) 18
1.2.2.3 Création du développement professionnel continu (DPC) 18
1.2.2.4 Réforme du DPC 19
1.2.3 Prise en charge des formations 20
1.2.4 Une diversité d'offres de formation 22
1.2.4.1 Formations obligatoires 22
1.2.4.2 Formations privées 23
1.2.4.3 Universités 24
2 Matériels & Méthodes **29**
2.1 Objectif de l'étude 29
2.2 Recueil des données 30
2.3 Analyse des données 31
3 Résultats **32**
3.1 L'administratif 32
3.1.1 Un parcours complexe 32
3.1.1.1 Les maquettes pour l'habilitation 32
3.1.1.2 La DFCA 33
3.1.1.3 France compétences 33
3.1.1.4 Achèvement de parcours 36
3.1.1.5 Schéma récapitulatif 37
3.1.2 Une recherche de rentabilité 38
3.1.2.1 Une autonomie financière 38
3.1.2.2 Différence de vision avec le monde libéral et lourdeur administrative 39
3.1.3 Dentaire, une spécialité aux besoins particuliers ? 40
3.2 L'attractivité des formations continues 41
3.2.1 Présentation des différentes formations continues proposées à Lille pour l'année 2021-2022 41
3.2.2 Image de la faculté 41
3.2.3 Atouts des formations universitaires proposées 43
3.2.3.1 La qualité de la formation et des enseignants 43
3.2.3.2 Répondre aux besoins de santé publique 44
3.2.3.3 Satisfaire la demande des praticiens libéraux 46
3.2.3.4 La pratique clinique 46
3.2.3.5 Une formation adaptée aux besoins de chacun/personnalisée 47
3.2.3.6 Une formation certifiante avec une modalité d'évaluation des connaissances et compétences 47
3.2.4 Les intervenants extérieurs 48

3.2.5 Communication 49
3.2.6 Partenariats 50
3.2.7 CES 50
3.2.8 Budget et matériel 52
3.2.9 Ouverture des DU aux étudiants 53
3.3 Ressources humaines et matérielles 55
3.3.1 Nombre d'étudiants 55
3.3.2 Nombre d'enseignants 58
3.3.3 Taux d'encadrement 59
3.3.4 La formation continue, une charge supplémentaire 60
3.3.5 Perte d'attractivité du statut hospitalo-universitaire 62
3.3.6 Manque de reconnaissance pour la formation continue 65
3.4 La formation initiale 67
3.4.1 Un continuum de formation 67
3.4.2 Compétences visées à l'issue de la formation initiale 68
3.4.3 Une « hyper sectorisation » 70
3.4.4 La réforme du 3ème cycle 72
3.4.5 Un manque de ressources et de matériel 75
3.4.6 La réforme de la PACES 76
3.4.7 Vers une augmentation du *numerus apertus* 77
3.4.8 Une répartition inégale de l'offre de formation 78
3.5 COVID 83
3.5.1 Une formation clinique désarmée 84
3.5.2 Le développement d'une nouvelle approche pédagogique 85
3.5.2.1 Le développement des supports numériques 85
3.5.3 Une nécessité ultérieure de formation continue 86
3.6 Solutions envisageables 86
3.6.1 Changer la vision pédagogique 86
3.6.1.1 Favoriser les enseignements transversaux 86
3.6.1.2 Un diplôme interuniversitaire ? 87
3.6.2 Augmenter les ressources de la formation initiale 88
3.6.2.1 Intérêt pour la formation continue 88
3.6.2.2 Moyens financiers et locaux 89
3.6.2.3 Un passage vers la privatisation de la formation initiale ? 89
3.6.3 Motivation des enseignants et valorisation de la formation continue 90
3.6.4 Une réforme du statut de l'enseignant-chercheur 91
3.6.5 Etat de la formation continue à l'heure actuelle 91
3.6.5.1 Absence de contrôle pour le DPC 91
3.6.5.2 L'e-learning ou présentiel 93
4 Discussion 95
4.1 Limites de l'étude 95
4.1.1 Limite d'une étude qualitative 95
4.1.2 Limites de cette étude 95
4.2 Un système en pleine réforme 97
4.2.1 La formation continue, une thématique dont le cadre ne cesse d'évoluer 97
4.2.2 L'UFR3S, une nouvelle composante de santé 98
5 Conclusion 101
Références bibliographiques 102
Table des figures 113
Table des tableaux 114

Table des abréviations

Abréviations	Définitions
ADF	Association Dentaire Française
ADFOC	Associations Départementales de Formation Odontologique Continue
AEU	Attestation d'Etudes Supérieures
AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AHU	Assistant Hospitalo-Universitaire
ANDPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
ARS	Agence Régionale de Santé
AUEC	Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire
CCA	Chef de Clinique Assistant
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CES	Certificat d'Etudes Supérieures
CESP	Contrat d'Engagement du Service Public
CFVU	Conseil de Formation et de Vie Universitaire
CH (R) U	Centre Hospitalier (Régional) Universitaire
CNEFOP	Conseil National de l'Emploi, de la Formation et de l'Orientation Professionnelle
CNFCO	Conseil National de la Formation Continue Odontologique
CNP-CD	Conseil National Professionnel des Chirurgiens-Dentistes
CNU	Conseil National des Universités
CSERD	Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire
CSI	Commission Scientifique Indépendante
CU	Certificats d'Université
DESCO	Diplôme d'Etudes Supérieures de Chirurgie-Orale
DESMBD	Diplôme d'Etudes Supérieures de Médecine Bucco-Dentaire
DESODF	Diplôme d'Etudes Supérieures d'Orthopédie Dento-Faciale
DFCA	Direction de la Formation Continue et de l'Alternance
DFGAO	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques
DFGSO	Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DU (DIU)	Diplôme (Inter) Universitaire
DUCOEC	Diplôme Universitaire Clinique d'Occlusodontie et d'Equilibre Corporel
DUCOROF	Diplôme Universitaire Clinique d'Occlusodontie et de Réhabilitation Orale Fonctionnelle
ECN	Examen National Classant

EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FIF-PL	Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux
FTLV	Formation Tout au Long de la Vie
GDR	Gestion Des Risques
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAS	Haute Autorité de Santé
LAS	Licence d' « Accès Santé »
MCU	Maitre de Conférences des Universités
MEOPA	Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote
MESRI	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
MSS	Ministère des Solidarités et de la Santé
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OGDPC	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
ONCD	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
ONDS	Observatoire Nationale de la Démographie et des Professionnels de Santé
OPCA-PL	Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales
OPCO-EP	Opérateur de Compétences pour les Entreprises de Proximité
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PASS	Parcours Spécifique « Accès Santé »
PU	Professeurs des Universités
RFOP	Revue Française d'Odontologie Pédiatrique
RMO	Risques Médicaux en Odontologie
RNCP	Répertoire National des Certifications Professionnelles
RSCA	Récit de Situations Complexes Authentiques
SFOP	Société Française d'Odontologie Pédiatrique
SIAPS	Score Individuel d'Aptitude Pédagogique en Santé
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UFR3S	Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé et du Sport
UHOD	Unité Hospitalière d'Odontologie Délocalisée
UNAFOC	Union National de Formation Odontologique Continue
UNECD	**Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire**
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URSSAF	Union pour le Recouvrement des cotisations de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales.

1 Introduction

1.1 Avant-propos

L'odontologie se définit comme « l'étude des dents, de leurs maladies et du traitement de celles-ci ». C'est une discipline médicale qui est en constante évolution grâce aux progrès scientifiques dans l'approche médicale de la maladie carieuse et/ou parodontale mais également par les progrès techniques au niveau de la prise en charge et technologiques liés à un matériel de plus en plus perfectionné. Par conséquent, le praticien devra mettre à jour de manière régulière ses connaissances théoriques mais également son savoir-faire thérapeutique pour assurer la meilleure qualité des soins à ses patients. La formation continue est bien une obligation pour tout professionnel de santé.

L'université, quant à elle, est en charge de la formation initiale. Elle est responsable de la base de connaissances et compétences que doivent acquérir les étudiants afin qu'ils obtiennent le diplôme d'Etat de chirurgie dentaire. Elle a également son rôle dans la formation continue auprès des praticiens déjà diplômés grâce aux formations courtes ou diplômantes qu'elle propose.

L'objectif de ce travail est de connaître via la réalisation d'une enquête qualitative les facteurs limitants ou a contrario les éléments bénéfiques à la mise en place et à l'existence d'une formation diplômante au sein de la faculté dentaire de Lille.

Cette thèse se décompose en 4 parties :

- la première partie de ce travail replace le sujet dans son contexte et précise l'objectif du travail
- la seconde développe la méthodologie de l'étude mise en place pour répondre à cet objectif
- la troisième présente les résultats
- on retrouve dans la dernière partie la discussion avec les limites et perspectives éventuelles.

1.2 Contexte

1.2.1 Historique

Apparues dès l'Antiquité, les connaissances en odontologie n'ont cessé d'évoluer au fil des époques. Différentes méthodes ont été employées pour permettre de véhiculer ces enseignements dont « les écrits - manuscrits, imprimés, les observations, démonstrations et leçons, ainsi que la transmission orale » qui ont permis la progression de ce savoir-faire (1).

Une séparation entre médecin et chirurgien s'est opérée au Moyen-Age, et va être source de tensions entre les deux parties. Les chirurgiens étaient liés aux barbiers par leur dimension artisanale. Une seconde scission va se réaliser avec la création de deux confréries celle de Saint Come et Saint Damien pour les chirurgiens, et celle des barbiers. Des rivalités vont naitre entre ces deux entités pour obtenir le monopole de la chirurgie. Les barbiers vont se placer alors sous la protection de la Faculté de médecine qui leur dispense des cours afin d'exercer un contrôle sur la pratique dentaire. Ceci va permettre de les légitimer et par conséquent de nuire aux chirurgiens qui voulaient s'approprier l'exercice de l'art dentaire. Cependant, une majorité des soins dentaires s'effectuait hors des villes par une pratique empirique exercée par des opérateurs sédentaires considérés comme des guérisseurs, des colporteurs ayant un but lucratif ou encore des charlatans. L'exercice dentaire était mal délimité et son organisation imprécise (2).

Ce sont les monarques Louis XIV puis Louis XV qui ont établi un cadre réglementaire obligeant les praticiens à se former en suivant des cours et à passer un examen leur conférant le droit d'exercer. Ainsi naissent les « premiers experts pour les dents » prenant rapidement le nom de chirurgiens-dentistes (1).

C'est véritablement durant le siècle des Lumières que le développement scientifique de l'odontologie a été initié avec notamment la première monographie de Pierre Fauchard publiée en 1728. Il est reconnu par certains comme le père de la dentisterie moderne, avec par exemple l'élaboration de nouveaux traitements orthodontiques élaborés. De multiples écrits ont été rédigés et publiés pendant ce siècle contribuant à l'avancée des connaissances en odontologie. Enfin des découvertes scientifiques au XIXème siècle, comme la triade de Miller permettant de comprendre le développement de la carie, ont posé les bases scientifiques permettant l'avènement de la dentisterie actuelle telle que nous la connaissons (1).

1.2.2 Cadre législatif

1.2.2.1 Une triple obligation

Le chirurgien-dentiste, qu'il soit salarié ou libéral, a un devoir de formation continue. C'est une obligation déontologique qui se retrouve au sein du code de Déontologie (appartenant au code de la santé Publique), dans l'article R.4127-214 : « Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue » (3).

C'est aussi une obligation conventionnelle, elle est évoquée dans la convention dentaire nationale (4). Pour finir, il existe une obligation légale de formation continue qui s'applique à tous les professionnels de santé. Cette dernière est retrouvée dans :

- La loi relative aux droits des malades du 4 mars 2002, dite loi Kouchner (5).
- La loi de Santé Publique de 2004 (6).

1.2.2.2 Le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO)

Après leur inscription au tableau de l'Ordre, l'ensemble des chirurgiens-dentistes est soumis à une obligation de formation continue depuis le décret du 2 juin 2006 (7).

Auparavant c'était le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO), créé le 20 juillet 2006, qui était responsable du suivi de la formation continue (7). Il accordait la légitimité des sociétés et revues de formation satisfaisant les critères pédagogiques, déontologiques et scientifiques. Les praticiens avaient le devoir de participer à 2.5 jours de formation par an. Ils devaient accumuler 800 crédits de formation sur 5 ans avec une fréquence minimale de 150 crédits par an. Il existait un barème concernant ces crédits qui pouvaient être majorés de 20% si les formations intéressaient les problématiques de santé publique fixées par le CNFCO et le ministère de la santé (8).

1.2.2.3 Création du développement professionnel continu (DPC)

La loi de réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, a transformé la Formation Continue Odontologique en Développement Professionnel Continu (DPC) (9).

Le développement professionnel continu (DPC) comprend la formation continue mais également l'évaluation des pratiques professionnelles. Les objectifs de ce DPC sont bien que les praticiens soient capables d'une auto-évaluation sur leurs connaissances et savoir-faire. Puis après avoir participé à une formation, qu'ils soient en mesure de voir l'impact de l'enseignement au niveau de leur pratique quotidienne et leur évolution (9).

Un groupement d'intérêt public nommé « Organisme gestionnaire du développement professionnel continu » (OGDPC), est également créé. Il a pour missions ; le financement du DPC, l'accréditation des organismes de DPC et l'inscription, le suivi et l'indemnisation des chirurgiens-dentistes (9).

Un questionnaire est à remplir avant la formation et un autre 3 mois à l'issue de celle-ci. Ce laps de temps est indispensable pour que le praticien ait le recul nécessaire pour évaluer l'incidence de cette acquisition de connaissances sur son exercice professionnel (10).

Dans le but de contrôler le contenu scientifique proposé par les organismes de formation, la commission scientifique indépendante (CSI) constituée de chirurgiens-dentistes voit le jour. Elle vérifie si leur programme est en adéquation avec les orientations nationales fixées par le ministère de la santé et conforme avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (11). Depuis 2013, le chirurgien-dentiste a le devoir de participer à un programme DPC une fois par an (10).

1.2.2.4 Réforme du DPC

En 2015, la loi Touraine prévoit de réformer le DPC. La profession émet quelques craintes sur l'application future du nouveau DPC pour les chirurgiens-dentistes. Un manifeste des associations scientifiques, hospitalo-universitaires, des syndicats et du conseil de l'ordre est paru en janvier 2015, appelé « Manifeste pour la défense de la formation continue de notre profession ». Il prône un investissement plus important de la profession dans la formation continue pour aboutir à des soins plus qualitatifs et correspondants au mieux aux besoins de la santé publique (12).

A cela s'ajoute un contexte d'incompréhension de la profession suite à la suppression du financement des sessions de DPC 2015 des chirurgiens-dentistes.
Cela entraîne la création par l'ordre et la profession en mai 2015 d'une association

de loi 1901, le Conseil National Professionnel des Chirurgiens-dentistes (CNP-CD), pour apporter un nouveau dynamisme à cette nécessité qu'est la formation continue. Le CNP-CD est l'intermédiaire entre la profession et les pouvoirs publics et notamment l'OGDPC (12-13).

La loi Modernisation de notre système de santé a été adoptée le jeudi 17 décembre 2015 par l'Assemblée nationale. Elle est publiée au journal officiel le 26 janvier 2016 (loi 2016-41). Un décret n°2016-942 change la dénomination de l'OGDPC qui prend le nom d'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). L'obligation de formation annuelle pour les chirurgiens-dentistes passe désormais à un parcours DPC tous les 3 ans. (14-15)

Concrètement, la procédure peut comporter « des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou de gestion des risques (GDR) » (16). Plusieurs possibilités existent pour répondre à l'obligation de formation continue :

- Suivre au minimum tous les 3 ans, deux actions différentes parmi les trois types d'actions DPC, proposées par un organisme agréé auprès de l'ANDPC dont une s'inscrivant dans les orientations prioritaires.
- Suivre le parcours d'actions défini par le CNP-CD (16).

C'est l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) qui a reçu la charge par l'Etat du contrôle de l'obligation de formation continue selon l'article R.4021-23 (15). Le praticien doit transmettre les éléments justifiant de sa conformité au DPC grâce à un document de traçabilité. Ce document est fourni par l'ANDPC sur son site internet comme le mentionne l'article R.4021-5 (15).

L'obligation de certification périodique de certaines professions de santé dont les chirurgiens-dentistes a été créée par l'ordonnance n°2021-961. Elle est applicable à compter du 1er janvier 2023.

1.2.3 Prise en charge des formations

Plusieurs organismes permettent la prise en charge de formations continues, notamment le FIF-PL, ACTALIANS ainsi que l'ANDPC. Ils doivent pour cela avoir le label Qualiopi au 1er janvier 2022 (ce point sera développé ultérieurement).

Le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux ou FIF-PL, est « un fonds d'assurance formation agréé par Arrêté Ministériel du 17 mars

1993, publié au Journal Officiel, le 25 mars 1993. » Ne peuvent prétendre à une contribution du FIF-PL que les « travailleurs indépendants, membres des formations libérales (à l'exception des médecins) qui exercent en entreprise individuelle ou en qualité d'agent majoritaire (Travailleur Non Salarié) » (17).

Pour les chirurgiens-dentistes, il faut donc avoir le statut libéral et être inscrit à l'URSSAF. Ils doivent faire une demande de prise en charge en ligne, sur le site du FIF-PL dans les 10 jours précédant le 1er jour de la formation (18).

La prise en charge ne concernera que le coût pédagogique susceptible d'être pris en charge annuel de la profession. Le budget annuel accordé pour les chirurgiens-dentistes est plafonné à 250 € par jour et limité 750 € par an par professionnel pour la grande majorité des thèmes de formation continue (19). Il existe une prise en charge spécifique qui ne vient pas en déduction du budget pour l'année en cours du praticien :

- Pour les formations longue durée d'une durée minimale de 100 heures dont le(s) thème(s) de formation entre(nt) dans les critères de prise en charge annuelle de la profession. Cette prise en charge est possible tous les 3ans. Elle est plafonnée à 70% du coût réel de la formation et limitée à 2500 €.
- Pour la participation à un jury d'examen, elle est limitée à 2 jours par an. Le plafond est de 200 € par jour (18-19).

Pour les chirurgiens-dentistes ayant le statut de salarié mais également les assistantes dentaires, la demande de financement s'effectue auprès de l'OPCO-EP (Opérateur de compétences pour les entreprises de proximité) (20) (21). L'OPCO-EP est l'instance qui remplace ACTALIANS, l'ancien Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (OPCA-PL) depuis le 1er avril 2019 (21) (22).

L'Agence nationale du DPC (ANDPC) des professionnels de santé de France « est un Groupement d'Intérêt Public (GIP), constitué paritairement entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Il assure le pilotage du Développement Professionnel Continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers, autres salariés et libéraux de France mais participe également à la prise en charge financière des actions et programmes prévus dans le cadre du DPC » (23).

Pour jouir d'une prise en charge, le praticien devra être inscrit sur le site www.mondpc.fr, et demander l'inscription à l'action de DPC souhaitée. Si la formation est suivie un dimanche ou un jour férié, aucune indemnisation ne sera accordée. La

durée minimale d'une formation pour pouvoir prétendre à une indemnisation est de 3 heures. Pour l'année 2021, chaque chirurgien-dentiste a la possibilité de profiter d'une prise en charge de 14 heures pour le suivi d'action de DPC (formation continue, évaluation de gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles, programme intégré) (24). Le montant de l'indemnisation réglé au chirurgien-dentiste, dépend du type d'action DPC suivi :

- Pour la participation à une action de formation continue, il sera de maximum 45 € par heure présentielle (dont une séance de 3 h consécutives minimum) et 22,50 € par heure non présentielle.
- Pour la participation à une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou de gestion des risques (GDR) (de 3 heures présentielles minimum, non obligatoirement consécutives), il sera de 45 € par heure.
- Un programme intégré comprend au moins 2 types d'action de DPC. (Formation continue, EPP, GDR). Suivre un tel programme entraîne une possibilité d'indemnisation de 45 € par heure, sous réserve qu'il soit d'une durée minimale de 3 heures (pas obligatoirement consécutives) (24).

Ces montants ne seront attribués que si le nombre d'heures du forfait du chirurgien-dentiste (soit 14 heures) n'est pas totalement consommé (24).

1.2.4 Une diversité d'offres de formation

1.2.4.1 Formations obligatoires

Il existe tout d'abord des formations pour lesquelles un chirurgien-dentiste a l'obligation d'être à jour. Il aura une attestation de formation à produire en cas de contrôle. Elles sont pour le moment deux officiellement :

- La radioprotection des patients, à renouveler tous les 10 ans (25). Elle vise à maitriser les principes de justification et d'optimisation de radioprotection afin de réaliser le diagnostic et le traitement en sécurité pour les personnes exposées, tant patients que praticiens (26).
- AFGSU de niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence), à renouveler tous les 4 ans (27). Elle vise à transmettre des connaissances permettant aux praticiens d'identifier une situation

d'urgence et de réagir en attendant l'arrivée des secours. Les assistants dentaires sont eux-aussi soumis à cette obligation de formation depuis l'entrée de leur profession dans le code de la santé publique (28). Les chirurgiens-dentistes employant des assistants dentaires ou aides dentaires devront s'assurer qu'ils soient à jour dans leur formation :

- AFGSU 2 pour les assistants.es dentaires (intégré dans leur formation initiale depuis 2019), et AFGSU 1 pour les aides dentaires à renouveler tous les 4 ans
- Formation continue à la stérilisation pour les deux professions à renouveler tous les 5 ans (29)

En raison du contexte sanitaire, la durée de validité des AFGSU 1 et 2 arrivant à échéance en 2020, 2021 est prolongée de 2ans.

1.2.4.2 Formations privées

Notre objectif étant la formation continue au sein de la faculté d'Odontologie donc la formation publique, nous ne détaillerons pas cette sous-partie. Néanmoins, il existe en France de multiples offres de formations privées qui couvrent l'intégralité des domaines de l'art dentaire (prothèse, endodontie, parodontie, odontologie pédiatrique, esthétique en général, chirurgie, implantologie et bien d'autres disciplines) ainsi que de gestion du cabinet.

- L'Union Nationale de Formation Odontologique Continue (UNAFOC), constituée en 1990 est un organisme qui a pour but de représenter au niveau national l'intégralité des associations départementales de formation odontologique continue (ADFOC). Le site internet de l'UNAFOC permet au chirurgien-dentiste de retrouver et/ou sélectionner la formation qu'il désire en fonction du département, du thème ou encore de la date souhaitée (30).
- L'Association dentaire française (ADF) organise un congrès sur 5 jours en plus des formations en ligne.

On dénombre par ailleurs de nombreuses organisations, nationales pour les plus connues, qui proposent des formations dans un domaine spécifique. Elles complètent leurs formations par des articles publiés dans des revues scientifiques.

(Exemple la SFOP (Société française d'odontologie pédiatrique) qui publie la RFOP (Revue Française d'Odontologie Pédiatrique))
L'agence nationale du DPC, reconnaît et accrédite certaines des formations mises à disposition.

1.2.4.3 Universités

Les universités sont des établissements autonomes et pluridisciplinaires depuis la loi Faure du 12 novembre 1968. La loi n°84-52 du 26 janvier 1984 dite « loi Savary » réforme l'enseignement supérieur. Elle redéfinit ses missions :

- « La formation initiale et la formation continue »
- « La recherche scientifique et technologique et la valorisation de ses résultats »
- « La diffusion de la culture et l'information scientifique et technique »
- « La coopération internationale » (31)

Il existe 15 facultés de chirurgie dentaire aussi nommées Unités de formation et de recherche (UFR) en France sans compter les antennes qui leur sont rattachées. Ce sont les facultés de Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris (issue de la fusion récente entre Paris V Paris Descartes et Paris VII Denis Diderot), Rennes, Strasbourg et Toulouse. Ces établissements sont à la fois responsables de la formation initiale des étudiants mais dispensent également des programmes de formation continue pour les praticiens.

Ces programmes peuvent être de deux natures :

- des formations courtes dites non diplômantes. Elles s'effectuent en général sur une journée et peuvent traiter de sujets variés.
- des formations diplômantes. Ce sont des formations complémentaires spécifiques au diplôme d'Etat de chirurgie dentaire. On distingue notamment le diplôme universitaire (DU) ou inter-universitaire (DIU), le certificat d'études supérieures (CES) et l'attestation universitaire. Certaines sont considérées comme équivalentes à un programme DPC.

Nous nous intéresserons dans le cadre de cette thèse plus particulièrement aux formations qualifiantes. Les prérequis sont majoritairement les mêmes entre les DU et les CES, à savoir l'obtention d'un diplôme de chirurgien-dentiste.

Il est possible de poursuivre certaines de ces formations dès le 3ème cycle de la formation initiale (thèse d'exercice ou étudiant interne).

Les CES sont encadrés par le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. La dénomination, les prérequis, les objectifs et le contenu théorique des différents CES disponibles en odontologie sont fixés par arrêtés ministériels.
En effet, au sein des différentes facultés le programme des CES de même dénomination est similaire. Organisés sous forme d'unités d'enseignement, ces formations diplômantes ont une durée minimale de 1 an et permettent l'obtention de crédits européens (32).

Les DU anciennement appelés Certificats d'Université (CU), sont mentionnés dans l'article L.613.2 du code de l'Education : « Les établissements peuvent aussi organiser, sous leur responsabilité, des formations conduisant à des diplômes qui leur sont propres ou préparant à des examens ou des concours » (33).
Ils disposent d'un contenu libre fixé par l'université qui dispense ladite formation.

Les DIU sont organisés en commun entre différentes UFR qui le proposent. Un DIU nécessite un vote du conseil d'université de la faculté concernée. Aucune subvention n'est accordée par l'Etat pour son déroulement, ces formations fonctionnent sur fonds propres (34).
L'établissement fixe dans la règlementation du DU qu'il veut créer :

- les prérequis pour l'inscription
- les frais de formation
- le nombre de places disponibles
- le programme et de la durée de la formation
- les conditions de validation de ce diplôme

Il existe donc une multitude de diplômes universitaires proposés dans les différentes UFR de France. Toutes les facultés ne présentent pas la même offre d'enseignement au niveau des formations diplômantes que ce soit au niveau des attestations universitaires d'enseignement complémentaire (AUEC), DU ou même CES. Le tableau 1 ainsi que l'histogramme (figure 1) ci-dessous montrent une offre assez inégale entre les différentes Unités de Formations et de Recherche (UFR). Ces données sont issues du site internet de ces dernières (35 à 53). Les responsables des services de scolarité des diverses facultés ont été sollicités afin de

connaître les formations dispensées pour chacune d'entre elles pour cette nouvelle année 2021-2022. Cinq d'entre eux n'ont pas pu être contactés, à savoir Bordeaux, Marseille, Nantes, Nancy et Rennes, ce qui a entravé l'actualisation des données. Les informations concernant ces dernières sont donc uniquement issues de leur site internet. Les enseignements ouverts aux chirurgiens-dentistes mais organisés par les facultés de médecine n'ont pas été pris en compte.

Les DU sont les diplômes les plus représentés, avec plus de 2 DU pour un CES ou une AUEC. Avec un total de 178 diplômes mis à disposition, la moyenne nationale est donc de 11 formations par faculté. La moitié des UFR d'odontologie se situe en dessous cette valeur.

Arrivant à la 12ème position, la situation lilloise n'est pourtant pas catastrophique. En effet, depuis l'ouverture de trois nouvelles formations cette année, elle tend à atteindre cette moyenne. De plus, il est à noter que le DU clinique d'occlusodontie et d'équilibre corporel n'est pas dispensé cette année en raison d'un nombre insuffisant d'inscrits et non d'un manque d'encadrants.

Tableau 1 : Le nombre de formations continues proposées en 2021-2022 en fonction des facultés

	Attestation d'études supérieures (AEU)	Certificat d'études supérieures (CES)	Diplôme universitaire ou Inter-universitaire (DU ou DIU)	TOTAL
BORDEAUX	1	7	9 dont 2 DIU	17
BREST	0	0	2	2
CLERMONT-FERRAND	4	0	2	6
LILLE	4	0	4	8
LYON	5	0	5	10
MARSEILLE	2	3	7	12
MONTPELLIER	3	5	8 dont 1 DIU	16
NANCY	0	2	4+1 diplôme cursus ingénieur	6+1
NANTES	2	6	4	12
NICE	6	1	7 dont 1 DIU	14
PARIS V (DESCARTES)	1	7 (communs avec Paris VII)	9 dont 1 commun avec DIDEROT et 1 DIU	17
PARIS VII (DIDEROT)	0	9 (dont 7 communs avec Paris V)	11 dont 1 commun avec Paris V et 3 DIU	20
REIMS	0	2	4	6
RENNES	0	6	4	10
STRASBOURG	1	1	7	9
TOULOUSE	9	3	11 dont 1 DIU	23
TOTAL*	38	45*	95*+1	178*+1

(*) : Les CES et DIU en commun entre plusieurs établissements ne sont comptabilisés qu'une fois pour le total final et par formation.

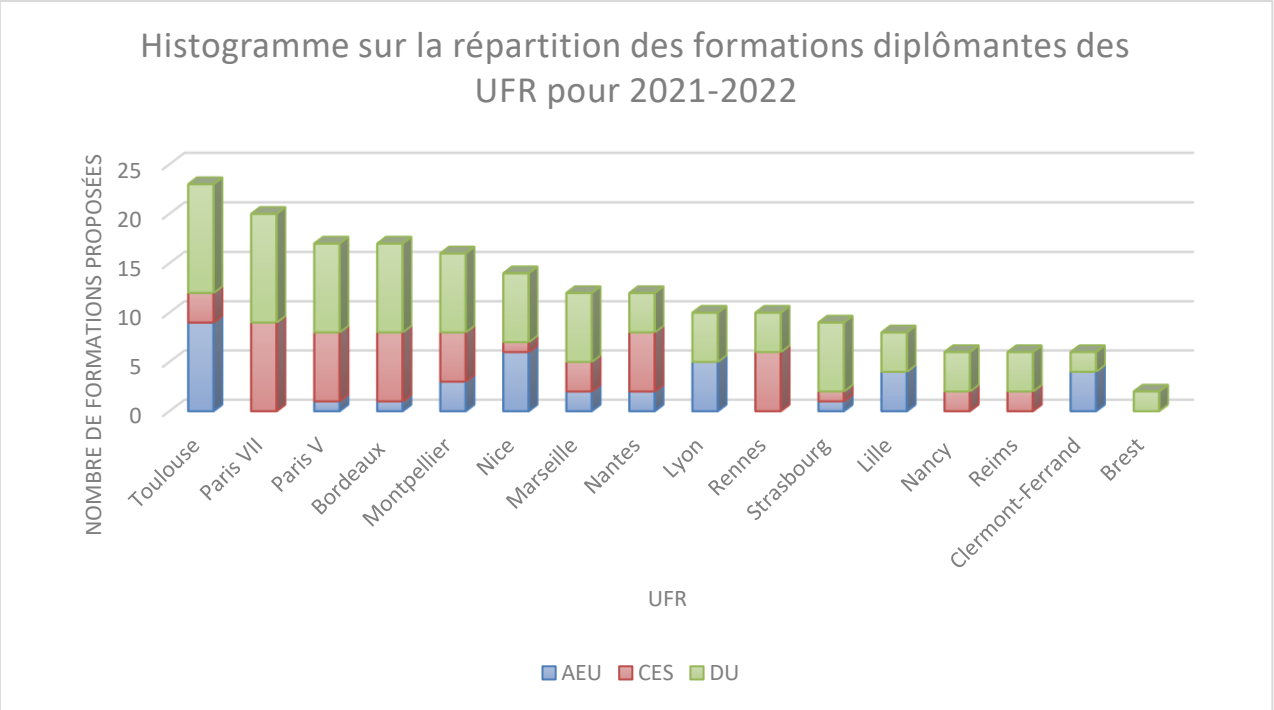

Figure 1 : Histogramme de la répartition des formations diplômantes par UFR pour 2021-2022

Notre étude s'attachera à déterminer les problématiques rencontrées par les différents personnels éducatifs lors de la création d'une nouvelle offre de diplôme au sein d'une UFR.

Existe-t-il des facteurs qui permettent d'influencer positivement la création de nouveaux diplômes ? Au contraire des facteurs limitent ou empêchent-ils l'existence de cette nouvelle formation ?

2 Matériels & Méthodes

2.1 Objectif de l'étude

La problématique de cette étude visera à déterminer : Quels sont les facteurs bénéfiques ou, *a contrario*, les freins rencontrés à l'élaboration et/ou à la mise en place d'une formation continue au sein des différents départements de la faculté d'Odontologie de Lille ?

D'une manière générale, une étude peut être réalisée soit par l'approche quantitative soit par l'approche qualitative.

Une étude quantitative a pour objectif de décrire les caractéristiques d'une population, et permet la mesure d'avis ou de comportement au sein de cette population. Elle est employée pour évaluer l'incidence ou l'efficacité d'un phénomène ou établir des corrélations entre plusieurs variables. Elle est souvent menée à l'aide de questionnaires, le plus souvent écrits à choix multiples.

C'est bien par une approche hypothético-déductive, que l'enquête va permettre via les données collectées de valider une ou plusieurs hypothèses établies à priori.

Une étude qualitative, en revanche, suit plutôt une logique inductive. C'est-à-dire que ce sont les données récoltées sur le terrain qui vont permettre d'émettre des hypothèses sur les phénomènes. Les études qualitatives ont pour souvent une vocation exploratoire sur le thème autour duquel les données sont recueillies. Très utilisées notamment en sciences humaines et sociales, elles amènent à une compréhension plus profonde de l'objet d'étude qui est lui-aussi en constante évolution de par sa corrélation avec les données recueillies. « Ce processus de passage du particulier vers le général est typiquement inductif. » L'étude qualitative « élabore une connaissance holistique de la réalité » c'est-à-dire qu'elle essaye de tenir compte de tous les facteurs, d'étudier l'objet d'étude dans son intégralité (54-55).

Nous avons choisi d'effectuer une étude qualitative.

- D'une part car la population choisie est peu nombreuse, à savoir l'ensemble des responsables des différents départements ainsi que les responsables ou co-responsables de formation continue, ce qui nous a permis de faire une enquête exhaustive. Aucun échantillonnage aléatoire n'a donc été constitué pour cette étude. 12 intervenants ont donc été sélectionnés.

- D’autre part car nous nous sommes intéressés à déterminer les éléments influençant le développement d’un enseignement : comment contrarient-ils la mise en place ou la pérennité de cette formation ou au contraire comment et pourquoi la favorisent-ils ?

2.2 Recueil des données

L’étude s’est articulée autour de la réalisation d’entretiens individuels semi-structurés soit avec les responsables des différents départements, soit avec les responsables ou co-responsables des formations continues dispensées. Le choix d’entretien individuel devait permettre une liberté et une franchise dans les réponses des intervenants sans qu’ils aient à subir l’opinion personnelle ou l’intervention de personne extérieure. Les entretiens ont été réalisés en face à face à la faculté d’Odontologie de Lille, dans une salle réservée au préalable ou dans le bureau des participants pour ceux qui disposent d’un bureau personnel.

Un guide d’entretien a été élaboré pour que les entretiens se déroulent de façon reproductible entre les différents participants, il est composé des principales questions qui ont permis de structurer les entretiens (Figure 2).

Une lettre d’information a été distribuée aux participants par courrier électronique, avec une demande de participation ainsi que le guide d’entretien en pièce-jointe. A la suite d’une réponse positive, les modalités ainsi que la date de l’entretien sont fixées selon les disponibilités des participants.

Les conversations ont toutes été enregistrées à l’aide d’un dictaphone, et ont toutes débuté avec le recueil du consentement éclairé de chaque participant. Il a été précisé que les enregistrements audio seront supprimés à la suite de la soutenance de la thèse d’exercice. Une prise de notes minime a eu lieu durant chaque entretien pour permettre à l’investigateur de se souvenir puis de réagir à un propos du participant sans avoir à l’interrompre dans le fil ses réflexions. Afin de préserver au mieux leur anonymat, un numéro a été attribué à chacun des enseignants. 10 intervenants sur les 12 prévus initialement ont accepté de participer à cette étude.

1/ Mieux connaitre votre parcours professionnel

- Décrivez-moi votre parcours professionnel.
- Décrivez-moi votre expérience en tant que participant à des formations continues et votre avis sur celles-ci.

2/ Pour les formations continues déjà opérationnelles/en cours de projet dans lesquelles votre département est impliqué, les décrire succinctement (prérequis, nombre de candidats, compétences/ objectifs pédagogiques…)

3/ Mieux connaitre les enjeux autour de la formation continue au sein de la faculté de chirurgie dentaire de Lille

- **Des intérêts et apports,**
- **Des limites et freins,**
- **Des soutiens,**
- **Place de l'Université**

4/ Des éléments complémentaires que vous aimeriez aborder sur ce thème de la formation continue.

Nous vous remercions très sincèrement du temps accordé à la réussite de ce projet.

Figure 2 : Guide d'entretien pour la réalisation de l'étude (Source : Dr Blaizot A)

2.3 Analyse des données

Rapidement après chaque entretien, une retranscription textuelle a été effectuée. Cela a permis d'éviter la perte d'information, et conserver le sens général de chaque entretien. Une procédure de codage a ensuite été entreprise. Cette analyse a pour objectif de rechercher au sein de chaque phrase mentionnée un ou des éléments de réponse à la problématique abordée. Ces éléments ont ensuite été classés et surlignés selon un code couleur :

- Jaune, les freins à la mise en place ou pérennité d'une formation continue
- Rose, les apports de la mise en place ou pérennité d'une formation continue
- Bleu, les solutions et propos annexes ayant rapport avec la problématique

Une fois surlignées, les idées ont été répertoriées dans un tableau, intervenant/idées pour avoir une idée du poids de chaque information (aucune n'a été cependant délaissée). Certaines ont été associées pour correspondre à un sous-thème, et les sous-thèmes ont ensuite été eux-mêmes associés en grands thèmes.

3 Résultats

L'analyse thématique a permis de mettre en évidence 6 grands axes de réflexion :

- L'administratif
- L'attractivité des formations universitaires
- Les ressources humaines
- La formation initiale
- La crise sanitaire liée à la Covid
- Les solutions envisageables

3.1 L'administratif

L'ensemble des entretiens a clairement permis de mettre en évidence que le principal frein à la mise en place d'une nouvelle formation continue, ou à la pérennité d'une formation existante est la complexité administrative. 10 enseignants sur les 10 interrogés ont évoqué ce frein, concernant la *« lourdeur administrative ».* Il sera détaillé par la suite ce processus contraignant.

3.1.1 Un parcours complexe

3.1.1.1 Les maquettes pour l'habilitation

L'élaboration d'un projet de formation continue est un long processus. Il nécessite une habilitation puis une réhabilitation tous les 4 ans. Cela commence par la création d'une maquette composée, actuellement à la faculté d'Odontologie, de deux documents à remplir pour tout porteur de projet de formation continue :

- Un document d'aide à la décision pédagogique
- Un document d'aide au montage financier

Ceux-ci sont remplis avec l'aide de la gestionnaire de la formation continue de la faculté de chirurgie dentaire, Mme Blanquet et du responsable des services, Mr Dropsit. Un intervenant a également mentionné l'accompagnement la DIP, Direction de l'Innovation Pédagogique, afin d'aiguiller sur la cohérence du projet et monter une *« scénarisation pédagogique »* ainsi que l'aide d'une autre cellule de l'Université U-LINK, qui a pour mission de *« faire le lien entre l'université et les partenaires industriels »* (56).

3.1.1.2 La DFCA

La formation continue est sous la responsabilité de la direction générale déléguée à la FTLV (Formation Tout au Long de la Vie). Au sein de cette FTLV à l'Université de Lille, il existe une sous-direction qui s'occupe de la formation initiale, et une autre le DFCA qui encadre la formation continue professionnelle et l'alternance.

La DFCA, Direction de la Formation Continue et de l'Alternance de l'Université de Lille, a pour rôle est d'orienter les porteurs de projets, et de veiller à ce que les documents soient bien remplis. Deux intervenants porteurs de projets ont tenu à souligner qu'ils avaient bénéficié d'une aide administrative de la part de cette composante afin de résoudre cette « *complexité administrative* ». La correspondante principale à la DFCA est Mme Thuillier, qui travaille avec la coopération de Mme Blanquet en interne. L'enseignant devra effectuer des échanges avec ces deux interlocutrices.

En parallèle, Mme RIBU qui travaille également à la DFCA, vérifie le bon déroulement du dossier, pour que la formation puisse recevoir sa certification qualité. Pour ce faire, elle passe par l'intermédiaire de France compétences.

3.1.1.3 France compétences

FRANCE COMPETENCES est l'unique instance de gouvernance nationale de la formation continue et de l'apprentissage. Sa création du 1er janvier 2019, fait suite à la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel du 5 septembre 2018. Sa direction est composée de 4 parties distinctes : l'Etat, les régions, les organisations syndicales ainsi que des personnes qualifiées. L'objectif de cette instance est « d'assurer le financement, la régulation et l'amélioration du système de la formation professionnelle et de l'apprentissage » (57). Concrètement, elle permet aux porteurs de projets de formations continues de pouvoir certifier de la qualité de leur enseignement et que leurs participants puissent bénéficier d'aides financières par les OPCO, tel que le FIF-PL pour les libéraux, ou encore par l'ANDPC de manière générale.

Pour permettre cette prise en charge financière, la formation continue va devoir faire l'objet d'une inscription, soit au RNCP (Répertoire National des Certifications professionnelles) soit au Répertoire spécifique. Cette demande

s'effectue sur le site de France Compétences. Le RNCP est un recueil de certifications professionnelles reconnues par l'Etat et les partenaires sociaux, elles sont classées par niveau de qualification et domaine d'activité. Dans le cadre de formations continues en odontologie, l'inscription doit se faire au répertoire spécifique. « Cela concerne également les diplômes universitaires qui ne correspondent pas à un métier mais à des compétences complémentaires dans un secteur d'activité ». Le répertoire spécifique recense les habilitations, certifications professionnelles complémentaires à un métier, ou compétences transversales (58).

L'évaluation des demandes d'enregistrement par France compétences s'effectue selon 6 critères tenant compte « de la qualité des référentiels ainsi que l'adéquation des connaissances et compétences, des procédures de contrôles et des contraintes légales et réglementaires » (59).

Afin d'améliorer la clarté de l'offre des formations continues et leur qualité, la loi du 5 mars 2014 confère aux financeurs des formations professionnelles (les OPCA mais aussi l'Etat, les régions, Pôle emploi et l'Agefiph) la charge de s'assurer du contrôle et du suivi de la qualité des organismes de formation avec lesquels ils collaborent. Le décret n°2015-790 a, quant à lui, permis aux financeurs d'obtenir cette capacité à vérifier la qualité des actions dispensées par les organismes de formation. Mis en application le 1er janvier 2017, ce décret a concrètement fixé les 6 critères permettant l'élaboration de catalogue de références par les financeurs :

Cette conception de référentiel était majoritairement permise via trois méthodes :

- Une liste de certifications et labels du Conseil national de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles-CNEFOP
- Le datadock
- Une procédure interne d'évaluation mise en place par le financeur pour prouver le respect des 6 critères (60) (61)

Le datadock est un « répertoire informatique qui permet aux organismes de formation de s'enregistrer en déposant plusieurs éléments attestant de leur positionnement sur les critères définis par le décret et déclinés en 21 indicateurs

capacité à dispenser des actions de qualité. » Il est finalement devenu l'outil utile majoritaire au référencement des organismes de formation. Il permet de faire l'intermédiaire avec les financeurs qui ont juste à trouver l'information sur ce datadock. A noter que la certification du CNEFOP n'empêche pas l'inscription au datadock.

En revanche malgré l'objectif initial de transparence, ce système souffre d'un manque de lisibilité pour le public ciblé. Il a donc été réformé avec la loi n° 2018-771 pour « la liberté de choisir son avenir professionnel » visant à une meilleure harmonisation via un référentiel qualité unique. L'organisation de ce référentiel s'organise selon 6 critères semblables à ceux du décret de 2015 avec plus de clarté, auxquels s'ajoute un dernier critère concernant l'inscription et l'investissement du prestataire dans son environnement professionnel (62).

L'application était prévue pour le 1er janvier 2021 mais en regard du contexte sanitaire et des conséquences économiques financières et sociales, une ordonnance n°2020-337) a reporté cette obligation de certification qualité au 1er janvier 2022. Tous les organismes de formation sont cependant encouragés à déjà effectuer les démarches afin de répondre à cette obligation de certification. Elle sera nécessaire pour l'ensemble des prestataires voulant bénéficier de fonds publics et mutualisés. A l'issue du processus de certification, les « prestataires d'actions concourant au développement de compétences » reçoivent la marque « qualiopi ». Elle a une validité de 3 ans après son obtention, 4 ans si l'audit initial a été effectué avant le 1er janvier 2021 (62-63).

La procédure pour obtenir cette certification est dans un premier temps d'effectuer une demande puis signer un contrat auprès d'un organisme certificateur. Les organismes de certification sont accrédités par l'instance nationale d'accréditation, (le COFRAC) ou par une instance de labellisation reconnue par France compétences. Dans un deuxième temps, il est réalisé un cycle d'audits :

- Un audit initial est fixé dont les modalités et la durée sont variables, qui aboutit (ou non) à l'obtention de la certification « qualiopi »
- Un audit de surveillance à environ 18 mois

- Un audit de renouvellement à l'issue des 3 ans (4 ans si l'audit initial a été effectué le 1er janvier 2021) (62-63)

L'Université a d'ores et déjà engagé cette procédure.

3.1.1.4 Achèvement de parcours

Une fois les documents d'habilitation remplis et validés avec l'accord des deux interlocutrices de la DFCA, ils sont présentés en conseil de composante.

Ce conseil est composé de membres élus ou nommés au sein des différentes catégories, dont les représentants étudiants, ceux des personnels administratifs, ceux des PU-pH (Professeurs des Universités - praticien hospitalier), des MCU-pH (Maitres de Conférences Universitaires - praticien hospitalier), des personnalités extérieures, les membres de droit, le directeur du CHU (Centre Hospitalo-Universitaire), le représentant des armées et le président du conseil de l'ordre. Le porteur de projet est invité à présenter son offre de formation pédagogique. Un échange a lieu entre les différents protagonistes, avec un débat sous forme de questions-réponses à la suite de cette présentation.

Suite à la validation par le conseil de faculté, un compte rendu sur cette formation continue est renvoyé à la DFCA dont le vice-président élu valide la partie pédagogique.

Enfin cette nouvelle offre doit être validée par le CFVU, le Conseil de Formation et de Vie Universitaire. Composé également de membres élus, il va relire l'ensemble du projet et vérifier que tout concorde avant de signer l'adoption qui valide cette habilitation pour une durée de 4 ans. Dans le même temps, certaines formations doivent être reconnues par le conseil de l'ordre.

3.1.1.5 Schéma récapitulatif

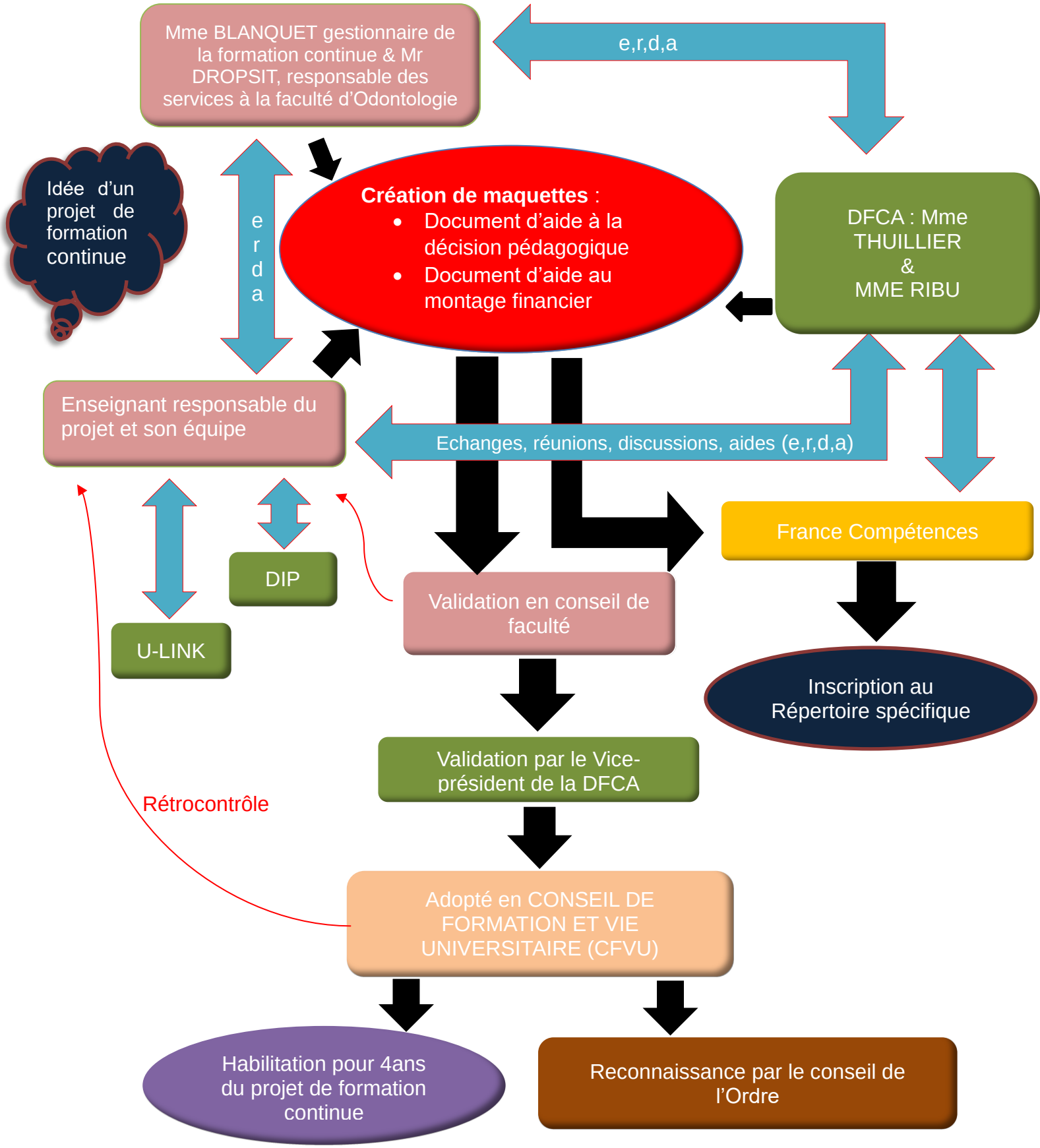

Figure 3 : Schéma du parcours d'un projet de formation continue à la faculté d'Odontologie de Lille

3.1.2 Une recherche de rentabilité

3.1.2.1 Une autonomie financière

L'autonomie financière est aussi jugée comme étant un frein par les intervenants (n°2,4,6,9 et 10) soit la moitié des participants. Elle impose une recherche de rentabilité qui s'est de plus en plus développée.

Quand un établissement propose une offre de formation continue, il doit s'assurer que tous les frais inhérents à la formation soient couverts par les frais d'inscription. Ce sont donc les participants à cette formation continue, AUEC CES ou DU qui financent l'intégralité de leur formation. En aucun cas, le budget de la formation initiale ne bénéficie à la formation continue. L'autonomie financière dépend donc directement du nombre d'inscrits. Cela induit qu'une formation ne peut exister que si un seuil est atteint, dans le cas contraire, elle est reportée.

Certains intervenants pensent que cette recherche de rentabilité, qui s'accentue, est un frein pour la mise en place, ou la pérennité des formations continues. Ces dernières sont considérées à la fois comme un moyen de transmission de connaissances, mais permettent aussi l'achat de matériel pédagogique qui servira à leur département. Ils constatent cependant une évolution dans l'intégration des différents coûts au niveau de la maquette budgétaire, qui induit une marge forcément minime.

Dans les solutions évoquées, il est proposé d'augmenter les frais d'inscription. Cependant, il faut que la formation reste attractive par rapport aux autres présentes sur le marché. Un cercle de valeurs est à équilibrer de manière à ce que la formation reste compétitive. Augmenter le nombre d'inscrits est aussi une piste intéressante, néanmoins selon certains enseignants cela impacterait directement la qualité de la formation. Il faut donc un compromis entre le nombre de places et les frais d'inscription pour qu'une formation reste attractive et qualitative par rapport aux autres enseignements disponibles mais assez rentable pour fonctionner de manière indépendante.

Cette vision financière apparait comme un frein pour certains départements dans la mise en place de formation continue car elle induit un besoin de demande suffisante pour assurer sa pérennité. L'intervenant n°7 nous confie qu'il n'envisage pas pour le moment de formation au sein de sa sous-section, tout simplement car l'offre sur le marché est déjà importante et qualitative dans sa discipline. Il préfère se

concentrer sur la formation initiale.

En revanche, il nous fait part de sa gêne par cette approche marketing de la formation continue. *« J'ai l'impression que c'est devenu vraiment des enjeux financiers et qu'on a perdu l'objectif de la qualité des soins, la formation des praticiens… »* Il a l'impression que la formation continue est devenue une « *vitrine* » où parfois l'on montre plus des cas spécifiques et bien menés, mais où l'application pour l'omnipraticien dans son cabinet n'est pas vraiment applicable. L'intervenant 1 partage cette opinion tout au moins pour les réseaux sociaux, où beaucoup présentent uniquement les photos des réussites de leur cas, sans pour autant expliquer la démarche diagnostique et thérapeutique. Il estime que cela n'est pas éducatif et ne peut créer que de la frustration chez les praticiens qui peuvent se sentir incapables d'arriver à un tel résultat. Le participant n°3 confirme que la formation continue est devenue un véritable marché, avec une activité prépondérante pour certains conférenciers par exemple. Certains des formateurs ont quasiment arrêté leur activité libérale au cabinet pour se concentrer sur leur mission pédagogique en dispensant leur formation plusieurs fois par semaine dans diverses villes de France nous confie-il.

3.1.2.2 Différence de vision avec le monde libéral et lourdeur administrative

Un frein a été souligné par les intervenants 1, 4 et 5, c'est l'aspect économique notamment pour rémunérer des intervenants extérieurs. En effet, la rétribution ne prend pas forcément en compte la perte de chiffre d'affaires et les charges des intervenants extérieurs, qui sont majoritairement des praticiens libéraux.

Une différence importante existe entre le salaire mensuel d'un praticien libéral et celui qu'il obtient en tant que spécialiste sollicité pour une formation universitaire Par ailleurs, certains porteurs de projet nous ont déclaré avoir perdu des intervenants rebutés par la lourdeur administrative et les documents personnels à transmettre.

Cependant, il existe une solution pour mieux rétribuer les intervenants. Par exemple, le recours à une société privée de formation, enregistrée comme telle, qui emploie des chirurgiens-dentistes. La signature d'une convention avec cette société est alors effectuée, il s'agit d'une délégation de service. C'est l'intervention qui est rémunérée, mais cela alourdit encore la procédure administrative. L'organisation avec le recrutement de partenaires freelance, recrutés à la prestation est beaucoup plus facile à organiser pour les sociétés privées nous indique l'intervenant 3.

La différence de vision entre le monde administratif universitaire et le monde libéral induit un véritable problème de communication et d'efficacité dans les échanges entre les deux parties. Ce problème engendre une difficulté à gérer les enjeux de la formation continue. Pour illustrer ce hiatus, l'intervenant 1 nous a cité le problème qui existait entre les calendriers civil et universitaire qui étaient asynchrones pour les formations continues. Comme nous l'avons décrit précédemment, une formation continue se doit d'être autonome financièrement, les frais d'inscription qui étaient encaissés en septembre devaient être utilisés avant le début de l'année civile donc début janvier car le bilan comptable s'effectue en année civile. Une des solutions a été de démarrer les formations en janvier de manière à pouvoir bénéficier du budget sur l'ensemble de l'année de formation.

3.1.3 Dentaire, une spécialité aux besoins particuliers ?

L'impact de la fusion des Universités (Lille 1, Lille 2 et Lille 3) en Université de Lille n'a pas changé le quotidien des 5 enseignants sur 6 interrogés sur ce sujet.
En revanche, un problème du fait de cette centralisation a été évoqué par l'intervenant 5, notamment dans le cadre de la procédure de réhabilitation des formations continues. Celui de maquettes inadaptées aux formations médicales. Le fait de vouloir harmoniser les documents administratifs est complexe cela surcharge la procédure par l'ajout « de questions qui n'ont pas lieu d'être ». Avoir la même maquette pour un enseignant d'odontologie ou de psychologie est inadapté à la réalité du terrain.

Cette dimension spécifique des études de santé a déjà été prise en compte, et l'établissement de l'UFR3S (Unité de formation et de Recherche des sciences de la santé et du sport) a vu le jour. Elle sera plus détaillée ultérieurement.
Même dans les différentes disciplines de santé, la chirurgie dentaire est en quelque sorte à part. Une formation pratique ne nécessite pas la même approche pédagogique, ni le même besoin financier et surtout matériel. En effet, au sein même des différentes formations proposées, le matériel nécessaire sera différent comme nous souligne l'intervenant 1.

3.2 L'attractivité des formations continues

3.2.1 Présentation des différentes formations continues proposées à Lille pour l'année 2021-2022

8 formations continues sont proposées pour l'année universitaire 2021-2022, 4 DU et 4 AUEC :

- L'AUEC Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA) pour les soins bucco-dentaires
- L'AUEC en Implantologie Orale
- L'AUEC Parodontologie
- L'AUEC Risques Médicaux en Odontologie (RMO)
- Le DU Clinique d'Occlusodontie et de Réhabilitation Orale Fonctionnelle (DUCOROF)
- Le DU Clinique d'Implantologie Orale
- Le DU Clinique de prothèse amovible complète et traitement de l'édenté total
- Le DU Biomimétique, Esthétique et numérique
-

3.2.2 Image de la faculté

L'un des principaux apports de ces enseignements est le fait que cela *« participe à l'image de marque de la faculté, à son rayonnement »* témoigne l'intervenant n°5, avis partagé par le participant 1. Les enseignants 1 et 6 appuient ce point en affirmant qu'il est inconcevable qu'une faculté ne dispense pas de formation continue. Le participant 1 ajoute qu'en raison de l'activité de recherche universitaire, la faculté se doit de dispenser ses connaissances et sa vision de la pratique de la dentisterie auprès des dentistes libéraux.

Les formations continues participent à la notoriété de la faculté, la réciproque est également vraie, c'est-à-dire que l'image de la faculté impacte l'attrait des formations continues universitaires (64). Comme nous le rappelle le participant 10, ces formations universitaires ciblent généralement un public composé de praticiens régionaux, notamment pour les DU où il existe une composante clinique avec des journées en présentiel.

Pour les 8 intervenants avec lesquels le sujet a été évoqué, la réponse fut unanime, la vision des jeunes praticiens n'est pas forcément positive.

Les raisons qui ont été émises pour expliquer cette vision péjorative d'une possible formation continue au sein de l'UFR sont les suivantes :

- Une formation initiale mal vécue par les anciens étudiants (enseignants 1, 2, 4, 7, 9 et 10)
    - D'un système très scolaire et qui fonctionne mal (enseignant 1)
    - Des conditions d'enseignement, de pratique clinique, et du manque de moyen de la formation initiale (enseignants 4, 7)
    - Du stress et des relations avec certains enseignants et/ou entre étudiants qui se sont mal déroulées (participants 4, 9 et 10)
    - D'un décalage entre les attentes des étudiants et le but de la formation initiale (enseignant 2)
- Le fait de connaître les enseignants peut donner l'impression d'avoir acquis toutes les connaissances qu'ils ont à transmettre. Un enseignant d'une autre faculté possédera « *une aura plus importante que son prof de Lille qu'il a subi 6 ans* » (enseignant 7) « *On se dit que c'est toujours mieux ailleurs* » (enseignant 9)
- Cette image que les étudiants ont de leur faculté, mais également des conditions d'enseignements, impacte le recrutement de futurs Assistants Hospitalo-Universitaires et par conséquent de titulaires (Maitres de Conférences Universitaires, Professeurs Universitaires) par la suite. (Enseignants 4, 6, 8)

La formation continue apparait donc comme un moyen d'améliorer l'image de la faculté auprès des praticiens qui en sont sortis. Encore faut-il qu'ils n'aient pas un rejet total à l'idée de revenir se former dans leur lieu de formation initiale. Ceci justifie alors l'enjeu de dispenser une formation qualitative et de s'intéresser au ressenti des étudiants au cours de leur formation initiale. Cela ne peut être que bénéfique pour les formations continues dispensées, mais également pour les effectifs hospitalo-universitaires.

3.2.3 Atouts des formations universitaires proposées

Lorsque les différents intervenants sont interrogés sur les facteurs rendant ces formations attractives, plusieurs éléments sont évoqués :

3.2.3.1 La qualité de la formation et des enseignants

Il semble évident que la qualité d'un enseignement est intrinsèquement liée à la compétence de l'équipe pédagogique. Les intervenants qui portent un projet pédagogique ont tous témoigné que l'équipe qui compose leur formation permet de déployer un enseignement de qualité tel qu'il est actuellement.

Une formation continue universitaire à la faculté, est dispensée par des enseignants qui ont le statut de **bi-appartenant**, signale l'intervenant 1. Ces enseignants ont donc deux employeurs, l'université et l'hôpital et reçoivent un salaire de chacun d'eux. En revanche, dans le cadre universitaire ils ne sont payés que pour leur mission pédagogique et non en fonction de leur nombre d'heures. Dans le cas d'un projet de formation continue, chaque intervenant hospitalo-universitaire ne reçoit pas de salaire supplémentaire, ce qui était d'ailleurs un sujet d'incompréhension de la part de l'administratif pour remplir les maquettes nous ont confié certains enseignants. Pour résumer, les enseignants mono-appartenants sont payés en fonction de leur nombre d'heures d'enseignements dispensés, à la faculté dentaire de Lille, ce n'est pas le cas à quelques exceptions près car ils sont bi appartenants.
On comprend de ce fait que les enseignants participant à l'encadrement d'une formation continue à la faculté sont de ce fait, des personnes motivées et qui ont la volonté de consacrer du temps à un tel projet.

Pour les intervenants 4, 7 et 8, une qualité que l'on retrouve chez les enseignants hospitalo-universitaires titulaires, est la vision critique. En effet de par leur mission de recherche, ces enseignants ont un savoir « plus académique » à transmettre. L'intervenant 4 ajoute « qu'en tant qu'hospitalo-universitaires, ils n'ont pas de lien avec l'industrie », ce qui permet d'éviter un peu le marchandising que l'on peut parfois retrouver dans les formations privées.

Les intervenants 1,2 et 3 rapportent qu'il faut avoir une cohésion, et bien s'entendre lorsqu'une formation continue est mise en place. En effet, il existe déjà des difficultés administratives pour l'organisation, il n'est pas nécessaire d'en rajouter

au sein des équipes pédagogiques. De plus, ces formations doivent être reproductibles sur plusieurs années puisque leurs objectifs sont sur le long terme.
Les porteurs de projets ont aussi tenu à souligner l'effort des équipes pédagogiques et même au sein de leur département afin d'équilibrer les charges.

3.2.3.2 Répondre aux besoins de santé publique

Les intervenants 1, 2, 6 et 10 énoncent que, les formations déjà existantes (/ou qui pourraient être mises en place) coïncident (/coïncideraient) avec les besoins de santé publique.

L'accès aux soins bucco-dentaires est une des priorités du gouvernement avec notamment le « reste à charge 0 ». Certaines populations à besoins spécifiques (petite enfance, personnes âgées, personnes porteuses de handicap) sont au cœur de cet enjeu de santé publique.

L'utilisation du MEOPA est autorisée dans les cabinets libéraux depuis 2009, auparavant son utilisation était uniquement dans le secteur hospitalier de 2001 à 2009. Pour autant même si la nécessité de soins de ces patients anxieux ne cesse de croitre, l'offre de soins sous MEOPA n'augmente que faiblement. Le conseil national de l'Ordre compte en 2019 1883 praticiens ayant l'habilitation d'exercer le MEOPA en cabinet libéral. Ils ont pour cela effectué une formation universitaire comme celle dispensée à la faculté ou privée, qui a été validée par le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes. La répartition de ces praticiens varie énormément d'une région à l'autre avec une grande disparité entre le nord et le sud du pays. Certaines régions font exceptions comme l'Ile de France et le Grand-Est. Peu de chirurgiens-dentistes sont formés dans le nord et cela apparaît donc comme une priorité pour la formation continue (figure 4).

L'intervenant n°1 souligne également le fait que cette formation, et le dynamisme du département d'odontologie pédiatrique ont permis le développement de spécialistes de l'enfant.

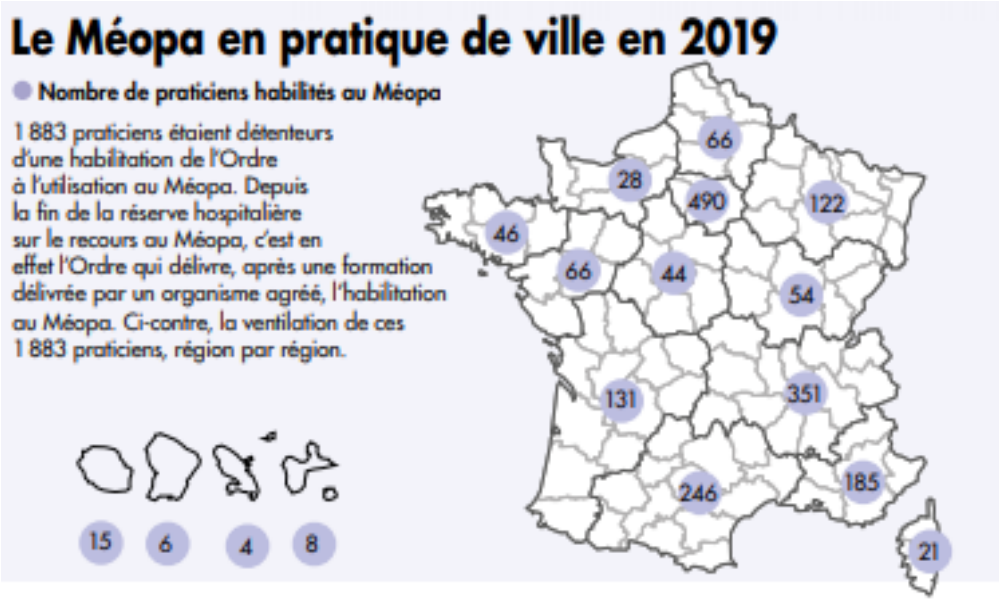

Figure 4 : Répartition des chirurgiens-dentistes ayant l'aptitude à l'utilisation du MEOPA, en 2019 (65)

L'occlusodontie apparait aussi comme une spécialité, même si elle n'est pas officiellement reconnue en tant que telle en France. Elle a d'ailleurs comme toutes les disciplines de la dentisterie, une société scientifique qui la représente : le collège national d'Occlusodontie. Il existe des praticiens libéraux qui ont un exercice exclusif dans ce domaine, et d'ailleurs comme nous confie un intervenant, ils ont un planning assez conséquent et sont « *submergés* ». Nous avons la chance à la faculté d'avoir des cours spécifiques en formation initiale dans ce domaine ce qui n'est pas le cas dans toutes les UFR d'odontologie. Le volume horaire de la formation est cependant peu conséquent et cela constitue plutôt en une première approche afin de comprendre les grands concepts et nous donner envie de nous former par la suite. Ces formations continues visent à apporter aux praticiens les compétences nécessaires afin de prendre en charge les dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire. Cela permet également la mise en place de prévention et l'anticipation de problèmes, que « des cas relativement simples » ne se transforment pas « en cas difficiles ».

La pérennité de ces formations peut également être justifiée, ne serait-ce que pour satisfaire la demande de prise en charge de cette population à besoin spécifique. Les tarifs de ces soins spécifiques en cabinet libéraux « *ne sont pas forcément compatibles avec le porte-monnaie des patients*. » Une patientèle conséquente effectue ses soins et son suivi grâce à ces formations existantes. Leur suppression engendrerait un hiatus en termes de santé publique.

3.2.3.3 Satisfaire la demande des praticiens libéraux

Certains thèmes sont sujets à une demande de formation des praticiens libéraux qui veulent compléter leurs connaissances afin de faciliter la prise en charge de leur patient. D'après les enseignants 3 et 9, c'est le cas pour l'AUEC Risques médicaux en Odontologie. Ce projet de formation fait suite à la suppression de l'ancien CES pathologie buccale « *faute d'encadrement suffisant* ». Il permet de répondre aux praticiens s'interrogeant sur la prise en charge médicamenteuse adéquate en fonction des situations. Cette formation est née de la collaboration de 3 départements, le département de Biologie orale, celui de Chirurgie Orale et celui de Parodontologie.

La parodontologie et l'implantologie sont deux disciplines qui rayonnent sur le marché de la formation continue.

L'objectif de l'AUEC de parodontologie n'est pas de former des spécialistes mais de permettre à un omnipraticien d'acquérir des compétences dans la compréhension des problèmes parodontaux afin de permettre le diagnostic, le traitement adéquat mais également une meilleure communication avec le patient, indispensable pour une prise en charge complète et de qualité. Des compétences plus avancées de chirurgie parodontale « *au moins de 1er niveau* » seront au programme, cela suscitera possiblement chez certains des envies de formations plus approfondies par la suite. Le DU d'implantologie clinique quant à lui, est une formation de qualité qui *« allie à la fois du diagnostic, de la mise en place du plan de traitement global phase chirurgicale-phase prothétique donc c'est une prise en charge globale du patient ».* L'AUEC Implantologie Clinique est un des prérequis pour s'y inscrire. Elle est nécessaire pour disposer de la base théorique nécessaire à l'application clinique du DU.

3.2.3.4 La pratique clinique

La pratique effectuée dans le cadre hospitalier apparaît en effet comme un apport majeur des différentes formations universitaires pour les différents responsables que ce soit d'occlusodontie, de sédation consciente ou d'implantologie. Pouvoir mettre en application ce qui est enseigné leur parait indispensable. Pouvoir soigner par ailleurs différents patients permet au praticien de s'adapter, d'acquérir de l'expérience pour pouvoir au mieux mettre à profit à son cabinet ce qui a été appris.

Cela permet aussi de se démarquer des autres formations notamment privées. Cet exercice sur des patients, ou *a minima* au cours de travaux pratiques, est jugé indispensable par les enseignants 1,2,3,5,6 et 9. Le participant 2 témoigne que son enseignement ne serait d'ailleurs plus poursuivi si la pratique clinique devait s'arrêter. Cela représente donc concrètement un des facteurs qui assure la pérennité de ces formations.

Pour l'AUEC parodontologie, il n'y aura pas de pratique clinique sur des patients mais le porteur de projet nous a confié que le format AUEC permettait tout de même d'associer théorie et pratique. Le format DU n'était pas envisageable avec les moyens logistiques actuels mais n'est pas à exclure par la suite en fonction des retours sur cette formation. Il lui semble cependant essentiel d'avoir *« autant voire plus de pratique »* pour permettre une « *transférabilité immédiate »,* car il rappelle que notre métier a une composante manuelle majeure.

3.2.3.5 Une formation adaptée aux besoins de chacun/personnalisée

Point évoqué par l'intervenant 5, malgré les objectifs fixés, certaines formations universitaires s'adaptent au niveau de départ des candidats et tiennent compte de leurs objectifs personnels afin de leur permettre de développer les compétences qu'ils souhaitent (en respectant toujours le thème de la formation). Cette prise en compte du niveau et des attentes de chaque participant permet de les impliquer au mieux dans leur formation, et peut-être d'aboutir à une application plus effective dans leur cabinet libéral.

3.2.3.6 Une formation certifiante avec une modalité d'évaluation des connaissances et compétences

Un autre avantage souligné par les intervenants 1,6, 9 et 10, est la garantie que les connaissances et compétences devant être intégrées à l'issue de la formation soient bien acquises. *« Pour moi, une des forces de la formation universitaire c'est qu'il faut pouvoir certifier des compétences »* affirme l'enseignant 9.

Cela passe par des évaluations. Cette validation par le biais d'examen est un élément qui freine parfois certains praticiens selon les enseignants 1 et 9. Cependant les 3 intervenants jugent cette composante essentielle pour vérifier que les compétences soient véritablement acquises. En effet selon l'intervenant 1, cela

permet de se démarquer des formations privées, car à l'issue d'une formation universitaire « *même si on a payé il est possible que l'on n'ait pas la formation.* » L'intervenant 9 ajoute que personnellement, s'il commençait une formation en tant que praticien sachant qu'il n'y aurait aucun contrôle ni évaluation, son investissement ne serait pas le même.

Ces formations universitaires ont pour objectif de faire évoluer la pratique des chirurgiens-dentistes qui y participent et que les connaissances acquises soient mises en lien avec l'exercice libéral des participants à leur cabinet.

Pour permettre cela, l'évaluation ne se résume pas à un examen sur table, les modalités intègrent souvent la présentation de cas cliniques. C'est donc sous la forme de symposiums que les praticiens expliquent la démarche diagnostique et thérapeutique. Pour l'AUEC RMO, la vérification est globalement similaire, c'est ce que l'on appelle le RSCA ou Récit de Situations Complexes Authentiques. Les chirurgiens-dentistes inscrits doivent décrire une situation à laquelle ils ont été confrontés et la façon dont ils l'ont résolue. Le principe pour les intervenants 1, 3 et 9 n'est pas tant d'évaluer la qualité du cas proposé mais bien le suivi de la démarche ainsi que d'observer l'impact de la formation. Si ces participants ont pu constater une évolution dans leur pratique quotidienne. Cet objectif est d'ailleurs en totale adéquation avec le concept du DPC.

3.2.4 Les intervenants extérieurs

Les intervenants extérieurs constituent de manière indéniable une valeur ajoutée pour ces formations universitaires pour les participants 1,2,3,4,6 et 9. Ces individus sont sélectionnés pour leur expertise et constituent un facteur d'attractivité pour la formation dans laquelle ils interviennent et par extension pour la faculté.

Les intervenants 2, 4 et 9 indiquent que ces experts sollicités pour leur expérience permettent d'avoir une vision différente, de *« sortir du point de vue uniquement lillois »* précisent les enseignants 2 et 4. C'est également un moyen de discuter sur ce que proposent les autres facultés dans leurs enseignements.

Des praticiens libéraux interviennent également dans ces formations. D'après l'enseignant 9, outre leur « *excellent niveau »*, cela peut être un stratagème afin de permettre une meilleure compréhension entre le monde hospitalo-universitaire et le

monde libéral. Certains enseignants ont l'impression que les praticiens gardent une image des formations hospitalo-universitaires, comme réservées à une pratique uniquement hospitalière.

En effet, la formation MEOPA au sein de son AUEC, fait participer un praticien libéral réalisant des soins sous sédation consciente à son cabinet. Cela permet aux participants de mieux comprendre l'application possible du MEOPA dans un exercice libéral quotidien.

L'intervenant 9 pense qu'il existe « *une fracture entre le monde hospitalo-universitaire et les praticiens libéraux* » et déplore un problème de communication. Selon le participant n°3, les intervenants extérieurs jouent justement un rôle d'intermédiaire, en ayant des facilités de communication sur des sujets auxquels sont sensibles les praticiens libéraux.

3.2.5 Communication

Nous avons parlé dans le point précédent de la *fracture* ressentie entre le monde hospitalier et le monde libéral. Les intervenants extérieurs sont donc un moyen de mieux sensibiliser et toucher les dentistes libéraux.
Les enseignants 2 et 4 soulignent un problème de visibilité des formations dispensées. Ces enseignements universitaires se trouvent uniquement sur le site internet des UFR concernées et seuls les praticiens qui sont intéressés et qui ont fait la démarche d'aller sur le site peuvent obtenir des renseignements complémentaires. De plus, ces sites sont parfois peu mis à jour et/ou incomplets.

Ce frein a été constaté par la direction de la faculté et sous l'impulsion du doyen, le site de la faculté a été complètement réactualisé début 2021 afin de permettre une clarté des formations proposées. Certains pourraient voir cela d'un mauvais œil et juger un aspect trop marketing de la démarche. Les enseignants 2 et 10 estiment que c'est uniquement mettre en avant la qualité des formations dispensées à la faculté. La formation continue est bien un marché concurrentiel à l'heure actuelle.

3.2.6 Partenariats

Les partenariats font partie des atouts d'une formation, qu'elle soit universitaire ou privée, puisqu'ils apportent des financements. Il est vrai qu'une formation a un coût non négligeable et les partenaires peuvent permettre l'apport de matériel et de moyens financiers. Ces derniers vont venir présenter leurs produits et leurs utilisations dans le cadre de la formation ainsi cela permet un échange gagnant-gagnant.

En revanche, dans le cas d'une formation universitaire cela peut également être considéré comme un frein, en raison de la complexité à établir un partenariat d'après les enseignants 1,3 et 9. Il faut que cela respecte « la loi 1990 dite loi Evin, ainsi que la déontologie » nous rappelle l'intervenant 3. La loi anti-cadeau et le cadre juridique font qu'il est difficile d'établir un partenariat, cela demande du temps pour savoir ce qui est possible ou non concernant l'organisation, indiquent les intervenants 3 et 9. Selon les participants 1 et 9, cette difficulté est encore plus exacerbée pour l'Université, une formation loi association 1901 rencontrera moins de complexités.

Il faut donc que les partenaires ne soient pas associés directement aux formations mais qu'ils échangent en parallèle avec les praticiens comme dans certains congrès. D'ailleurs une solution évoquée pourrait être le financement d'un prix au sein des formations pour les lauréats de ces dites-formations.

Le principal problème pour recruter de tels partenaires réside encore une fois dans « toute la paperasserie administrative », la démarche pour obtenir une facture sera plus compliquée avec l'Université qu'avec une société commerciale nous confie le participant 3.

Une plateforme existe au sein de l'université, U-LINK, elle permet de faire le lien entre l'université et les partenaires industriels et aide à pallier à ces difficultés nous confie l'enseignant 9.

3.2.7 CES

Le format du CES est controversé. En effet, sa pertinence a fait débat au cours des différents entretiens. Le thème n'a pas été évoqué avec les enseignants 2, 4 et 6. L'intervenant n°8, n'ayant pas fait de CES se déclarait sans avis. Il a développé par la suite que pour lui un bon CES devait dispenser des connaissances

actualisées. Mais qu'un CES *« peut être intéressant quand ce sont des personnes à la pointe dans le domaine qui donnent leur expertise. »*

Les enseignants 5, 7, 9 et 10 (soit 4 sur les 7 interrogés) estiment l'apport d'un CES comme positif dans une approche de formation continue. C'est une formation théorique complète qui permet d'acquérir un *« un volume de connaissance important »* d'après l'intervenant 7, que l'on n'a pas forcément à l'issue de la formation initiale. Ces connaissances théoriques sont nécessaires pour pouvoir *« comprendre et évoluer dans la discipline »* nous déclare l'intervenant 5. Selon lui, si le participant ne maitrise pas suffisamment la théorie, il ne peut pas comprendre le mécanisme et *« au lieu d'appliquer le concept il va appliquer des recettes de cuisine »* et il sera dans l'incapacité de s'adapter à la situation clinique en cas de changement d'un des paramètres. La maîtrise des connaissances est pour lui ce qui permet d'analyser ses échecs et permet au praticien de progresser. Malgré le manque de pratique (ce qui peut être frustrant pour les chirurgiens-dentistes) nous font remarquer les participants 5 et 10, les CES apportent une base théorique solide et constituent pour de nombreux DU un prérequis nécessaire.

En revanche pour les intervenants 1 et 3, le format du CES qui n'est que théorique, est beaucoup moins intéressant à mettre en place. Le premier participant visualise mal l'attractivité de ce type de formation actuellement, hormis sur des thèmes de « *niches »* que personne ne traite. Pour l'intervenant n°3, cela ne devrait même pas être vraiment considéré comme de la formation continue, il considère cela comme étant une étape dans un parcours hospitalo-universitaire, ou le prérequis pour permettre de s'inscrire à une autre formation par la suite.

C'est un format qui a auparavant existé à la faculté de chirurgie dentaire de Lille avec le CES de chirurgie orale. Ce CES a été arrêté en 2019 juste avant la pandémie de la Covid, en raison d'un manque d'effectifs et d'une trop grosse charge de travail proportionnellement (à cet effectif). Les enseignants n°1, 3 et 9 partagent ce constat, ils jugent le format trop difficile à mettre en place localement à Lille. De plus, il est trop encadré d'un point de vue administratif, la charge de travail est trop importante en regard des effectifs. Le participant n°9 ajoute que pour lui, il n'est *« pas certain qu'il soit indispensable que chaque faculté ait son CES […] il y a des facultés qui sont très bien pour faire ça, bah qu'elles le fassent et pourquoi pas qu'elles associent d'autres personnes. »* En effet, des enseignants de diverses

facultés peuvent participer à un même CES au sein d'une faculté. Le CES n'étant que théorique, une partie d'entre eux se fait en distanciel.

3.2.8 Budget et matériel

La formation continue pour la faculté mais surtout l'université, au-delà de son rôle et de son image, a également un enjeu financier. La faculté dispose de *« très peu de revenus propres »,* cette rentrée d'argent est essentiellement permise grâce aux fonds propres des formations continues, de partenariats commerciaux et également à la taxe professionnelle dite taxe d'apprentissage (66).

La taxe d'apprentissage est une taxe obligatoire pour toute entreprise employant au moins un salarié, assujettie à l'impôt sur le revenu ou les sociétés et soumise au droit français. Des exonérations spécifiques existent cependant (en cas d'activité non commerciale d'une société de moyens, si l'objectif est l'enseignement exclusif ou encore d'agriculteurs bénéficiant de l'exonération…) (67).

Concrètement, elle concerne l'ensemble des praticiens installés, laboratoire de prothèses, ou encore certaines sociétés commerciales. Depuis quelques années, la faculté essaye d'inciter les partenariats via le versement de cette taxe d'apprentissage. Bon nombre de praticiens ne savent pas *« qu'il faut flécher »* nous confie l'intervenant 10, c'est-à-dire que l'on peut identifier précisément le bénéficiaire de cette taxe. Le montant de cette taxe professionnelle perçue monte tout doucement pour la composante, grâce aux efforts de renseignements fait auprès des particuliers. Cette incitation au versement de la taxe d'apprentissage n'est pas spécifique à la faculté de Lille, elle est retrouvée par exemple pour la faculté de Montpellier (68), Rennes (69) ou encore Toulouse (70) … Cette rentrée d'argent est utilisée pour garantir un enseignement de qualité et de financer l'achat de matériel de pointe.

Les intervenants 2, 5, 6, 9 et 10 indiquent que l'un des apports pour l'université de la mise en place et la pérennité d'une formation continue est le budget qu'elle permet d'engendrer. Un projet de formation continue se doit d'être autonome du point de vue financier via les frais d'inscription. Ils sont gérés par le gestionnaire financier de l'Université de Lille. Comme toutes les universités de France, l'agence comptable du siège va être garante de l'argent encaissé et dépensé, elle va gérer la masse financière. Elle prélève donc 20% sur les frais d'inscription. Parfois l'écart entre les recettes (les inscriptions) et les dépenses permet d'obtenir un bénéfice.

L'intérêt de la formation continue pour ces intervenants consiste à pouvoir bénéficier de cet excédent pour améliorer la qualité de leur enseignement, soit en permettant d'intégrer d'autres intervenants extérieurs indiquent les participants 1 et 9, soit en achetant du matériel comme le soulignent les enseignants 2, 5, 9 et 10. Cela profite également à la formation initiale qui bénéficie parfois de ce matériel.

3.2.9 Ouverture des DU aux étudiants

Au sein de la faculté, les étudiants ont la possibilité de participer à des formations universitaires continues. En effet, ils jouent un rôle d'assistant au sein du DU d'implantologie, mais également du module MEOPA. Pour ce dernier, ils avaient même la possibilité de pratiquer et de valider à l'issue de leur année de vacations spécialisées, cette formation de soin sous sédation consciente sans avoir à payer les frais d'inscription. Il fallait bien entendu qu'ils satisfassent les modalités d'évaluation et assistent aux cours théoriques. Ils peuvent également intégrer dès leur 6ème année, la première année du DU du DUCOROF, ou de prothèse amovible complète.

Cette ouverture des formations aux étudiants est source de débats car elle a été chamboulée avec la réhabilitation de l'offre de formation continue de l'université. Cette ouverture avait été initiée à cause d'un manque d'inscriptions au sein des différentes formations. Cependant, elle est aujourd'hui controversée une nouvelle fois à cause des enjeux économiques. La participation, l'observation et l'aide que peuvent apporter ces étudiants en 3ème cycle court n'est pas remis en cause par l'Université, mais elle a fortement déconseillé l'inscription et la validation d'une formation continue pour des étudiants dans le cadre de leur formation initiale.

D'un point de vue administratif, certaines formations comme le MEOPA, ont donc dû supprimer cette possibilité d'accès pour les étudiants. Les effectifs étudiants ne faisant qu'augmenter, le nombre de praticiens inscrits lui ne suivait pas forcément. Cette évolution ne correspondait pas au public ciblé au départ, à savoir les praticiens libéraux. En revanche ces étudiants ayant suivi le module MEOPA au cours de leur 6ème année, ont la possibilité de rejoindre la formation continue à un tarif préférentiel. Néanmoins cela ne veut pas dire que tous ces étudiants pourront être acceptés, car il faut une parité avec le nombre de praticiens libéraux.

Les autres DU ont trouvé un stratagème car ils s'organisent sur 2 années consécutives. Les étudiants ont dorénavant la possibilité de suivre le DU PAC et le DUCOROF à un tarif préférentiel au cours de leur première année, et d'intégrer le cycle de la formation continue en 2ème année où ils payent le tarif des praticiens.

Les avis des différents intervenants sur le sujet sont assez divergents. Par exemple, les enseignants n°1 et 2 pensent qu'il ne faut pas se tromper de public ciblé, et qu'en aucun cas les étudiants ne remplacent les praticiens en nombre d'inscrits. Pour l'enseignant n°1, il s'agit d'un cercle vicieux, les formations n'attirent plus de libéraux par conséquent de plus en plus d'étudiants sont recrutés mais cela induit moins de places disponibles et donc une demande moindre des praticiens. Il faut soigner les conditions d'accueil pour rester compétitifs par rapport aux formations privées. Il nuance cependant en estimant que cette ouverture pour les étudiants est relativement bien mise en place avec une sélection basée sur le mérite. Ce dernier point est partagé par l'enseignant n°6.

Pour l'enseignant n°4, c'est un moyen détourné :

- de recruter et de permettre aux étudiants de tester cette formation, pour ensuite régler la deuxième année
- d'éveiller leur intérêt à une matière peu développée en formation initiale.

En revanche pour lui, le fait de côtoyer des étudiants au cours de la formation continue ne devrait pas être un frein pour les praticiens libéraux, mais au contraire galvaniser, permettre des échanges intéressants ainsi qu'une transmission de savoirs.

Enfin le participant n°6 juge indispensable le fait que les étudiants puissent participer à cette formation continue, d'une part pour un besoin de santé publique que les étudiants soient formés à une matière qui, faute de ressources humaines, n'est pas approfondie en formation initiale, mais également pour pouvoir gérer les patients qui sont adressés au Centre Hospitalier Universitaire (CHU). En raison de la surcharge de l'emploi du temps de certains spécialistes et également en raison de certains coûts, il faut pouvoir répondre aux besoins de cette partie de la population et permettre un accès aux soins.

L'avantage qui a également été évoqué par les intervenants 2,4 et 6 est celui de la communication. Ils peuvent participer comme dit précédemment au bouche à oreille en parlant de ces formations universitaires dans les cabinets où ils exercent.

3.3 Ressources humaines et matérielles

Le deuxième point qui a été soulevé est le manque de ressources humaines pour mettre en place ces formations. C'est le deuxième plus gros frein évoqué par la majorité des participants (9 participants sur 10)

3.3.1 Nombre d'étudiants

Tableau 2 : Statistiques des inscrits en odontologie en 2019-2020 (71)

FACULTES	DFGCO2	DFGSO3	DFASO1	DFASO2	DFTCC	DES	CES	DU	TOTAL
P. Descartes	124	110	117	120	103	33	214	115	936
P.Diderot	103	94	98	110	101	37	198	71	812
LILLE	138	129	119	141	88	27	25	29	696
BORDEAUX	105	102	111	102	97	26	80	58	681
TOULOUSE	83	88	78	87	84	24	21	198	663
MARSEILLE	77	82	79	95	82	23	0	175	613
STRASBOURG	89	78	87	84	80	21	77	73	589
LYON	91	98	88	105	98	20	0	44	544
MONTPELLIER	64	74	75	69	60	27	33	133	535
NANCY	95	105	98	100	90	12	21	38	533
NANTES	84	80	89	90	77	20	45	48	533
REIMS	96	83	93	87	90	16	38	14	517
RENNES	67	69	73	75	76	19	5	12	396
CLERMONT-FERRAND	78	67	76	78	64	13	0	18	394
NICE	47	51	51	46	43	7	0	70	315
BREST	34	34	35	39	29	9	0	19	199
TOTAL	1375	1344	1367	1428	1262	334	757	1115	8982

Tableau 3 : Statistiques sur les inscriptions en odontologie en 2020-2021 (71)

FACULTES	DFGSO2	DFGSO3	DFASO1	DFASO2	DFTCC	Thèse unique	Master Dent	CES	DU AEU	DES	Autres	TOTAL
P. Descartes	105	125	116	120	107	124	0	217	83	0	125	1122
P. Diderot	99	105	92	103	97	132	50	158	102	40		978
TOULOUSE	85	88	83	85	84	93	78	49	218	25		888
STRASBOURG	84	97	66	89	82	139	92	96	121	20	0	886
NANCY	93	97	102	109	96	157		27	157	4	6	848
LILLE	118	139	129	120	140	116	0	0	23	33		818
MARSEILLE	79	80	82	77	85	73	0	13	238	26	61	814
BORDEAUX	101	107	103	108	98	212	0	37	17	5	23	811
REIMS	81	91	89	99	82	125	48	50	14	15	0	694
LYON	91	91	98	87	103	71	52	0	76	21	0	690
NANTES	83	85	79	90	87	53	102	24	53	19		675
MONTPELLIER	63	68	76	74	67	78	0	30	79	27	0	562
RENNES	71	73	65	74	71	87	0	16	17	22	0	496
CLERMONT-FERRAND	74	78	67	76	73	56	0	3	25	14	2	468
NICE	49	45	50	52	39	52	9	6	134	9	0	445
BREST	35	36	32	35	36	49	0	1	14	13		251
TOTAL Nb	1311	1405	1329	1398	1347	1617	431	727	1371	293	217	11446
TOTAL %	11.45	12.28	11.61	12.21	11.77	14.13	3.76	6.35	11.98	2.56	1.9	100

En observant les tableaux 2 et 3, des disparités très importantes entre les capacités d'accueil de chaque UFR sont constatées. Ainsi en 2019-2020 et 2020-2021, la faculté de Paris V est en tête avec près de 5 fois le nombre d'étudiants (formation initiale et continue inclus) de Brest.

En raisonnant en terme de pourcentage, sur l'ensemble des UFR elles représentent respectivement 10.42% en 2019, 9.80% en 2020 pour Paris V et 2.21% en 2019, 2.19% en 2020 pour Brest.

A noter que le pourcentage sera encore plus important avec la récente fusion des facultés de Paris V et Paris VII, qui occupait la 2ème position en terme d'inscription comme le soulignent ces différents tableaux.

La faculté de Lille est quant à elle, en 3ème position (2ème en tenant compte de la fusion des universités parisiennes) en 2019-2020 avec 7.75% sur l'ensemble des inscrits toutes formations confondues. En 2020-2021, elle recule à la 6ème place (5ème en considérant la fusion) avec 7.15% sur l'ensemble des formations confondues.

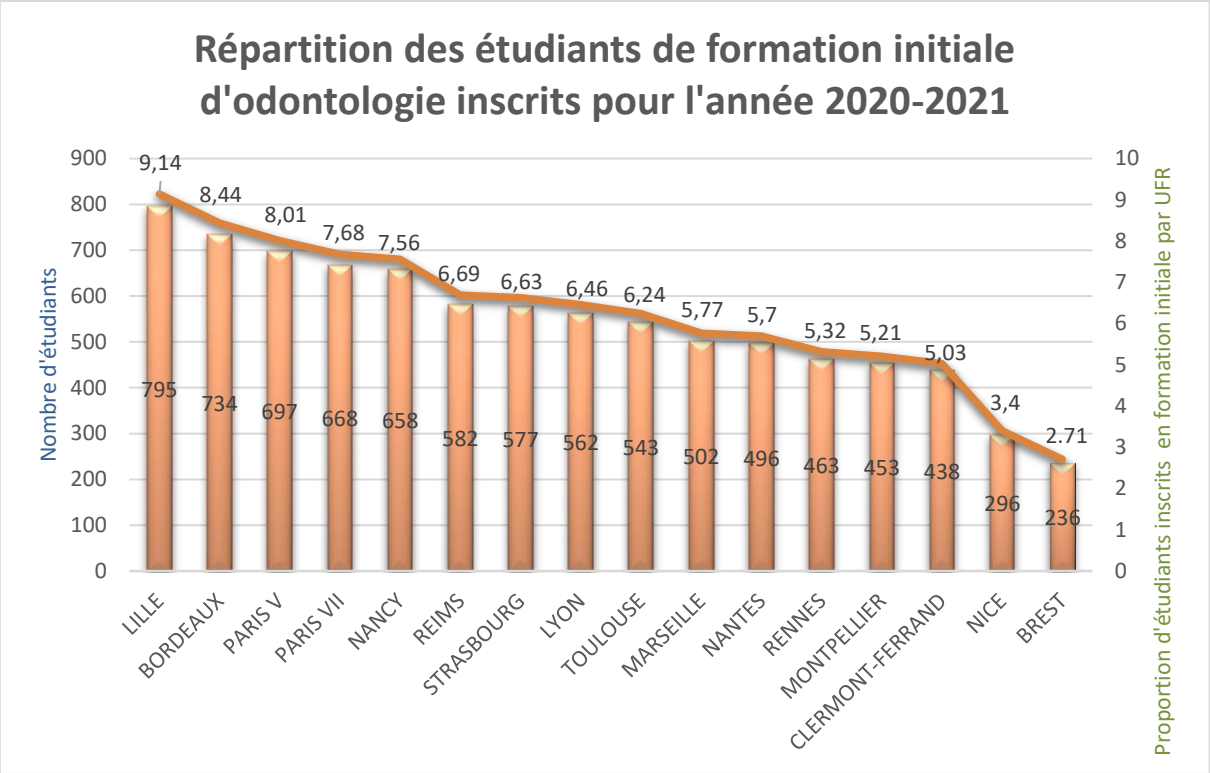

Figure 5 : Répartition des étudiants de formation initiale d'odontologie inscrits pour l'année 2020-2021

En s'intéressant uniquement à la formation initiale (nous comptons les étudiants de cycle long donc DES dans cette formation, mais pas les master bien qu'ils puissent pour certaines facultés, être commencés en formation initiale), la faculté de Lille arrive à la 1ère position en 2019-2020 avec 9,02% des étudiants inscrits en odontologie (2ème avec la fusion). En 2020-2021, elle réitère sa premiere position (2ème post fusion) , elle est la plus grosse faculté en terme de nombre d'étudiants en formation initiale avec 795 étudiants soit 9,14% des étudiants de formation initiale comme le montre la figure 5. La faculté de Brest compte quant à elle 236 étudiants (2,71 %) soit près de 4 fois moins.

3.3.2 Nombre d'enseignants

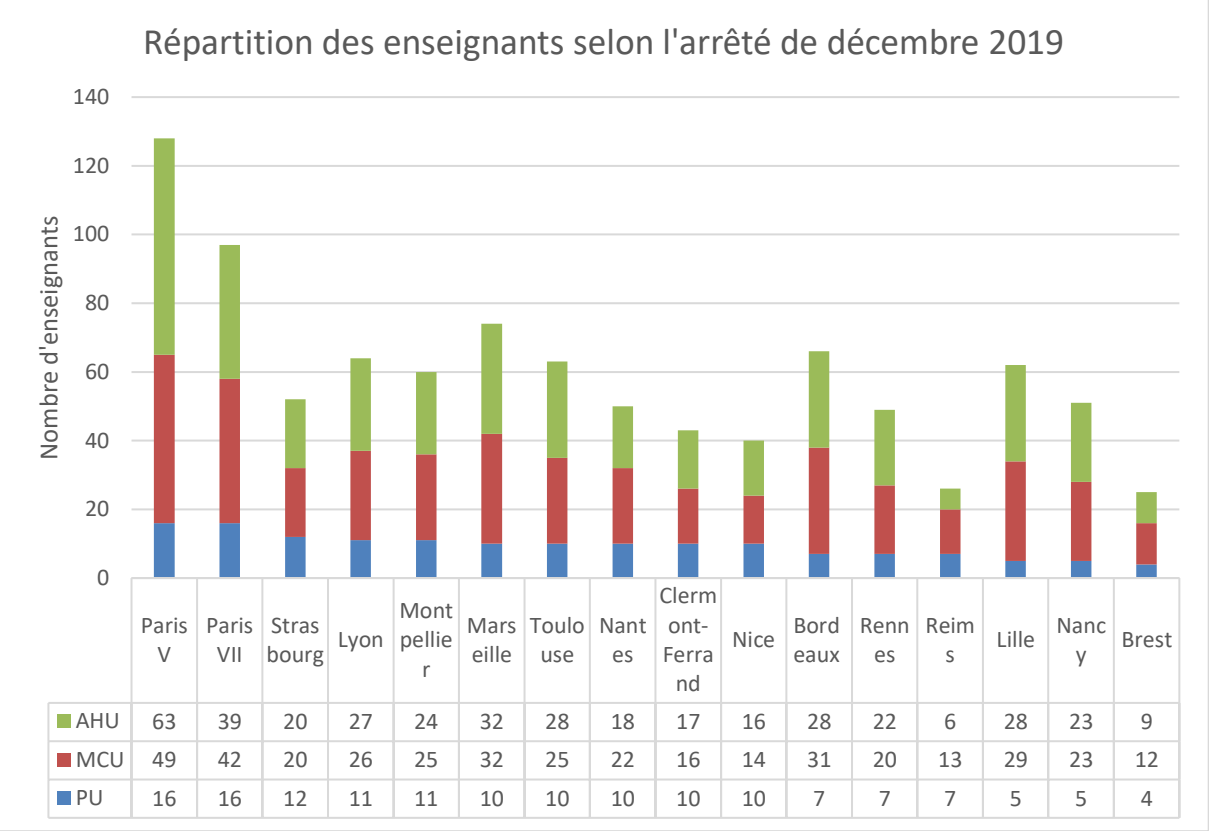

Figure 6 : Distribution des enseignants dans les différentes faculté d'odontologie en 2019 (72)

Les enseignants en santé peuvent avoir divers statuts. En faculté de chirurgie-dentaire, il en existe principalement 3 :

- Les Assistants-Hospitalo Universitaires (AHU)
- Les Maitres de conférences des Universités (MCU-PH)
- Les Professeurs des Universités (PU-PH)

Est considéré comme titulaire un enseignant ayant le statut de MCU-PH ou de PU-PH. Ces titulaires peuvent être employés uniquement par l'université ils sont donc mono-appartenants, ou par l'université et l'hopital ils ont alors le statut bi-appartenant. La motion PH pour praticien hospitalier est ajoutée à leur titre pour indiquer leur fonction clinique. Un MCU bi-appartenant sera donc un MCU-PH. Enfin, des praticiens ne sont employés que par l'hôpital, ils ont le statut de praticiens hospitaliers ou praticiens attachés.

Pour l'année 2019, au niveau de l'effectif enseignants, la faculté de Lille apparaît à la 6ème place avec 62 enseignants loin derrière les deux facultés de Paris V et VII, qui ont récemment fusionné, avec respectivement 128 et 97 enseignants,

Marseille arrive en 3ème position avec 74, Bordeaux 4ème avec 66 et enfin Toulouse avec 63 enseignants. Paradoxalement à cette 6ème place, l'UFR d'odontologie de Lille est à l'avant dernière position au niveau du nombre de Professeurs des universités. Ceci contraste avec sa 1ère place en terme d'effectif d'étudiants en formation initiale.

3.3.3 Taux d'encadrement

Selon 9 participants sur 10, les ressources humaines apparaîssent comme un frein majeur, après l'administratif, à la mise en place ou pérennité d'une formation continue à la faculté. Peu d'intervenants se sont positionnés sur la question de savoir si la cause était le surnombre étudiants ou le manque d'enseignants. Ils se sont par contre tous accordés pour dire que le problème principal était bien le ratio élèves/enseignant.

	Taux d'encadrement par UFR d'Odontologie							
	Bordeaux	Brest	Clermont	Lille	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy
Universitaire De la 2ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants pour 1 enseignant *(titulaires)*	13,97	12,28	15,37	19,9	16,55	9,65	10	17,25
Universitaire De la 2ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants pour 1 enseignant *(titulaires + AHU)*	7,92	6,62	9,22	9,95	8,28	5,39	5,48	10,28
Hospitalier De la 4ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants pour 1 équivalent temps plein hospitalier	13,76	13,03	15,77	18,66	18,77	11,08	10,25	16,26
Hospitalier De la 4ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants + internes pour 1 équivalent temps plein hospitalier	14,95	14,43	16,83	20	20,13	12,07	11,70	17,01

	Taux d'encadrement par UFR d'Odontologie							
	Nantes	Nice	Paris Descartes	Paris Diderot	Reims	Rennes	Strasbourg	Toulouse
Universitaire De la 2ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants pour 1 enseignant *(titulaires)*	13,13	10,86	8,88	9,37	20	13,85	13,8	11,83
Universitaire De la 2ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants pour 1 enseignant *(titulaires + AHU)*	8,07	5,98	4,61	5,68	10	7,2	7,39	6,47
Hospitalier De la 4ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants pour 1 équivalent temps plein hospitalier	14,38	10,37	9,78	9,5	16,73	13,41	14,44	11,74
Hospitalier De la 4ème à la 6ème année. Nombre d'étudiants + internes pour 1 équivalent temps plein hospitalier	15,45	10,88	10,83	10,64	17,76	14,55	15,61	12,71

Méthode de calcul du taux d'encadrement		
Taux d'encadrement universitaire	Nombre total d'étudiants de la 2ème à la 6ème année divisé par le nombre total d'enseignants *(titulaires)*	
	Nombre total d'étudiants de la 2ème à la 6ème année divisé par le nombre total d'enseignants *(titulaires + AHU)*	
Taux d'encadrement hospitalier	- PH temps plein = 1 - PH mi-temps = 0,5 - PUPH temps plein = 0,5 - MCUPH temps plein. = 0,5 - AHU temps plein = 0,5 - MCUPH temps partiel = 0,2 - AHU temps partiel = 0,2	Nombre total d'étudiants de la 4ème à la 6ème année divisé par la somme des équivalents temps plein hospitaliers
		Nombre total d'étudiants de la 4ème à la 6ème année + internes divisé par la somme des équivalents temps plein hospitaliers

Figure 7 : Taux d'encadrement par UFR d'odontologie en 2020 (73)

En effet, avec un équivalent temps plein hospitalier pour 20 étudiants (cycle court+cycle long), la faculté de Lille possède le deuxième ratio le plus élevé juste derrière Lyon avec 20.13 (Figure 7).

Pour l'universitaire, l'UFR d'odontologie de Lille se situe à la troisième place au ratio étudiants/enseignant avec 9.95 étudiants pour un enseignant, derrière Nancy avec 10.28 pour un enseignant et Reims avec 10 étudiant pour un enseignant.
En tenant compte uniquement des titulaires au niveau du corps professoral, Lille obtient même le deuxième ratio le plus élevé, avec 19.9 étudiants pour un enseignant titulaire (donc MCU-PH ou PU-PH) égalant quasiment Reims et ses 20 étudiants pour un titulaire.

La moyenne nationale universitaire se situe à 7.41+/- 1.73 d'étudiants par enseignant en formation initiale (de 2ème à 6ème année), et de 13.54+/-3.42 par enseignant si l'on ne comptabilise que les titulaires. Pour l'hospitalier, elle est de 14.84+/-2.88 externes et internes pour un enseignant temps plein hospitalier.

3.3.4 La formation continue, une charge supplémentaire

Ce déficit d'enseignants couplé à la surpopulation étudiante constitue un frein à la mise en place, et même pour certains, à l'imagination d'une ébauche de projet de formation continue. L'aspect chronophage a souvent été mentionné comme frein car en être responsable signifie prendre du temps entre les temps présentiels avec les enseignements théoriques et pratiques dispensés, la partie clinique à superviser et le volet administratif à gérer.

Si l'on couple un taux d'encadrement *« catastrophique »* et des missions qui relèvent de la formation initiale, certains enseignants nous confient manquer de temps pour mettre en place des enseignements supplémentaires. Ils préfèrent se concentrer et prioriser la formation initiale. Et même au sein des départements où des formations continues sont dispensées, les responsables affirment clairement qu'il *« faut trouver le temps »* pour pouvoir maintenir ces formations en continuant à assurer la formation initiale. Pour illustrer ce propos, il a été évoqué la correction de 140 copies s'ajoutant aux cours magistraux à dispenser ainsi qu'aux enseignements dirigés ou travaux pratiques à encadrer, sans compter la clinique hospitalière et la recherche à mener. Ils peuvent pour cela compter sur leur équipe au sein de leur département. Par ailleurs, les intervenants 3 et 7 soulignent le fait que les départements avec peu de titulaires ont plus de difficultés. Le participant 2 ajoute que

la mise en place est plus facilitée dans certaines facultés où le taux d'encadrement est plus faible et où certains enseignants ont pour mission principale la formation continue.

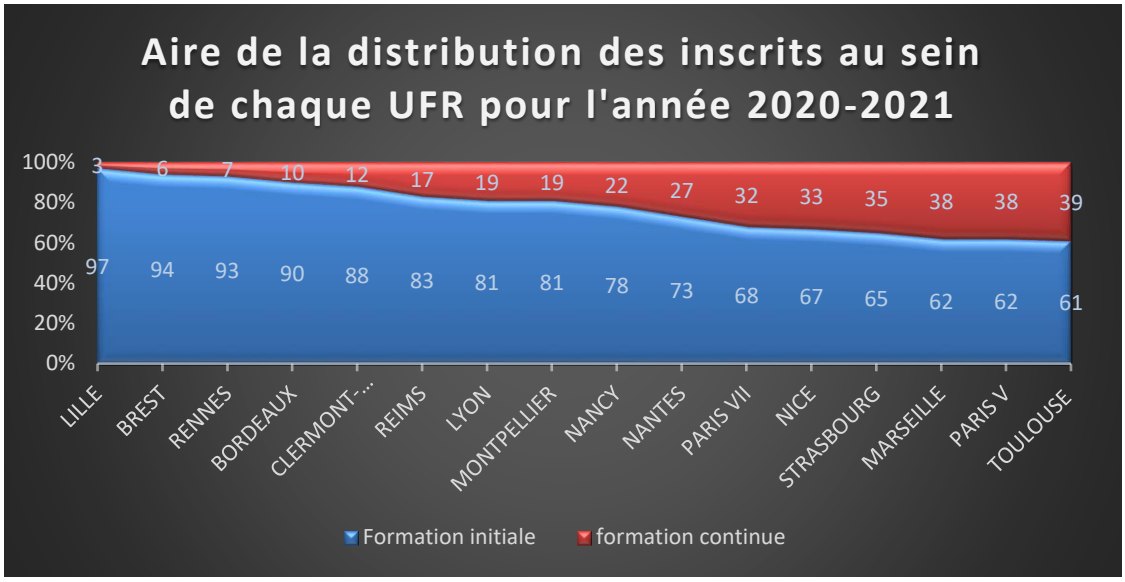

Figure 8 : Aire de la distribution des inscrits au sein de chaque UFR pour l'année 2020-2021

En effet, une corrélation est observée entre un faible ratio étudiants/enseignant et le nombre d'inscrits en formation continue. En comparant les figures 7 et 8, il est à noter que :

- les facultés ayant un encadrement universitaire/hospitalier inférieur à la moyenne nationale telle que Lille (2ème ratio pour l'hospitalier et 3ème pour l'universitaire) ont une activité prioritairement centrée sur la formation initiale.
- les facultés qui dispensent davantage de formation continue, celles dont la proportion d'inscrits en formation continue représente proportionnellement plus de 25% de leur effectif étudiant sont bien les formations ayant un taux d'encadrement conséquent.
- 3 exceptions échappent à cette règle : Brest, Montpellier et Nancy. La première, étant la plus petite UFR d'odontologie de France. Raisonner en termes de pourcentage sur de petits effectifs peut vite amener à de gros écarts. La faculté de Montpellier, a un encadrement conséquent mais le nombre d'inscrits en formation continue ne représente que 19%. Nancy, quant à elle avec un encadrement inférieur, fait figure d'exception, avec un ratio étudiant/professeur élevé parvient à avoir 22% de ses étudiants en formation continue.

Ces chiffres sont à interpréter avec prudence car si l'on compare avec la figure 1 (présentée en introduction), il faut dissocier le nombre d'inscrits avec le nombre de formations continue proposée. Ainsi Bordeaux apparait tout de même à la 4ème place en nombre de formations proposées, Montpellier en 5ème position tandis que Nancy est en 13ème position (12ème en comptant une seul faculté parisienne) à égalité avec Reims. Ce qui induit que le nombre de places pour les formations continues de Bordeaux ou Montpellier est plus restreint que celui de Nancy ou de Reims. De plus, le raisonnement en pourcentage oblige à tenir compte des effectifs étudiants de chaque faculté.

3.3.5 Perte d'attractivité du statut hospitalo-universitaire

A la question « la solution est-elle d'augmenter le nombre d'enseignants ou de diminuer le nombre d'étudiants ? », la majorité des intervenants ont répondu que c'était le ratio et qu'il était difficile de se prononcer. Pour l'enseignant 8, il préfèrerait, même si c'est utopique, diminuer le nombre d'étudiants afin de rendre la formation initiale plus personnalisée, avec un réel suivi des étudiants par les enseignants et pouvoir à nouveau créer ce lien qu'il estime s'amenuir progressivement.

Pour le participant 9, en restant pragmatique et réaliste, la diminution du nombre d'étudiants n'est pas envisageable avec les directives actuelles. Il estime que tout le monde serait favorable à l'augmentation du nombre d'enseignants, en revanche le problème est de trouver des praticiens ayant cette vocation.

Cette opinion du manque d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires est partagée par 7 enseignants (sur les 8 interrogés à ce propos) ce qui montre que les avis sont plutôt concordants.

Les raisons de ce défaut d'attractivité qui ont été évoquées sont les suivantes :

- **la vision des étudiants à leur sortie de la faculté** (enseignant 4,8)

Les carrières hospitalo-universitaires souffrent tout comme la formation continue universitaire de l'image qu'ont les étudiants à leur sortie de la faculté. « *Leur premier geste quand ils ont leur diplôme c'est de se sauver et de ne plus revenir.* »

- **les conditions d'enseignement** (enseignants 3,4,6,7)

Les conditions d'enseignement ne sont pas attractives en raison de l'aspect chronophage dû au « *taux d'encadrement catastrophique* ». De plus, l'enseignant 4

évoque un manque de personnel technique et des locaux pas forcément adaptés à cet effectif étudiant.

Pour les intervenants 6 et 7, au niveau universitaire les conditions de travail sont correctes. Le principal problème se situe sur l'aspect clinique, plus particulièrement au niveau du plateau technique hospitalier. Cela impacte surtout les temps partiels, notamment les AHUs, qui avant d'entamer les démarches afin de remplir les prérequis pour devenir titulaires (MCU-pH), sont donc amenés à comparer avec le matériel de leur cabinet libéraux. L'intervenant 9 nuance en disant que le plateau technique n'est certes pas le meilleur des UFR mais pas non plus le pire.

- **Des prérequis importants** (enseignant 3,8,9 et 10)

Les enseignants 3,8 et 9 ajoutent que le niveau d'exigence de formation pour les formateurs titulaires est devenu trop important par rapport à l'attractivité des postes. Le développement de ces prérequis sans contrepartie ne peut en aucun cas être bénéfique pour l'attractivité surtout en comparaison du statut libéral.

C'est plus une question de cohérence pour l'intervenant 10, qui regrette peut-être que les prérequis de certains CNU soient autant axés sur les publications malgré le fait que la recherche soit une composante du métier d'enseignant. *« Un Du de pédagogie »* lui semblerait par exemple logique, du fait des nombreuses innovations actuelles.

Il faut également tenir compte « *du changement de paradigme social »* selon l'enseignant 10*.* Pour les intervenants 3 et 10, nous sommes à une époque où « *la vie professionnelle se contrebalance avec la vie privée ».*

- **la comparaison avec l'attractivité du statut libéral au cabinet** (enseignant 3,4,8,9 et 10)

En libéral, le praticien est son propre patron, même si il n'est pas titulaire. En tant que collaborateur libéral, il est engagé avec un contrat de travail et reverse un pourcentage de rétrocession sur le chiffre d'affaires qu'il effectue. Il n'a cependant pas les mêmes contraintes hiérarchiques qu'un enseignant hospitalo-universitaire.

Le praticien libéral dispose de plus d'autonomie. Il a la liberté de pouvoir poser ses congés en dehors des vacances universitaires, de pouvoir choisir le laboratoire de prothèse avec lequel il décide de travailler et de ne pas dépendre d'un appel d'offres. Ce dernier élément nuit parfois à la qualité des soins ce qui peut engendrer une frustration qui n'aurait pas été présente en cabinet de ville.

Même si elles sont présentes en libéral, les contraintes administratives sont omniprésentes dans les carrières hospitalo-universitaires. L'intervenant 9 décrit même l'administratif comme un 4ème domaine de compétence à acquérir en plus de l'enseignement, de la recherche et de la clinique. Ce point peut effrayer certains étudiants à s'engager dans cette voie hospitalo-universitaire qui est éloignée de leur vision initiale en commençant les études d'odontologie estime l'enseignant 8.

Enfin il existe une réalité économique : les praticiens libéraux et hospitalo-universitaires n'ont pas le même salaire. Pour certains enseignants ce n'est pas le salaire en soit, mais le fait d'être dépendant, de « *toujours avoir des moyens limités, toujours devoir faire des demandes de financement pour acquérir du matériel, toujours être sous la responsablité de quelqu'un pour accueillir ce matériel.* »
On retrouve notamment pour les intervenants 3, 9 et 10 cette pénurie de titulaires au niveau des spécialistes. (orthodontie et chirurgie orale)

- **Le temps plein hospitalo-universitaire** (enseignants 4,6,7,8, 9 et 10)

En lien justement avec cet abîme qui le sépare du statut libéral, le statut hospitalo-universitaire ne propose uniquement que des postes à temps plein pour les titulaires (MCU-pH, PU-pH). Il en de même pour les AHU qui sont dorénavant concernés. Pour les enseignants 4, 6, 7, 8, 9 et 10, cela participe au manque d'attractivité.

Même s'il est complètement illusoire d'envisager que le système fasse machine arrière, l'intervenant 8 pense *« que les gens seraient plus aptes à aller vers une carrière universitaire si on proposait plus de mi-temps »*. Pour lui la solution qui permettrait de pallier à ce système, et en même temps d'enrichir la formation initiale serait le recrutement de praticiens hospitaliers. Les mi-temps permettent d'apporter d'une part leur expérience du monde libéral et de gestion du temps, et d'autre part l'universitaire temps plein, quant à lui, apporte la réflexion de recherche de l'information et un aspect plus académique. Ils sont donc complémentaires (opinion partagée par l'enseignant 7), et cette complémentarité semble essentielle à cet intervenant pour *« ne pas être complètement déconnecté de la réalité ou à l'inverse complètement empirique* ».

Certaines facultés arrivent à rester attractives malgré le temps plein, nous communique l'intervenant 6. Mais les enseignants ont la possibilité d'effectuer des vacations privées avec un plateau technique de pointe qui égalerait celui de certains cabinets libéraux.

L'intervenant 5 a un avis plus divergent et reste pragmatique, pour lui si les postes existent et sont pourvus c'est que le statut reste attractif. Mais pour l'enseignant 6, il convient de s'interroger sur les raisons de ce choix de carrière. Pour lui, s'il n'y a aucune volonté d'être enseignant de vouloir transmettre des connaissances, mais que l'objectif principal est d'éviter les contraintes de l'exercice libéral, ce n'est peut-être pas l'attractivité qui devrait être recherchée.

Ce manque d'attractivité n'est pas uniquement spécifique à l'université de Lille ni même à l'odontologie comme le témoigne l'enseignant 9. La situation similaire est retrouvée en médecine. Un avis de l'académie de médecine du 30 juin 2021 témoigne de ces difficultés et indique des recommandations (74). Il évoque la démission depuis 2018 de 78 PU-PH et 61 MCU-PH (75), ainsi que la réserve des jeunes candidats à s'engager dans un parcours hospitalo-universitaire. Il met en évidence les causes :

- la rémunération moindre et la stagnation indiciaire en milieu de carrière comparativement à celles des praticiens hospitaliers ou du secteur privé
- l'absence de prise en compte de l'activité hospitalière dans la pension retraite
- des critères de formation identique quelque soit la discipline (fondamentale ou clinique)
- L'enseignement théorique et la recherche clinique ne sont pas assez valorisés contrairement à la recherche qui l'est grâce à la bibliométrie

3.3.6 Manque de reconnaissance pour la formation continue

Ce qui joue également dans la mise en place et le maintien des formations continues à la faculté est la prise en compte de celles-ci dans l'évolution de carrière des enseignants. Pour obtenir un poste de titulaire de MCU-pH, il existe deux concours nationaux :

- le premier ouvert aux AHU, pH en activité et anciens AHU, pH ayant (ou ayant eu) au moins une année effective à l'un de ces postes (76).
- le deuxième pour les candidats ne justifiant pas ces conditions. Les places disponibles par cette voie seront au maximum d'un tiers sur les l'ensemble des postes ouverts au recrutement (76).

Dans tous les cas, le candidat devra détenir l'un des titres admis en équivalence au doctorat d'Etat en biologie humaine. (habilitation à diriger des recherches (HDR) ou d'un doctorat d'Etat en odontologie ou un doctorat de troisième cycle ou diplôme de docteur ingénieur …) (77). Il est nécessaire d'avoir réalisé des publications d'articles.
Pour devenir PU-pH, le concours requiert d'avoir :

- Obtenu l'Habilitation à diriger des Recherches
- Soutenu une thèse de recherche
- Effectué deux années de fonctions en ayant le titre de MCU-pH
- Satisfait à l'obligation de mobilité dans une structure autre que celle de leur affectation pendant au moins un an pour des activités de soins, d'enseignements ou de recherches (78).

Il existe un CNU (Conseil National des Universités) spécifique pour les disciplines de santé, Médecine, Odontologie et Pharmacie. Ce CNU est divisé en sections, puis sous sections portant respectivement un numéro. Ce sont les membres élus et nommés de la sous-section à laquelle un enseignant appartient, qui statuent et délibèrent sur le recrutement et les évolutions de carrière de cet enseignant (79).
Ces décisions sont prises selon un vote à bulletin secret ou un scrutin à main levée. Le scrutin a lieu en un ou deux tours (un seul en cas d'unique candidat).

Les enseignants 2,3,4, 7 (soit 4 participants sur les 8 interrogés à ce sujet) nous ont confié que « *les avancements de carrière sont principalement conditionnés par* [leurs] *activités de recherche ».*

Les enseignants 6 et 9 informent que les CNU ont maintenant tendance à prendre en compte l'ensemble des charges d'un enseignant dans le cas d'un avancement de carrière. La « *notion de service rendu* » englobe l'ensemble de l'activité de l'enseignant, pas uniquement la recherche mais également les charges liées à la formation initiale, à la formation continue, administratives en lien avec les responsabilités de certains statuts. Cependant ils nuancent en affirmant qu'en cas de parcours similaire, l'activité de recherche et les publications seront privilégiées. L'intervenant 8 partage cet avis, il ajoute qu'il existe actuellement des recherches pédagogiques qui peuvent être plus faciles à lier avec un exercice clinique quotidien. Elles sont néanmoins chronophages. Mais il reste mitigé et craint de se *« retrouver coincé à faire un nombre d'heures »* comme les enseignants monoappartenants. Car

ces derniers sont plus valorisés financièrement à faire de l'universitaire que de la recherche mais doivent en contrepartie dispenser un nombre minimum d'heures pour toucher leur prime conditionnelle.

Plus de détails sur les modalités propres à chaque section/sous-sections du CNU sont répertoriés sur leur site. Il existe un dossier à transmettre pour la nomination au poste de MCU-pH ou PU-pH. La prise en compte de l'ensemble des activités (activités d'enseignement, fonctions administratives) de l'enseignant est retrouvée comme l'ont mentionné les intervenants 6 et 9. L'investissement pédagogique pour les enseignements pratiques et théoriques de formation initiale mais aussi continue, est calculé et représenté par le score SIAPS ou Score Individuel d'Aptitude Pédagogique en Santé. Le score SIAPS tient également compte des publications dans des revues francophones. D'ailleurs un des enjeux pour la création de ce score (en plus de tenir compte de la pédagogie), était de valoriser les revues francophones dont l'impact factor était peu élevé (80).

A ne pas confondre avec le Score SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques) qui lui permet d'illustrer la contribution au niveau de la recherche et se calcule en fonction du nombre de publications mais également de l'impact factor des revues dans lesquelles les articles sont publiés (les revues ango-saxonnes de référence sont donc plus valorisées) (81).

Les activités hospitalières sont aussi prises en compte. Il existe un chapitre pour chaque domaine, qui doit être visé par le responsable adéquat, le responsable universitaire pour le chapitre 4, le(s) responsable(s) hospitalier(s) pour le chapitre 5, et le directeur de thèse ou laboratoire pour le chapitre 6.

3.4 La formation initiale

Au cours des différents entretiens, la formation initiale a été clairement évoquée, elle est pour beaucoup indissociable de la formation continue.

3.4.1 Un continuum de formation

La formation initiale est le parcours permettant à un étudiant d'acquérir les compétences et connaissances nécessaires à l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire. Elle se compose de 3 cycles :

-Le premier cycle, qui aboutit au diplôme de formation générale en sciences odontologiques (DFGSO) à l'issue des 3 premières années validées

-Le deuxième cycle aboutit lui au diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques (DFASO) à l'issue des 4ème et 5ème années validées

-Le troisième cycle peut être court, d'une durée d'un an (soit deux semestres). Il s'achève avec la soutenance d'une thèse d'exercice qui permet d'aboutir au diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire.

-Il peut également être long, pour les étudiants ayant réussi le concours de l'internat en odontologie. Il aura alors une durée variant de 3 ans (pour les spécialités Orthopédie Dento-faciale et Médecine bucco-dentaire à 4 ans pour les internes de Chirurgie Orale. A l'issue de ce cycle, ils doivent également soutenir une thèse d'exercice pour devenir docteur dans leur spécialité (82).

Pour l'enseignant n°4, la mission première des enseignants d'odontologie est la formation initiale. Pour les enseignants n°7 et 9, il faudrait mieux parler de continuum de formation, ne jamais vraiment arrêter de se former.

« En tout cas ce qui est sûr, c'est qu'on ne peut pas sortir de formation initiale en étant expert de tout. Peut-être qu'il faudrait redéfinir quelles sont les compétences visées à la fin de la formation initiale. Et que la formation continue soit un continuum de formation. » Intervenant n°7

3.4.2 Compétences visées à l'issue de la formation initiale

Un ensemble de compétences doit être assimilé à l'issue de la formation initiale, c'est en quelque sorte l'acquisition de ces connaissances et savoir-faire qui conditionne nos orientations et préférences à court terme en matière de formation continue. Pour encadrer cela, sous l'impulsion de la ministre de la Santé, Mme Roselyne Bachelot, un référentiel a été élaboré en octobre 2010 « référentiel métier et compétences du chirurgien-dentiste » par un groupe de travail composé de praticiens libéraux, d'hospitalo-universitaires et d'étudiants avec l'aide du conseil national de L'ordre. Il définissait 11 situations types auxquelles le chirurgien-dentiste peut faire face, au cours de son exercice quotidien. Mais ce référentiel n'était pas exhaustif, et constituait seulement un « outil didactique au service de la profession » (83). L'arrêté du 8 avril 2013 mis à jour le 6 novembre 2019, qui encadre la formation et son cadre législatif définit les compétences que l'étudiant doit acquérir à l'issue de chaque cycle (82).

Nous avons interrogé les enseignants 6, 7, 8, 9 et 10 sur les compétences développées au cours de la formation initiale et s'ils avaient constaté une évolution au fils des années.

Il apparaît tout d'abord évident pour ces 5 intervenants, qu'un individu ne sort pas à l'issue de sa thèse d'exercice comme un produit fini. L'étudiant, futur docteur en chirurgie dentaire aura à poursuivre cette acquisition de connaissances et compétences tout au long de son exercice professionnel. Il s'agit bien d'un continuum de formation. En revanche, ils leur semblent essentiel qu'à l'issue de sa scolarité, l'étudiant ait les capacités suffisantes lui permettant de prendre en charge la majorité des cas cliniques auquel il sera confronté au cours de son exercice libéral. Le véritable objectif de la formation initiale est de former des chirurgiens-dentistes qui soient capables de diagnostiquer, traiter et prendre en charge de façon autonome une grande partie de leur patientèle.

Ce référentiel de compétences paraît pour le coup indispensable mais il n'est pas exploitable ou mal exploité juge l'enseignant 7. Il poursuit, qu'en suivant ce référentiel assez succinct, la formation semble être suffisante alors qu'en réalité en approfondissant elle ne l'est pas. Il conclut qu'*«il y a pas mal de travaux aujourd'hui qui sont fait par l'approche par compétences et la définition des compétences à avoir à la fin de la formation, et ça je pense que c'est une grande avancée ».* L'enseignant n°6 approuve également ce travail actuellement en cours sur les compétences que doivent acquérir les étudiants. Cependant, il craint que les compétences actuellement considérées comme acquises à la fin de la formation initiale deviennent peu à peu du ressort de la formation continue. L'enseignant n°2 partage également ce ressenti le but de la formation continue n'est pas pour lui, de voir ce qui devrait être acquis en formation initiale.

L'intervenant n°10 ne pense pas que la formation initiale soit moins qualitative qu'auparavant, mais il estime qu'elle est moins quantitative en raison du taux d'encadrement et de locaux inadaptés. Il explique que l'acquisition des compétences se fait grâce à la répétition des actes et doute que la réalisation d'une seule biopulpectomie ou la pose d'une seule couronne, même si elles sont réalisées dans les règles de l'art, soient suffisantes pour permettre la reproduction à l'identique en sortie de faculté. Ces doutes sont partagés par les intervenants 2, 4 et 6 qui estiment que les étudiants n'ont plus la possibilité d'effectuer autant d'actes cliniques que par le passé.

Enfin l'intervenant n°8 regrette lui, le manque de vision critique avec une sensibilisation à la recherche qui est assez limitée au sein de la formation initiale. Malgré des enseignements spécialisés de certains départements et certains progrès dans l'ensemble des matières, il estime que *« l'on n'est pas très bien formés ne serait-ce qu'à la lecture critique d'articles, à l'analyse, le fait de monter une bibliographie, de creuser un sujet afin d'en faire une bibliographie exhaustive etc. ça il y a très peu »*. Pour l'intervenant n°7, une différence de degré de lecture existe entre ceux qui préparent l'internat et ceux qui se destinent à un troisième cycle court, ces derniers ayant globalement du mal à extraire et synthétiser les connaissances mises à leur disposition. Il estime aussi qu'il serait intéressant de savoir ce qui correspondrait aux attentes des étudiants, mais a un doute sur le fait qu'ils le sachent eux-mêmes. Ces deux enseignants jugent que cette lacune théorique est due à un manque de temps et que les heures sont plutôt consacrées aux apprentissages théoriques purs.

3.4.3 Une « hyper sectorisation »

L'intervenant n°8 indique l'apparition d'une *« spécialisation de l'acte technique »* au dépend de la prise en charge globale des patients et de l'aspect médical. Les spécificités du patient sont souvent peu prises en compte. Et cet aspect est surement dû à un manque dans la formation initiale.

Nous avons interrogé l'ensemble des intervenants sur la sectorisation à la faculté, pour savoir si cela ne constituait pas un frein à la mise en place de projets de formation continue notamment pluridisciplinaire.

L'ensemble des réponses montre que la sectorisation est présente à la faculté, un manque évident de communication entre les différents.es sous-sections/départements est relevé par les intervenants 2,4,6,7 et 8 et parfois même au sein des départements. *« Si l'on ne s'intéresse pas à ce que l'autre fait, on ne sait pas. […] moi je ne sais pas ce que mes collègues font dans d'autres disciplines »* indique l'intervenant 2.

La sectorisation apparaitrait comme un frein à la transversalité, les étudiants ne mettant pas forcément en application les connaissances d'un département quand ils prennent en charge un patient dans une autre sous-section au sein du CHU. Pour les enseignants 7 et 8, un travail d'harmonisation des connaissances à acquérir entre

les différents départements pourrait être nécessaire afin que les enseignants tiennent le même discours. Cela permettrait aussi d'éviter la redondance de certains propos, ou l'oubli de certaines notions en pensant qu'il s'agit du champ de travail des collègues.

Pour autant, la sectorisation apparaît comme nécessaire pour les enseignants 8 et 9, en tout cas en 4ème année pour permettre l'acquisition des gestes techniques de façon reproductible chez un patient. Elle permet également que les étudiants aient un cadre et un discours similaire selon un type d'acte précis. La 5ème année pour l'enseignant 9 mais surtout la 6ème année selon les intervenants 8 et 9, devrait jouer un rôle dans cette prise en charge omnipratique et permettre aux étudiants de développer une réflexion globale. La réflexion globale est évaluée à de rares occasions au cours de leur parcours, telles que le cas de prothèse en 4ème année ou l'examen du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique en fin de 5ème année. L'intervenant 10 témoigne que ces exercices spécifiques permettent d'illustrer la difficulté de prise en charge globale par les étudiants. Néanmoins il nous avoue, que les enseignants n'arrivent *« pas à trouver la solution miracle »,* le système ayant déjà évolué avec le suivi de patient. Il espère cependant que la réforme du 3ème cycle permettra d'aboutir à une meilleure prise en charge globale en 6ème année. Enfin l'intervenant 9 trouve des avantages et inconvénients dans les deux systèmes, sectorisé ou non, il estime que la vision omnipratique est surement plus facile à adapter dans des facultés avec des effectifs plus réduits.

Les enseignants 6, 7 et 8 pensent qu'il existe peut-être un problème de complexité ou une ambition trop exigeante au niveau des cas cliniques proposés et que parfois les étudiants sont capables de raisonner sur des cas complexes et pour autant de ne pas savoir résoudre des cas simples. Cette problématique s'expliquerait pour l'enseignant n°6, par cette hypersectorisation qui va de pair avec une hyperspécialisation des enseignants. Ces enseignants ayant pour le coup des exigences plus poussées dans leur domaine de compétences, sont un atout pour l'enseignant n°9. Les enseignants 6 et 7 s'interrogent en revanche sur le fait de moins visualiser la prise en charge globale du fait de cette hyperspécialisation.

On retrouve également une tendance à vouloir se spécialiser chez les étudiants avant même parfois la fin de leur formation initiale ou du moins de ne plus vouloir faire certains types d'acte. Les enseignants 2 et 6 regrettent cela et émettent leur

peur du point de vue de la santé publique et le fait que l'omnipratique est indispensable pour l'accès aux soins des patients.

Pour les différentes formations continues, beaucoup sont des formations pluridisciplinaires. Elles ne sont pas associées à un département mais plutôt à une thématique. Elles ont ou aimeraient par ailleurs la participation d'enseignants de plusieurs départements.

3.4.4 La réforme du 3ème cycle

Les Diplômes d'Etudes Supérieures sont au nombre de 3 actuellement, dont le DES de Médecine Bucco-Dentaire (DESMBD), celui de Chirurgie-Orale (DESCO) et enfin celui d'Orthopédie Dento-faciale (DESODF). Le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (le MESRI) et le Ministère des Solidarités et de la Santé (le MSS) ont sollicité la Conférence des Doyens dans l'objectif de réformer le 3ème cycle d'odontologie depuis octobre 2016. Ce projet est en débat avec les différents groupes représentant la profession, à savoir les universitaires (doyens, collèges des enseignants), les associations représentatives des étudiants (UNECD et son réseau), les Syndicats d'Internes, l'ONCD (ordre national des chirurgiens-dentistes) et les syndicats (FSDL,CDF, SFCD,UD) (84).

Il est question dans le schéma de la dernière conférence des doyens, de maintenir le DESCO, et le DESODF tel qu'ils sont encadrés actuellement. En revanche, c'est le DES MBD qui serait amené à être supprimé par manque de lisibilité. Le contenu étant plutôt nébuleux, et les internes MBD s'inscrivant majoritairement au tableau de l'ordre en tant qu'omnipraticiens, il ne correspond pas à l'objectif initial auquel il était destiné (à savoir la gestion de patient à besoins spécifiques). Il est également évoqué un examen type ECN (examen national classant) comme en médecine à la fin de la 5ème année. Les étudiants auraient alors le choix entre 8 DES. En effet, 6 nouveaux DES verraient le jour :

- d'endodontie, de parodontologie, de Réhabilitation Oro-Faciale Complexe, d'Odontologie pédiatrique, chacun ayant une durée de 3ans
- de Santé publique, d'une durée de 4 ans, communs à plusieurs filières médicales
- d'omnipratique, d'une durée de 1an, avec pour objectif de revaloriser la formation omnipratique et harmoniser la 6ème année au niveau national. (85)

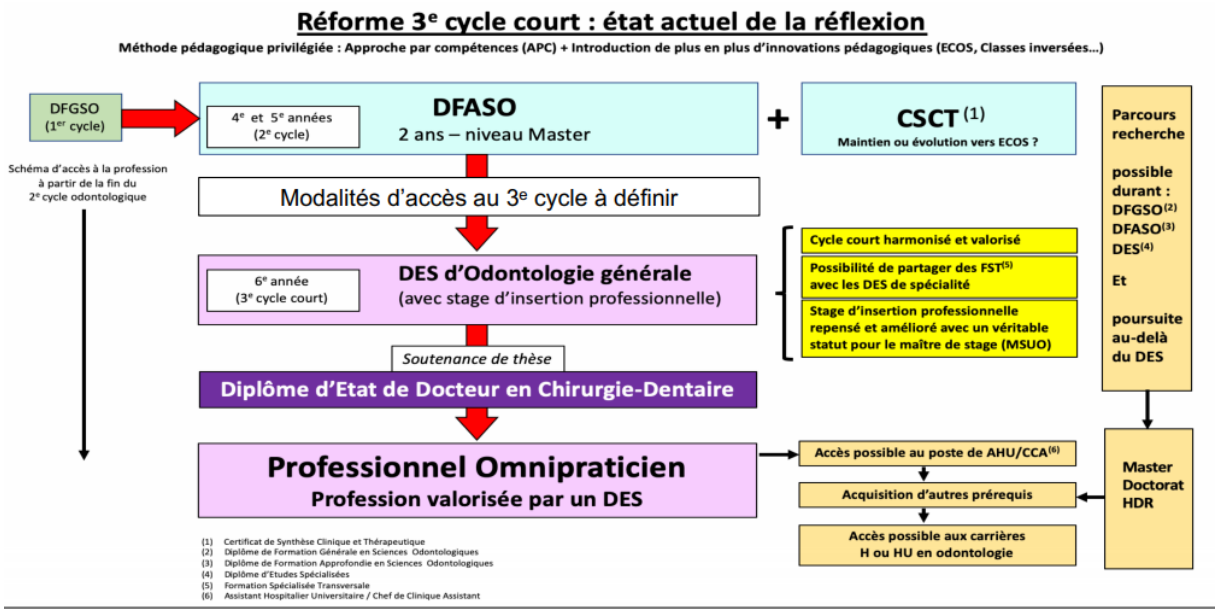

Figure 9 : Schéma proposé à l'heure actuelle pour le cycle court (85)

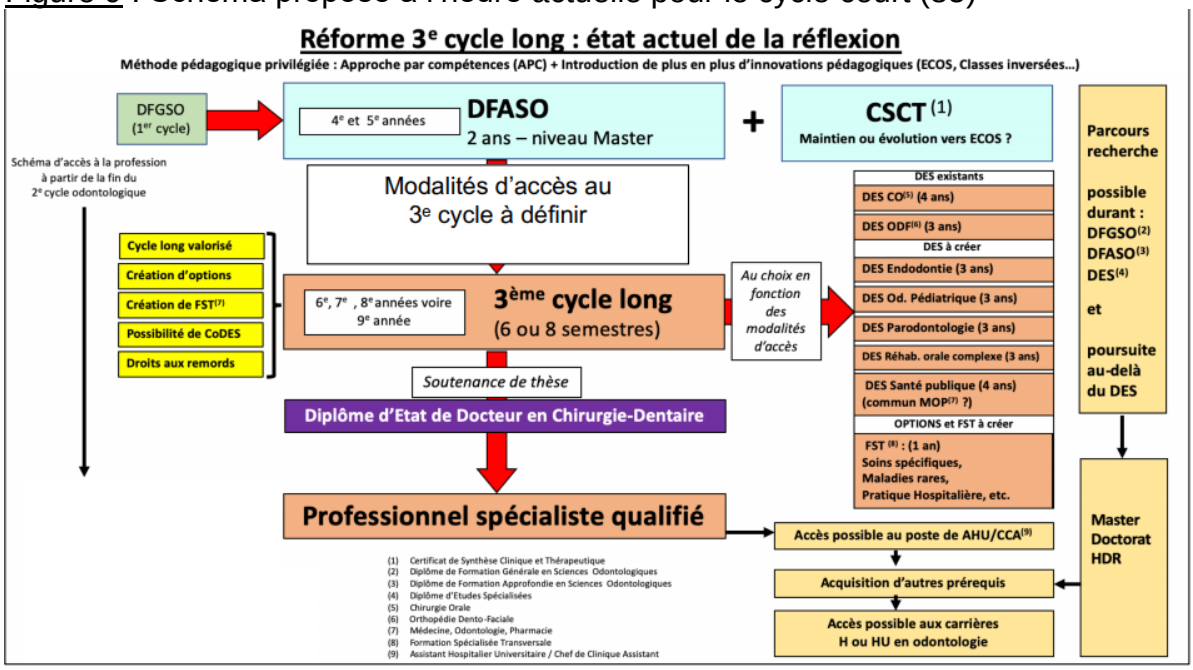

Figure 10 : Schéma proposé à l'heure actuelle pour le cycle long (85)

Pour résumer subjectivement les avis concernant cette réforme, les enseignants 2, 9 étaient très favorables, les intervenants 3, 7, 8 et 10 favorables avec quelques réserves enfin l'intervenant 6 est plus mitigé (les enseignants 1,4 et 5 n'ont pas eu l'occasion de développer ce sujet). Leurs avis reflètent l'état et les différentes positions du débat sur le sujet.

C'est une réforme nécessaire pour que les praticiens aient une reconnaissance de leurs capacités professionnelles pour la réalisation de tel ou tels actes spécifiques jugent les participants 2, 7, 8, 9 et 10. L'intervenant 8 ajoute même

que certaines de ces spécialités sont déjà reconnues au niveau européen.
Les intervenants 7 et 9 pensent qu'un changement pour le DES de MBD est indispensable, qu'il faut le redéfinir avec plus de clarté. Il faut faire attention à ce que le DES d'odontologie générale ne suive pas la même route.

L'intervenant 8 émet quelques réserves sur les dérives que cela pourrait impliquer sur l'omnipratique et sur les patients de manière générale. Il a peur d'un désengagement des praticiens pour certains actes, qu'ils adressent avec excès chez le spécialiste et en quelque sorte que *« l'omni soit moins omni et plus spécialisé ».* L'intervenant n°6 considère que ce serait bien pour de la *« dentisterie de grande ville »* mais que pour les zones déjà sous-dotées, l'accès aux soins resterait difficile si les omnipraticiens devaient adresser. Il reste attaché à l'omnipratique et à la réflexion globale. L'intervenant n°2 partage cette vision et estime qu'au regard de la démographie de la profession une répartition uniquement de spécialistes n'est pas envisageable, il espère donc que l'omnipratique perdure. En revanche il nuance, ces spécialistes répondraient à une demande de patients spécifiques et donc un besoin de santé publique. Les intervenants 7 et 10 s'interrogent cependant sur les avantages qu'auront ces spécialistes, est-ce qu'ils bénéficieront d'un secteur 2 ? Il leur parait normal que les praticiens puissent se faire rémunérer à hauteur de leurs compétences, du temps investi et de leur plateau technique, et pour se faire ils devront avoir recours au dépassement d'honoraires et ne pas se limiter aux plafonds de la sécurité sociale. L'intervenant nous a évoqué par exemple que marquer le remboursement entre un spécialiste ou non serait intéressant pour rendre les DES plus attractifs par rapport aux formations privées.

Cela ne veut pas dire que l'omnipraticien ne fera plus d'Odontologie pédiatrique, de parodontologie ou d'endodontie rassurent les enseignants 2, 7, 9 et 10. Ces disciplines continueraient par ailleurs à être enseignées en formation initiale. Mais pour des cas plus complexes qu'il estime sortir de ses compétences, il pourra adresser à un spécialiste. Le but étant d'arriver à la prise en charge de la meilleure qualité pour le patient. Une analogie a été faite pour comparer la situation des médecins généralistes et des spécialistes, l'objectif n'est pas d'amputer une partie des actes de l'omnipratique mais bien de venir apporter une aide supplémentaire à la prise en charge, pour qu'ils puissent de manière ponctuelle travailler en collaboration. Les enseignants 3 et 8 rappellent par ailleurs que ces internes futurs

spécialistes ne correspondraient qu'à une faible proportion des étudiants de 3ème cycle.

L'enseignant 8 estime aussi que cela valorisera l'année de T1 (cycle court), qui sera moins généraliste et permettra des parcours plus individualisés. La prise en charge globale sera elle aussi plus accentuée. Cependant l'intervenant 3 rappelle le problème de l'encadrement de cette 6ème année, il impliquerait à l'heure actuelle pour les jeunes enseignants le passage du statut d'AHU au statut de CCA (Chef de Clinique Assistant) comme en Médecine. Le problème résiderait dans l'attractivité de ces postes de CCA, car si l'AHU peut disposer d'une activité libérale en parallèle, le CCA est obligatoirement temps plein. Cette situation ne pose pas de soucis dans le recrutement en médecine car le CCA se voit la possibilité d'exercer en secteur 2 à l'issue de son exercice. En dentaire quelles seront les compensations pour permettre une attractivité ? Ce changement de statut constitue un frein également pour l'intervenant 8, il juge positivement cette uniformisation mais souhaiterait néanmoins une exception en dentaire sur les temps pleins CCA. A défaut, une solution serait le recours à des Praticiens Hospitaliers (PH).

3.4.5 Un manque de ressources et de matériel

Un élément qui nuit à la qualité de la formation initiale et qui par extension pourrait porter préjudice à la formation continue est le manque de ressources matérielles et humaines.

L'intervenant n°4 résume cela assez simplement, les locaux sont inadaptés au nombre d'étudiants que l'université accueille. Ce nombre est tout simplement trop important avec les ressources qui sont actuellement disponibles. Il ajoute qu'avec moins d'étudiants, la formation initiale pourrait être approfondie. Car cela éviterait la répétition des mêmes TP (travaux pratiques) avec des quarts de promotion, et par conséquent le temps gagné serait mis à profit avec plus de thématiques développées. C'est aussi dû à un taux d'encadrement qui n'est pas bon. Pour avoir des locaux adaptés et attractifs, du personnel technique et des TP de qualité tant pour les étudiants que pour les praticiens libéraux de la formation continue, des fonds sont nécessaires.

Les enseignants 6 et 7 jugent que pour le matériel et les locaux, l'universitaire est plutôt bien fourni, c'est la partie hospitalière qui est à revoir. Le plateau technique

est pour eux insuffisant. L'intervenant 9 nuance en affirmant que le CSERD de Lille n'est pas forcément le lieu avec le meilleur plateau technique mais qu'il est également loin d'être le pire des CSERD.

Par contre, les enseignants 8 et 9 confirment que ce taux d'encadrement déficitaire nuit à la qualité de la formation initiale aussi en clinique. Ils regrettent le fait que les étudiants ne puissent pas travailler avec l'ensemble des enseignants, de leur dispenser de façon très ponctuelle des informations, et de ne pas pouvoir forcément mettre un nom sur le visage d'un étudiant. Le manque de fauteuils permettant une activité clinique quantitative satisfaisante, a également été relevé par l'intervenant 10. Ce nombre de fauteuil restreint par rapport à l'effectif étudiant est par ailleurs à partager avec les participants de formation continue type DU, ce qui peut amener à un conflit entre formation initiale et continue, ou tout simplement à des difficultés d'organisation soulèvent les enseignants 4 et 6. Ces dernières constituent une charge supplémentaire à laquelle un porteur de projet ou un responsable de formation doit faire face.

3.4.6 La réforme de la PACES

Depuis le 24 juillet 2019, la réforme de l'accès aux études de santé est mise en place. Elle est encadrée par la loi n°2019-774, et l'année universitaire 2020-2021 marque le début de son application (86). L'objectif de cette loi était globalement de diversifier le profil des étudiants qui poursuivent des études de santé comme nous le rappelle l'enseignant n°8. Elle permet également aux étudiants en cas d'échec au concours de valider une licence et de continuer leur cursus universitaire dans la voie alternative qu'ils avaient choisie. Afin d'obtenir sur du plus long terme une meilleure répartition des praticiens dans les zones sous dotées, les étudiants ne disposant pas d'UFR de santé près de chez eux ont dorénavant la possibilité de suivre une formation en santé avec ce nouveau système.

L'ancien système de la PACES (première année commune aux études de santé) a laissé place à deux voies d'entrées qui cohabitent. L'ancien *numerus clausus* qui fixait le nombre de places pour chaque filière de santé (Médecine, Odontologie, Pharmacie, et Maïeutique) a laissé place au *numerus apertus*.

- La Licence « d'Accès Santé » ou « LAS » dans une université autre qu'une faculté de santé. L'étudiant doit valider une licence de la discipline qu'il choisit (économie, philosophie...) complétée d'une

« mineure santé » afin de continuer avec les connaissances nécessaires son parcours dans les études de santé s'il réussit le concours.

- Le Parcours Spécifique « Accès Santé » dit « PASS » s'apparente lui à l'ancien schéma, c'est-à-dire une formation majeure dans une faculté de santé mais couplé à une « mineure » dans un autre domaine de son choix.

Peu importe la voie qu'il choisit, l'étudiant doit valider sa première année de licence pour pouvoir poursuivre son parcours universitaire, en cursus santé ou non.
En cas d'échec du concours mais validation de sa première année de licence, l'étudiant de « PASS » comme celui de « LAS » pourront continuer en 2ème année de licence. Même si le redoublement est théoriquement supprimé, ces étudiants pourront retenter leur chance après une année supplémentaire, donc suite à une deuxième ou troisième année de licence dans la discipline choisie.
En cas d'échec de la première année de licence, l'étudiant « PASS » devra se réorienter via Parcoursup mais l'étudiant de « LAS » lui peut choisir de redoubler cette première année de licence (87).

Cette réforme est encore assez récente et son application n'a pas été facilitée par le contexte sanitaire de l'année 2020-2021. De plus, cette année était une année de transition entre les deux systèmes qui cohabitaient et étaient source de tension (88) (89).
Cette première expérience permettra à coup sûr d'effectuer les changements adéquats, et les problèmes ont d'ores et déjà été identifiés. Suite à un recours déposé par de multiples collectifs et associations, le conseil d'Etat s'est prononcé ce 8 juillet 2021 concernant la non équité de numérus entre les étudiants de PACES et ceux de PASS et LAS. Le *numerus apertus* fixé par arrêté et déterminé par les capacités d'accueil de chaque UFR est jugé illégal. Il devra être revu pour 15 Universités dont celle de Lille. Les places attribuées aux étudiants PACES ne sont pas remis en cause en revanche une augmentation d'au moins 20% des capacités d'accueil pour les étudiants de PASS et LAS en septembre 2021 (90).

3.4.7 Vers une augmentation du *numerus apertus*

Nous avons évoqué cette réforme car elle répond à un besoin en termes de

santé publique. Nous allons nous concentrer uniquement sur les étudiants en odontologie. En effet, le gouvernement a manifesté sa volonté d'augmenter le nombre d'étudiant pour avoir une densité de chirurgien-dentiste par habitants plus importante. Cette dynamique d'augmentation d'étudiants en chirurgie dentaire, n'est pas prête de s'arrêter si l'on en croit les propos du ministre de la Santé Mr Olivier VERAN.

La première conférence nationale a été organisée le 26 mars 2021 par la DREES (Direction de recherche, des études de l'évaluation et des statistiques) et l'ONDS (Observatoire nationale de la démographie et des professionnels de santé), sous l'impulsion du Ministère des Solidarités et de la Santé et le ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche, de l'Innovation. Le rapport issu de cette conférence s'est basé sur des travaux issus de la collaboration de nombreux acteurs importants des différentes professions (médecine, dentaire, pharmacie, maïeutique). La composition exacte de cette conférence est détaillée dans l'article 15 de l'arrêté du 4 novembre 2019. Notre profession est notamment représentée par les présidents de la conférence des présidents d'université, le président de la conférence nationale des doyens, le président de l'association nationale étudiante (UNECD), le président du conseil de l'ordre, les présidents des organisations syndicales représentatives (FDSL, CDF, UD, SFD) mais aussi les directeurs généraux des ARS (91).

Ce rapport prévoit une augmentation de 14% des effectifs étudiants en odontologie pour arriver à 7050 étudiants entre 2021-2025. Le rapport ne retient pas les objectifs concertés des ARS et des UFR qui suggéraient une augmentation de 3% (1% du numérus total cumulé 2016-2020, 7% par rapport au numérus clausus principal). Cette hausse n'aurait permis d'atteindre la densité européenne qu'à partir de 2040, et cela ne permettait pas de répondre à l'objectif initial à savoir, une meilleure répartition de l'offre de soin sur le territoire (91-92).

Les intervenants n°8,9 sont conscients que les effectifs étudiants ne vont pas diminuer. En effet concernant ce rapport, les participants 8 et 10 nous font remarquer que l'augmentation est nationale. Ils ajoutent que pour eux, le principal problème n'est pas le nombre de chirurgiens-dentistes formés chaque année mais *« la façon dont ils se répartissent sur le territoire ».*

3.4.8 Une répartition inégale de l'offre de formation

Cette répartition des différentes UFR pose un réel problème de santé

publique. Certaines facultés se retrouvent contraintes à prendre en charge la formation initiale, en tout cas jusqu'à la 5ème année, d'étudiants ne disposant pas d'UFR à proximité dans leur région (Figure 9). C'est le cas des UFR d'Odontologie de Lille qui accueille les étudiants rouennais, la Normandie ne disposant d'aucune faculté d'odontologie. En 2019, 254 étudiants sur les 1220 admissibles (soit plus de 20%) vont effectuer leurs études dans une ville différente. Cette ville peut être plus ou moins éloignée (91) (93).

Il est cependant illusoire de penser que l'entièreté des étudiants issus de ces territoires dépourvus d'UFR d'odontologie, retournent exercer dans leur région d'origine comme nous le font remarquer les intervenants 7 et 10. Ces étudiants ont tendance à s'installer dans une localisation assez proche de leur lieu de formation. C'est là le problème constaté actuellement, la désertification médicale de certaines régions. Ces intervenants nous ont fait comprendre le problème de la réflexion actuelle, qui est d'augmenter les effectifs étudiants afin de pallier au manque de praticiens installés dans certaines zones. Pour eux la densité dans ces régions ne va pas varier grandement même en cas d'augmentation du nombre d'étudiants, un problème d'attractivité de ces lieux existe dû notamment à l'absence d'établissement de formation initiale. La création d'une nouvelle faculté paraît être une solution évidente pour les deux participants, en revanche cela ne doit « *pas se faire au détriment des facultés déjà existantes* » et il faut trouver des enseignants de qualité, qui acceptent de former des étudiants dans ces régions. Il apparaît de nouveau la problématique de recrutement de formateurs.

Tableau 4 : Maillage territorial des étudiants ne disposant pas d'UFR d'odontologie dans leur région d'origine (91) (93)

Faculté Médecine d'origine	***Numerus clausus* en 2019 Odontologie**	**UFR Odontologie du 1er et 2ème cycle**
AMIENS	28	REIMS
ANGERS	15	NANTES
ANTILLES	11	BORDEAUX, MONTPELLIER, AIX-MARSEILLE
BESANCON	24	STRASBOURG
CAEN	23	RENNES
CORSE	3	PARIS V, AIX-MARSEILLE, NICE
DIJON	30	NANCY
GRENOBLE	17	LYON
GUYANE	2	BORDEAUX
La REUNION	8	BORDEAUX, TOULOUSE
LIMOGES	14	CLERMONT-FERRAND, BORDEAUX
NOUVELLE-CALEDONIE	5	Ile-de-France
POITIERS	17	BORDEAUX, NANTES
POLYNESIE FRANCAISE	4	BORDEAUX
ROUEN	33	LILLE, REIMS, PARIS VII
SAINT-ETIENNE	10	LYON
TOURS	27	CLERMONT-FERRAND, NANTES, MONTPELLIER
TOTAL	254	

Selon la densité moyenne de chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants, les départements de l'Eure, la Mayenne, l'Yonne et enfin la Somme figurent aux dernières places (Figure 11). Ces 4 départements ne disposent pas de faculté d'odontologie.

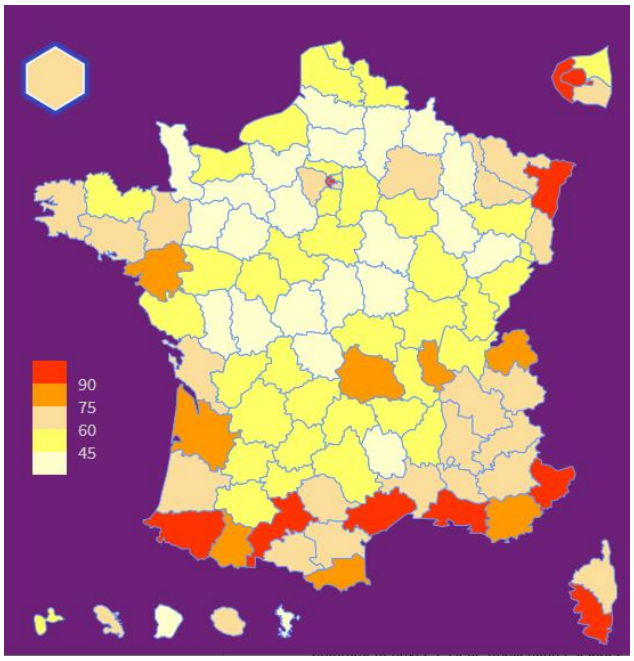

Figure 11 : Densité par département des chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants au 12 août 2021 (94)

Des mesures ont déjà été par ailleurs entreprises par le passé, afin de redynamiser l'offre de soin de ces zones sous-dotées. Il existe par exemple le CESP, contrat d'engagement du service public, qui incite les étudiants en odontologie à exercer dans « les zones où la continuité des soins est menacée ». Pour cela, les étudiants perçoivent une allocation mensuelle (de 1200€ brut par mois), ils s'engagent en contrepartie à exercer dans ces déserts médicaux pour une durée équivalente au nombre d'années où l'allocation a été perçue (et pour une durée minimale de 2 ans). Ces zones prioritaires sont déterminées tous les 5 ans par les ARS (Agences régionales de santé) (95).

Malheureusement les chiffres de la Conférence des doyens montrent une forte baisse de contrats souscrits pour l'année 2020. Ils sont au nombre de 69 étudiants au sein de l'ensemble des UFR. A titre indicatif ils étaient 137 auparavant en 2018 et 141 en 2019. Cette diminution abrupte est induite par le retrait de pouvoir bénéficier de ce CESP au cours du 1er cycle. En effet, la souscription est désormais accessible uniquement à partir du 2ème cycle soit de la 4ème année (96).

Il est à noter également la création des Unités Hospitalières d'odontologie délocalisées depuis 2007, initiée avec la création de l'UHOD de Dijon. Ces établissements, communément appelés « antennes », sont issus d'une réflexion commune entre l'ARS, l'hôpital, la faculté d'odontologie et le Ministère de la santé. Il en existe plus d'une vingtaine en France (figure 12), et elles disposent chacune d'un mode de fonctionnement qui leur est propre. La durée d'étude pour ces étudiants qui quittent leur UFR d'origine pour rejoindre un établissement délocalisé varie de 6 mois à 3 ans, ce qui signifie qu'ils ont la possibilité d'y migrer à partir de la 4ème à la 6ème année en fonction de l'UHOD choisi (97) (98). Si les « antennes » semblent séduire les étudiants par les modalités d'enseignement, il serait tout de même intéressant d'avoir une étude à moyen terme sur le nombre d'étudiants installés à proximité à l'issue de leur formation, afin de savoir si elles répondent à leur objectif initial, lutter contre la désertification médicale.

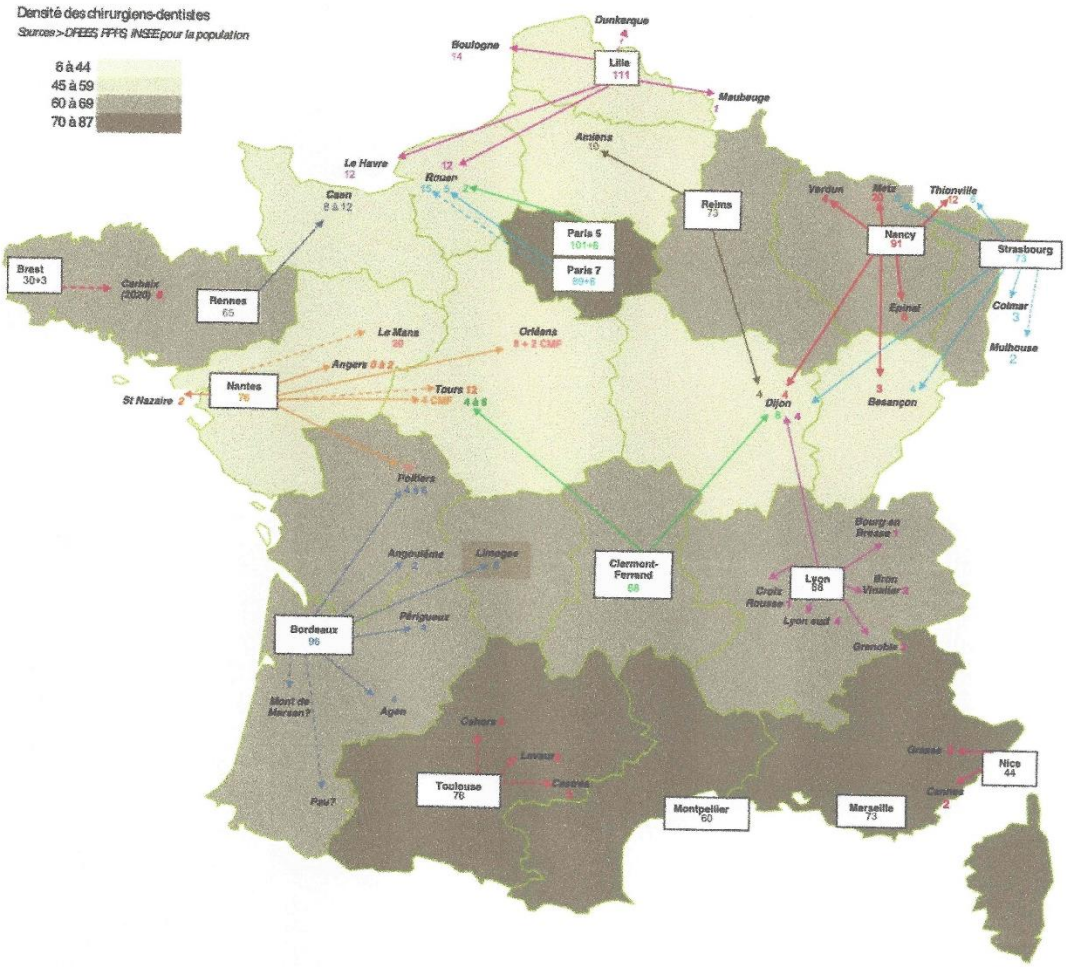

Figure 12: Répartition des différentes UFR et Unités Hospitalières d'odontologie (97)

Ces lieux en majorité dépourvus de faculté dentaire, qui ont une densité de chirurgiens-dentistes moins importante (Picardie, Centre, Limousin, Corse, Normandie, Bourgogne) disposent d'un renouvellement de praticiens moins conséquent. En effet en 2013, la part de chirurgiens-dentistes de plus de 55 ans dans ces zones est importante tandis que celle des praticiens des moins de 35 ans est beaucoup plus faible que la moyenne (figure 13). Le Nord Pas-de-Calais en revanche présentait la part la plus importante de jeunes praticiens. Ce qui reflète l'importance de la formation initiale sur la démographie de la profession.

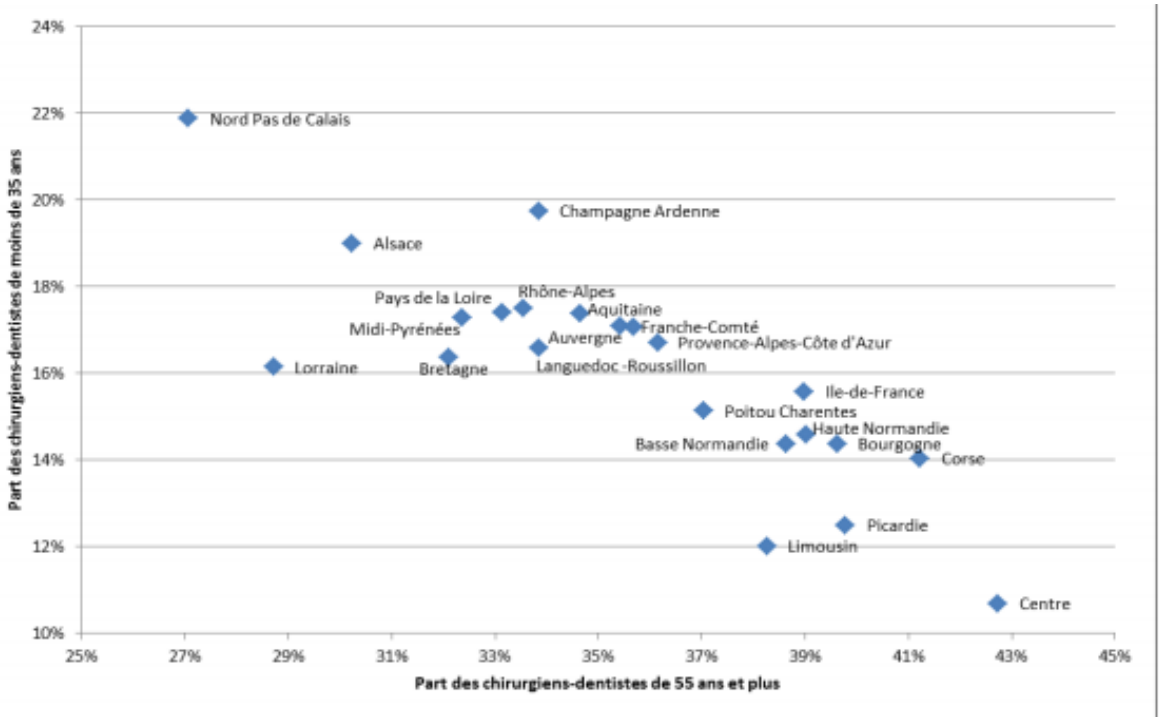

Figure 13 : Situation des régions de la part de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans et de plus de 55 ans en 2013 (99)

3.5 COVID

Nous vivons également un contexte sanitaire sans précédent qui a demandé des adaptations aux formations dispensées. Le premier état d'urgence lié à la pandémie du coronavirus SARS-CoV-2 a été déclaré le 23 mars 2020 jusqu'au mois de juillet 2020. Le sujet est encore au cœur de l'actualité et notre profession, comme toutes les professions de santé, est considérée comme une profession à risque, encore plus avec l'aérosolisation qui est présente lors des soins. L'ensemble des intervenants a évoqué cette situation inédite, ayant bouleversé la formation dispensée et continuant d'influer sur celle-ci.

3.5.1 Une formation clinique désarmée

Le premier impact dont témoignent 9 enseignants est sur l'aspect hospitalier. Cette pandémie a eu un impact considérable sur la pratique clinique, dans la formation initiale et dans la formation continue selon les intervenants 1,2,4,5,6,7,8,9 et 10.

Les étudiants de 4ème 5ème et 6ème année ont, au cours de leur cursus, un stage hospitalier avec un nombre d'heure minimal à effectuer. Cependant devant ce phénomène sans précédent, la majorité des soins a été déprogrammée et seuls les soins prioritaires ont été maintenus. Ces soins d'urgence ont été réalisés durant le premier confinement par les enseignants et les internes. Les étudiants ont donc été dispensés de stage clinique de mars à mai 2020. La reprise a été laborieuse, avec encore une fois des protocoles très stricts au vu de la gravité de la pandémie. Ces dispositions sont toujours en place, (masque FFp2, surblouse, calot/charlotte, gants et lunettes de protection) pour les soins avec production d'aérosols. Ces derniers, réalisés à l'aide d'instruments rotatifs, sont uniquement réalisés dans des salles fermées et avec une fenêtre.

A l'heure actuelle, les soins ne sont plus limités aux urgences dans les CSERD. Malgré cela le manque d'actes cliniques est déploré par les intervenants 2, 4, 6, 8. Ce manque d'actes est la conséquence directe de la mauvaise adaptation des locaux. En effet, les intervenants 4 et 7 nous ont fait part d'une absence de box fermés en quantité suffisante pour pouvoir reprendre une formation telle qu'elle existait auparavant dans le contexte actuel. C'est véritablement cette pénurie de box fermés qui induirait cette lacune que craignent les participants de cette enquête.

« On a vraiment peu de fauteuils alors de mémoire on doit avoir 76 fauteuils cliniques. Et on est passé à 7 box fermés dans lesquels on peut faire des actes avec aérosolisation. Donc 10% du nombre de fauteuils. » Intervenant n°4

Cette drastique diminution de capacité de travail pour les étudiants du 2ème et 3ème cycle mais aussi pour les participants de formation continue, complique grandement la mission d'enseignement. De plus, les étudiants de 4ème et 5ème année jouent principalement le rôle d'assistant dans ces box fermés.

Concernant la formation continue, les porteurs de projet nous ont confié que cela leur compliquait grandement la tâche pour l'organisation, et qu'ils ne voyaient pas forcément de positif à la crise actuelle pour ces DU et AUEC. En revanche, ils affirment avoir été satisfaits de l'adaptation dont ils ont fait preuve durant ce contexte sanitaire, et estiment que les enseignements dispensés sont restés qualitatifs.

Le seul point positif qui a été relevé par les enseignants 1,4,6 et 7 est la période où ils ont pris en charge les urgences pendant le confinement des étudiants. Cela a permis de renforcer leur cohésion, une *« espèce de solidarité »*, de permettre de former des binômes *« atypiques »,* mais également de partager et échanger avec des collègues qu'ils ne côtoient que rarement. Ils ont jugé cette expérience comme enrichissante.

3.5.2 Le développement d'une nouvelle approche pédagogique

Cette période de crise sanitaire a cependant permis quelques avancées positives notamment au niveau de la formation universitaire.

3.5.2.1 Le développement des supports numériques

Cela a permis une avancée considérable dans le développement de supports numériques. Les enseignants 2 et 6 jugent que même si la transition était en marche, cela a permis *« d'accélérer les choses »*. L'intervenant 6 nous confie par ailleurs avoir eu de bons retours des étudiants concernant cette mise à disposition numérique. Le distanciel a aussi permis, pour certains travaux, de diriger des groupes plus petits d'étudiants par rapport au quart de promotion habituel et d'avoir un accompagnement plus poussé nous confie l'intervenant 8, cela a « une certaine valeur ajoutée ». Cependant, cela ajoute une charge de travail supplémentaire pour les enseignants.

Les participants 7 et 8 voient donc le progrès dans l'innovation pédagogique. Ils s'interrogent cependant sur le travail en autonomie des étudiants, si les ressources mises à leur disposition ne sont pas trop nombreuses et s'ils arrivent à faire le tri. Pour l'intervenant 7 *« les degrés de lecture sont différents selon les étudiants »* par exemple ceux préparant le concours de l'internat ont peut-être une capacité analyse et synthèse plus poussée. Et le fait de ne plus avoir de présentiel *« a créé du lien*

entre les enseignants mais ça a peut-être défait du lien enseignant-étudiants ». L'enseignant 8 partage cet avis, il pense qu'est apparu de manière générale, « *un désengagement »* de la part des étudiants avec le fait de pouvoir faire autre chose à côté lorsque l'on suit un cours chez soi. Il synthétise : « *je pense que le risque de décrochage pouvait être plus grand que quand il y avait une formation plus encadrée. C'est très bien pour les gens qui étaient très autonomes […] Par contre je pense que les personnes beaucoup moins investies elles en ont beaucoup plus pâties je pense. C'est vraiment le fossé qui s'est creusé pour moi. »*

3.5.3 Une nécessité ultérieure de formation continue

Pour l'enseignant n°1, il ne fait aucun doute que si l'image de l'université est aussi altérée dans l'esprit des anciens étudiants, c'est parce que *« le système est trop scolaire et il fonctionne mal. »* Pour pallier à ce manque d'expérience clinique de cette « *génération COVID »*, il convient de développer une nouvelle approche pédagogique basée sur des réflexions et problématiques autour de cas cliniques.

Indépendamment de la COVID 19, la formation continue est nécessaire pour parfaire les savoir-faire. De plus les intervenants 2 et 4 affirment qu'il est d'autant plus indispensable que les étudiants de cette génération se forment par la suite, pour compenser le manque de diversité d'actes cliniques qu'ils n'ont pu réaliser à cause de ce contexte sanitaire.

Les enseignants 8 et 9 partagent cette opinion mais sont plutôt rassurants. Ils pensent, ou en tout cas espèrent, *« une remise en question »*, une lucidité de la part d'une majorité des étudiants formés pendant cette pandémie sur leur besoin de formation continue. Pour eux, si les étudiants réfléchissent de façon pragmatique, cela ne sera pas catastrophique ni insurmontable.

3.6 Solutions envisageables

3.6.1 Changer la vision pédagogique

3.6.1.1 Favoriser les enseignements transversaux

Pour les différentes formations continues, beaucoup sont des formations pluridisciplinaires. Elles ne sont pas associées à un département mais plutôt à une

thématique. Elles bénéficient souvent ou aimeraient bénéficier par ailleurs de la participation d'enseignants de plusieurs autres départements que celui du porteur de projets. Pour le participant 9, l'aspect pluridisciplinaire est *« absolument fondamental »*, car cela s'adresse aux praticiens libéraux qui sont omnipraticiens. D'après l'intervenant 3, il permet une mutualisation des ressources humaines et de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Des travaux pratiques transversaux dans le cadre de la formation initiale avaient déjà été évoqués nous confie l'intervenant 4 mais le principal obstacle est vraiment l'aspect chronophage du métier d'enseignant. Pour lui, c'est le manque de temps, qui empêche, ne serait que de concevoir un tel projet pour la formation initiale. Pourtant cela permettrait de mettre en commun le matériel. Ces enseignements pluridisciplinaires permettraient une harmonisation des connaissances entre les matières, afin qu'aucun point théorique ne soit négligé sous prétexte que cela soit du domaine d'un autre département, selon les intervenants 7 et 8.

Un autre objectif a été mentionné, ces discussions pluridisciplinaires pourraient être à l'origine d'une réactualisation des connaissances des enseignants dans les autres domaines que le leur et donc participer en quelque sorte à leur formation continue. Ce point est soulevé par l'enseignant 7.

Pour l'intervenant n°1, il faut également essayer de motiver davantage les étudiants à se former par la suite, par exemple leur donner des premiers éléments qui leur donneront envie de poursuivre leurs formations futures à l'université.

3.6.1.2 Un diplôme interuniversitaire ?

L'idée d'un diplôme interuniversitaire (DIU) a été suggérée au cours des différents entretiens.

Les avis sont plutôt unanimes. Les intervenants extérieurs sont un des atouts des formations continues comme vu précédemment. Ils constituent une valeur ajoutée, apportent leur expertise, et cela permet de sortir du point de vue uniquement lillois pour les enseignants 1,2,3,4,7,9 et 10.

En revanche, les difficultés d'organisation, de gestion d'emploi du temps sont déjà difficiles à gérer au sein d'un seul établissement. Le fait de mutualiser les ressources, matérielles et humaines serait un avantage considérable mais cela reste

difficile à mettre en place et demande encore une fois beaucoup de temps selon les intervenants 2,3,4,7 et 9. Cela nécessite une expérience accrue, une équipe et une organisation rigoureuse donc cela *« vient plus tardivement dans la maturation d'un projet de formation »* qui doit se heurter aux modalités de fonctionnement local au préalable, précise l'intervenant 9.

La répartition géographique des facultés d'odontologie est assez inégale en France comme le témoigne la figure 12. L'intervenant 7 nous a fait remarquer que l'UFR d'odontologie de Lille est la seule au nord de Paris. Par conséquent, il est compliqué de mettre en place une telle formation. Une formation avec Paris pourrait être envisageable mais leur offre de formation est déjà tellement développée que le projet ne semble pas réalisable. Les internes en MDB se heurtent au même problème de cette distribution des établissements au sein de l'inter-région.

Pour l'enseignant n°1, son avis diverge, la faculté souffre certes de sa proximité avec la capitale qui est attractive, mais elle est également proche de deux autres capitales Bruxelles et Londres, ce qui peut en faire tout de même une position stratégique. De plus il souligne que la capitale belge est francophone ce qui pourrait faciliter la communication. Il résume *« il ne faut pas rester fermé et rester chez soi car ça ne donne pas des choses très bonnes. La faculté en a pâti de ça. Il faut s'ouvrir aux autres, collaborer et apporter des connaissances aux autres et inversement. »* L'intervenant 10 partage cette opinion, il pense qu'il s'agit de *« l'avenir »* et que cela suit le chemin des DES, où des séminaires sont organisés conjointement avec Reims, Strasbourg ou encore Paris.

A titre indicatif, un DU de sédation a existé par le passé entre la faculté de Lille, et celle de Reims mais a été supprimé à cause des difficultés au niveau de l'organisation, et de la charge de travail.

3.6.2 Augmenter les ressources de la formation initiale

3.6.2.1 Intérêt pour la formation continue

La formation initiale est indissociable de la formation continue en tout cas à l'université. La qualité de la formation va impacter les choix et orientations de chaque étudiant à sa sortie de l'université. Elle va être déterminante sur l'image de la faculté que gardera le futur chirurgien. Et ce ressenti aura pour conséquence son envie ou non de revenir. L'attractivité de la formation continue universitaire a donc un rapport direct avec la qualité de la formation initiale dans l'inconscient des étudiants. Il est

donc indispensable de s'interroger sur les besoins et intérêts des élèves dans le cadre de leur formation.

3.6.2.2 Moyens financiers et locaux

Pour avoir une formation initiale de qualité, mais aussi plus quantitative, 3 paramètres semblent indispensables d'après les entretiens :

- Impacter le ratio Enseignant/Etudiants, même si la diminution des étudiants est souhaitée pour quelques intervenants, ce n'est pas envisageable selon les directives politiques actuelles. L'augmentation des enseignants est souhaitable, cependant il faudra certainement renforcer l'attractivité de ces carrières pour recruter efficacement. Le recrutement de praticiens hospitaliers pourrait constituer une alternative.
- Indépendamment de ce taux d'encadrement, pour l'universitaire, l'investissement pour une deuxième salle de simulation afin d'adapter la taille des locaux à l'effectif étudiant a été mentionné. Cela permettrait en effet d'effectuer des TP en simultané, et d'offrir une possibilité d'entraînements plus réguliers aux étudiants, sous réserve d'encadrants disponibles et personnel technique. Pour l'hospitalier, il faudrait une augmentation de box fermés et pour certaines sous-sections enrichir le plateau technique.
- Enfin le dernier élément mais en corrélation avec les deux points précédents, le budget. Il faudrait un meilleur financement afin permettre la réalisation d'investissements. Que ce soit au niveau des locaux ou encore l'achat de matériel performant, cela serait profitable tant pour la qualité de la formation initiale que pour la formation continue.

3.6.2.3 Un passage vers la privatisation de la formation initiale ?

Le manque de moyens humains et financiers induira peut-être le transfert vers la formation au privé, nous indique l'intervenant 3. Cela peut être des écoles privées, ou encore des Universités dentaire où les frais d'inscription sont élevés comme au Québec. A titre informatif, pour l'année 2014-2015 ces frais atteignaient de 42000 à 172000 dollars pour les 4 années d'études de médecine au Québec (l'écart de ces chiffres dépendant de l'université québécoise mais également de la nationalité de l'étudiant. Pour les universités canadiennes comme Colombie Britannique ou Toronto, ils s'élèvent à 200000 dollars (100). Ces droits d'inscription importants

engendrent un niveau d'endettement conséquent, mais *« en contrepartie, ils peuvent faire de l'enseignement de qualité et peut-être motiver les meilleurs, les meilleurs dispositifs… ».* En revanche, il nous indique que l'attente de qualité est d'autant plus importante compte tenu des frais élevés. L'intervenant 10 est mitigé concernant cette alternative, il assure que les possibilités d'enrichir les enseignements ne seraient pas les mêmes avec les frais d'inscriptions canadiens ou québécois qu'avec ceux actuellement en France. Cependant, il reste tout de même attaché au fait que tout le monde puisse accéder au diplôme de chirurgien-dentiste quel que soit son niveau socio-économique.

Les intervenants 6, 8 et 9 sont eux opposés à cette privatisation, ils ne veulent pas que l'accès aux études soit entravé par des aspects financiers. La perte de l'harmonisation, de proposer un socle commun a également été mentionné. De plus, le participant 8 est attaché à la participation des étudiants de santé au service public. Enfin l'intervenant 9 conclut que ce *« modèle n'est pas très français »* évoquant les différences de culture avec le monde anglo-saxon. Nous mentionnerons afin de conclure ce paragraphe que chaque système a ses avantages et ses défauts. Des études menées en 2006 à Toronto (101), et en 2017 à Saskatchewan (102) ont montré que le niveau d'endettement est un facteur de stress pour les étudiants de ces deux universités canadiennes.

3.6.3 Motivation des enseignants et valorisation de la formation continue

Afin d'accroître l'offre de formation continue à la faculté, il faudrait la valoriser davantage.

La formation continue doit venir de la volonté des enseignants à vouloir transmettre des connaissances pour les enseignants 2,4 et 7. Il faut donc des enseignants motivés à mettre en place ces actions de formations continues, « *qui veulent passer du temps pour pouvoir faire ça. C'est une contrainte »* d'après l'enseignant 1.

Ce temps consacré à la mise en place de projet de formation devrait être plus valorisé dans la carrière des enseignants. Même si les CNU commencent à valoriser ces responsabilités, la recherche prédomine dans les avancements de carrière avec notamment les publications internationales.

Un intervenant nous confie également que les ambitions et priorités peuvent varier selon l'âge et l'expérience de chacun. Il pense que les jeunes enseignants comme lui à l'époque ont tendance à accentuer la charge de travail sur la formation initiale. Il s'est rendu compte de l'importance de la formation continue et de son impact que par la suite avec la maturité.

3.6.4 Une réforme du statut de l'enseignant-chercheur

L'aspect chronophage est un frein à l'instauration de formation continue au sein de l'université selon les intervenants 2,4,6,8,9 et 10. Le temps de travail de chacun a une limite et qu'un planning n'est pas extensible. Le taux d'encadrement n'étant pas bon, les charges inhérentes à la formation initiale sont donc considérables. Un enseignant a pour missions l'enseignement, la pratique hospitalière ainsi que la recherche avec toute la lourdeur administrative.

Les enseignants 8,9 et 10 ne sont pas forcément pour une réforme de ce statut, pour eux il faudrait plus de *« souplesse ».* L'intervenant 8 compare notamment avec la médecine « *où certains enseignants sont déchargés pour faire majoritairement soit de l'universitaire soit de la recherche ».* Mais d'après les intervenants 6,8,9 et 10, il ne faudrait pas que les enseignants ne fassent qu'une tâche unique au détriment de la formation initiale. Cependant il faudrait qu'ils puissent moduler en fonction de leurs préférences et de leur choix de carrière. *« Il serait intéressant qu'à certains moment de la carrière on puisse donner la possibilité d'alléger certains aspects pour accentuer certains autres aspects»* proposent les participants 8, 9 et 10.

3.6.5 Etat de la formation continue à l'heure actuelle

L'ensemble des intervenants semble convaincu de la nécessité de se former tout au long de la vie.

3.6.5.1 Absence de contrôle pour le DPC

Le principal problème mis en avant par les intervenants 4,7,9 et 10 est le manque de contrôle sur cette formation continue. Les intervenants 4 et 10 jugent que les praticiens ne se sentent pas dans l'obligation de se former, ou plutôt que même si l'obligation existe, ce manque de contrôle fait qu'ils ne la respectent pas. L'enseignant 7 s'inquiète plutôt sur l'évaluation des compétences ou de la non-

insuffisance professionnelle. Il estime qu'un suivi est à mettre en place même si il ne devrait pas être trop rigide.

Un contrôle sur cette formation continue avec le DPC a été mis en place. En effet, l'Etat a sollicité le conseil national de l'ordre afin d'exercer ce contrôle. La formation continue est composée des actions de DPC mais aussi de la formation continue libre et le conseil de l'ordre veut jouer un rôle d'accompagnement de la profession. Il appelle donc les praticiens composant la profession à ouvrir un compte DPC afin de pouvoir se conformer au protocole et éviter de subir une procédure d'insuffisance professionnelle. C'est grâce à ce compte DPC sur le site de l'agence nationale du DPC (ANDPC), via la case « j'autorise l'agence nationale du DPC à communiquer les données sélectionnées. », que le conseil de l'ordre pourra attester de la conformité de la formation. A la date du 21 octobre 2020, sur environ 43000 praticiens seulement 27170 chirurgiens-dentistes ont ouvert un compte DPC. Sur ces praticiens ayant ouvert un compte, 351 ont coché la case permettant le transfert des informations l'ANDPC au conseil de l'ordre et uniquement 21 ont renseigné des actions de formation (103). En avril 2021, 6509 dentistes auraient donné leur accord pour ce transfert de données, cette démarche n'est pas certes pas obligatoire mais c'est la moins contraignante pour communiquer les attestations de formation au conseil de l'ordre. En cas de non-respect de l'obligation de formation continue, le chirurgien-dentiste risque une suspension d'exercice pour insuffisance professionnelle (104).

L'enseignant 7 juge que ce manque de mobilisation de la profession est la conséquence d'une accumulation de système en échec de la formation continue. Il ajoute que quand bien même ce système arriverait à se mettre en place correctement cela reste du déclaratif. L'implication de chaque professionnel dans sa formation continue n'est actuellement pas possible. Ce qui importe beaucoup quel que soit la formation réalisée est bien l'implication qu'on lui accorde, accumuler des formations juste pour les valider et avoir le diplôme n'est pas un objectif qui devrait être priorisé considèrent les intervenants 1, 7,8 et 9.

Les enseignants 4, 8 et 9 rappellent que la formation continue peut revêtir différents aspects, la formation présentielle qu'elle soit universitaire ou privée mais aussi *« la formation continue informelle »*. En effet, le fait de consulter la littérature afin de mettre à jour ses connaissances sur divers sujet constitue une partie de la

formation continue. Cette littérature est composée de revues scientifiques mais également de revues de vulgarisation professionnelle qui ciblent plus précisément les chirurgiens-dentistes. Le facteur d'impact ou Impact factor aide à comparer des revues scientifiques de la même discipline au niveau de leur performance. Il est également possible de consulter divers articles scientifiques à l'aide de moteur de recherche spécialisé comme google scholar, ou des bases de données bibliographiques, l'une des plus connues étant Pubmed.

3.6.5.2 L'e-learning ou présentiel

Au cours des dernières décennies, de grands progrès numériques sont apparus. Ces nouvelles technologies ont permis le développement de nouveaux moyens de communication, la création de visioconférences, etc. Une progression des formations à distance est en cours au sein de notre profession. Nous assistons à une amplification de l'e-learning notamment grâce (ou à cause) du contexte sanitaire actuel. Certaines de ces formations font partie du programme de DPC.

Nous avons parlé de ces progrès numériques avec notamment les enseignants 3 et 7 que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou continue. L'avantage de la formation distancielle est que cela permet de limiter les déplacements. L'intervenant n°3 nous a fait remarquer également qu'il faut distinguer la formation distancielle synchrone de la formation asynchrone.

La formation asynchrone par exemple par le biais de la mise en ligne de ressources, sous la forme de documents ou de vidéos permet aux praticiens de faire sa formation continue au moment où il le désire. Il a plus de liberté au niveau de son planning. En revanche, les questions ne sont pas toujours possibles ou alors la réponse est différée, ce qui altère la spontanéité de l'échange.

Pour la formation synchrone retrouvée sous la forme de « webinars » par exemple, cela permet plus d'interactivité. Les participants peuvent poser leurs questions en direct au conférencier. Néanmoins, il faut formaliser les questions et tout le monde écoute donc certains participants peuvent être moins à l'aise estime l'intervenant 3. Il ajoute que de plus la formation continue est souvent vécue par les praticiens comme *« un break dans le travail »,* que cela leur permet de déconnecter. Ces formations synchrones pour pouvoir attirer un maximum de participants ont lieu

après les horaires du cabinet vers 18h-20h, mais étant enchaînées après une journée de travail elles peuvent être vécues comme une obligation.

La notion d'investissement comme dit précédemment est importante. Les enseignants 3,7 estiment que derrière un écran, il est possible de faire autre chose en même temps, ou d'être moins concentré tandis qu'en présentiel à une formation ou à un congrès, cela facilite l'immersion dans cet enseignement. Cela reste également plus convivial, il peut y avoir des discussions avec d'autres confrères ou même une question personnelle au conférencier par exemple lors des pauses. Le lien social est quelque chose que les chirurgiens-dentistes recherchent estime l'intervenant 1. D'ailleurs, il nous confie que c'est souvent le même pool de praticiens qui vient se former quand il écoute les échos de formateurs privés.

D'après une étude quantitative de 2014 de Rasha A.Eldeeb, menée sur les étudiants du Dubai Medecine College et du Dubai Pharmacy College, les étudiants seraient plutôt favorables à l'e-learning et aux formations en ligne. En revanche, la majorité des étudiants (73% des étudiants ayant répondu au questionnaire) indique qu'idéalement la meilleure solution est une formation mixte, avec des enseignements présentiels et des ressources en ligne (105).

Cette diversité de format apparait comme un atout pour ne pas rendre la formation continue monotone. Il ne faut pas opposer ces formats, ils peuvent très bien être complémentaires. La formation à distance permet aux dentistes isolés, loin des grandes villes d'avoir accès à certaines connaissances. Néanmoins le présentiel et les travaux pratiques semblent permettre une acquisition plus facile des compétences.

4 Discussion

4.1 Limites de l'étude

4.1.1 Limite d'une étude qualitative

Les études qualitatives permettent d'apporter des réponses plus complètes ou du moins plus personnalisées par rapport aux études quantitatives.
Il n'est pas déraisonnable de s'interroger sur la représentativité de l'échantillon par rapport à l'ensemble de la population. En effet en comparaison des études quantitatives, les études qualitatives reposent sur un échantillon plus restreint pour pouvoir approfondir les réponses des intervenants et ne pas se limiter à des statistiques.

Il est possible également critiquer ces données qui sont assez subjectives, ce sont les ressentis des différents enseignants et non pas des données uniquement statistiques même si c'est l'un des objectifs de ce type d'étude.

De même, il existe le biais de l'investigateur qui bien que suivant un protocole assez précis, analyse ces données de façon thématique et doit les trier ainsi que les interpréter. Cependant dans cette étude, les données recueillies ont été utilisées sans trop interpréter de façon à ne pas changer le sens de la pensée des enseignants et à laisser transparaitre avec plus de clarté leur ressentis.

4.1.2 Limites de cette étude

Cette étude présente néanmoins intrinsèquement des limites. Tout d'abord nous avons commencé les entretiens le 19 mai 2021 et fini le 23 septembre 2021. Ce laps de temps entre le premier et le dernier entretien a permis d'entreprendre le début de l'analyse. Les premiers entretiens ont également guidé les derniers avec certains sujets qui ont émergés suite à l'analyse thématique. Les avis des premiers intervenants auraient pu être différents à la date du dernier entretien tant les mesures législatives sont en plein bouleversement à l'heure actuelle.

Un deuxième point critiquable est celui de l'échantillonnage. Le choix d'avoir sélectionné les responsables de département a été remis en question par un des intervenants, étant donné qu'un chef de département n'est pas décisionnaire lorsqu'un membre de son département veut porter un projet de formation continue.

Le choix de porter un projet de formation continue n'est connu des chefs de département que suite à la validation en conseil de faculté. Seul l'intervenant 4 ayant fait cette remarque, a eu l'occasion de nous partager son impression sur l'importance du rôle du chef de département ainsi et ses responsabilités concernant les formations continues. Il aimerait avoir un rôle plus important mais pense que cela pourrait peut-être freiner certains porteurs de projets et ajouterait une étape administrative.

Il faut prendre aussi en considération le biais du temps d'entretien. Les entretiens ont une moyenne de durée de 55 minutes, avec un minimum de 25 minutes et un maximum d'une heure et 23 minutes. La durée moyenne initiale avait été évaluée à une quarantaine de minutes. Nous sommes donc à une durée supérieure ce qui montre l'intérêt des intervenants pour le sujet, et le fait qu'ils avaient des arguments à développer. Les informations d'un entretien de 25 minutes ne sont pas comparables rien qu'en termes de quantité à celles d'un entretien d'une 1 heure et 23 minutes (soit plus d'un facteur trois). Il est également possible de croire que la saturation a été plus vite atteinte avec un intervenant.

Tableau 5 : Durée des différents entretiens effectués

Intervenant n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Temps d'entretien	1h03min53	1h05m04	1h10m55	38m38	24m53	36m07	47m58	1h23m03	1h23m03	47m32

Intervenant 11 : Sans réponse.

Intervenant 12 : N'a pas souhaité participer. Nous lui avons demandé les raisons. Il pense que les études ne feront pas évoluer les choses. Pour lui, l'activité hospitalo-universitaire est déjà trop chronophage pour faire les choses dont il a envie. Pour les formations continues, l'excès de recherche de rentabilité est prépondérant au détriment de la qualité.

En point positif, il est à noter la participation du 10 intervenants sur les 12 sélectionnés, soit 83%. Le fait que la majorité des enseignants ait accepté de participer à cette étude montre l'attrait qu'ils portent pour la formation continue. Les différents intervenants avaient des profils variés, que ce soit au niveau de l'âge et de l'expérience, du sexe, du statut universitaire (MCU-PH, PU-PH), de leurs responsabilités (responsable d'une formation continue ou non, chef de département

ou non, temps plein hospitalier ou temps partiel). Cette diversité au niveau des participants permet d'avoir un panel de réflexions différentes ce qui enrichit cette étude et permet peut-être de refléter un maximum d'opinions différentes.

4.2 Un système en pleine réforme

4.2.1 La formation continue, une thématique dont le cadre ne cesse d'évoluer

Le système de santé au cours des dernières années subit de nombreux changements, notamment en ce qui concerne l'odontologie. Ainsi le changement de nomenclature est apparu, avec le passage de la NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels) à la CCAM (classification commune des actes médicaux) le 1er juin 2014, ou encore la mise en place depuis janvier 2020 de panier de soins dentaire et l'apparition du « reste à charge zéro » prévu dans la convention nationale de 2018-2023 pour réduire les inégalités et permettre un meilleur accès aux soins dentaires. Mais nous allons rester sur ce sujet de la formation continue. Nous avons vu précédemment (dans l'Introduction) que le système de formation continue subit de perpétuels remaniements, du conseil national de la formation continue odontologique (CNFCO) au système DPC, avec la création de l'ANDPC en 2016 et la mise en place de l'obligation triennale.

Une ordonnance 2021-961 du 19 juillet 2021 a été publiée au journal officiel, relative à la certification périodique de certains professionnels de santé. Les chirurgiens-dentistes font partis de ce nouveau dispositif mis en place à partir du 1er janvier 2023. Ce système a pour objectifs « le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances »(106). Les praticiens déjà en exercice au 1er janvier 2023 auront un délai de 9 ans pour se conformer à la procédure d'actualisation des compétences. Ils devront justifier tous les 6 ans, un programme minimal d'actions dont le DPC et la formation continue feront partie (107).

Un nouvel acteur apparaît : le conseil national de la certification périodique. Il a un rôle d'organisation, et de précision des orientations scientifiques de la certification périodique et aussi de contrôle sur l'indépendance des différents acteurs de la procédure. Il doit donner également son avis concernant les référentiels qui seront

élaborés par la haute Autorité de Santé en lien avec les Conseils Nationaux Professionnels de chaque profession. Ce sera encore une fois aux Ordres des professions que sera attribué le rôle de contrôle du respect de l'obligation de certification. Tout praticien n'étant pas conforme à la procédure, sera susceptible d'être sanctionné pour insuffisance professionnelle.

Au niveau local, et plus précisément au cœur de notre faculté d'odontologie de Lille, l'organisation de la formation continue a connu récemment de multiples changements afin de se conformer au processus de réhabilitation qui a lieu tous les 4ans. Premièrement, pour être conforme d'un point de vue réglementaire, en effet les formations continues dispensées à l'heure actuelle viennent de passer le processus de réhabilitation qui a lieu tous les 4ans et permet de faire le point sur la pédagogie dispensée, mais également d'entrevoir l'aspect économique des dites formations. Deuxièmement, un grand travail a été entrepris sur la lisibilité et l'attractivité des formations dispensées. Sous l'impulsion du doyen, le nouveau service de la formation continue de la faculté a mis à jour le site de la faculté, avec l'apparition de nouvelles plaquettes afin de mettre en avant la qualité des enseignements dispensés.

Enfin il faut évoquer l'apparition d'une nouvelle composante, l'UFR3S qui aura peut-être un rôle à jouer dans un avenir proche.

4.2.2 L'UFR3S, une nouvelle composante de santé

L'UFR3S, littéralement Unité de Formation et Recherche des Sciences de la Santé et du Sport, est la nouvelle composante de l'Université de Lille. Elle est issue de la fusion des 5 facultés, Médecine, Odontologie, Pharmacie, d'Ingénierie et de Management de la santé (ILIS) et celle des Sciences du Sport et de l'Education Physique (FSSEP).

La création de cette composante fait suite à la fusion des Universités de Lille 1, Lille 2 et Lille 3 en Université de Lille. Au cours des entretiens, les enseignants (4,6,7,8,9,) ont été en majorité (5 sur 6 interrogés) indifférents à cette fusion, ils n'ont pas vu l'impact de ce processus dans leur pratique quotidienne si ce n'est comme l'évoque l'intervenant 6 une lourdeur administrative supplémentaire, ce que craint également l'enseignant 4 même s'il nous avoue ne pas y avoir encore été confronté.

Une diminution au niveau budgétaire due à la mutualisation nous a aussi été décrite selon l'intervenant 10. Un autre enseignant a cependant relevé que cela a tout de

même permis de comparer avec les autres universités leur fonctionnement, les points sur lesquels elles étaient plus dynamiques et de s'interroger sur ce qu'il serait possible d'appliquer au niveau local par exemple en termes de recherche et de financement.

Nous avons demandé de la même façon l'avis de ces intervenants 3,4,5,6,7,8,9 et 10 concernant cette nouvelle composante de santé.

Les avis ont été plutôt neutres pour les enseignants 3,4,5 et 6 (soit 4 intervenants sur 8) qui estiment qu'il est encore trop tôt pour pouvoir juger du bienfait de cette composante.

Deux enseignants, 7 et 8, ont un avis plutôt positif malgré quelques réserves sur l'application de ce système. Enfin deux participants pensent que l'impact de ce système sera positif selon l'intervenant 10, ou que l'enjeu n'est pas de débattre sur le fait de mettre en commun les moyens dans l'élaboration d'une grande composante mais sur le fait d'en tirer partie d'après l'enseignant 9.

Les principaux arguments énoncés sont :

- Le fait que la composante soit encore récente, il faudrait attendre d'y être confronté pour pouvoir juger de l'impact de celle-ci. (enseignants 3,4,5,6,7,8)
- Le fait de pouvoir faciliter la pédagogie, la mise en place de certains échanges, par exemple des formations pluridisciplinaires ou des formations transversales comme le prévoit la R3C. Mais également pourquoi pas de fluidifier les interventions des enseignants dans les différentes facultés afin d'enrichir la formation initiale de toutes les composantes de cette UFR3S. (enseignants 3,6,8,9,10)
- Le fait de « redonner une identité aux études de santé » qui ont leurs spécificités parmi ces mastodontes d'université. Cela va permettre d'avoir un poids politique plus considérable, une visibilité et des moyens plus importants. (Participants 7, 8, 9 et 10)
- L'un des intervenants nous a rapporté que le mot souvent évoqué était la subsidiarité, c'est-à-dire « le principe selon lequel une autorité centrale ne peut effectuer que les tâches qui ne peuvent pas être réalisées à l'échelon inférieur ». L'un des aspects auquel il faudra être vigilant est « de conserver notre pouvoir local de décision » et à « ne pas se faire étouffer ». Cela représente l'une des interrogations de la moitié des participants qui s'interrogent et attendent de voir l'application de cette composante.

(Enseignants 3,4,7 et 8) L'impact sera bénéfique si cela est bien mené, que l'on conserve un fonctionnement interne similaire à auparavant avec une possibilité de cohésion pour réaliser des projets en commun et avoir un poids sur les décisions ministérielles et les tutelles (Enseignants 3,7 et 8).

- Enfin, la crainte que cela n'engendre qu'une couche administrative supplémentaire (Intervenants 4 et 6).

5 Conclusion

La formation continue est un sujet qui est au cœur de l'actualité, pas seulement au sein de notre profession, mais bien pour tous à l'échelle nationale. De multiples réformes se succèdent pour encadrer le dispositif de cette formation tout au long de la vie, que ce soit pour la qualité ou encore plus spécifiquement pour l'actualisation des compétences des professions de santé. Cette dernière illustre bien que le maintien des savoir-faire selon les données acquises de la science est un enjeu majeur. L'Université a son mot à dire dans cette procédure et en est un des principaux acteurs.

L'objectif de cette étude était de déterminer les apports de la mise en place ou pérennité d'une formation continue à la faculté de Lille mais aussi les facteurs limitants. Il apparait limpide que ces enseignements sont essentiels. Ils correspondent à la demande des chirurgiens-dentistes et/ou aux besoins de santé publique, avec notamment la prise en charge de populations aux besoins spécifiques mais aussi la sensibilisation des praticiens à cette dernière. Ce sont des formations de qualité, portées par des enseignants motivés et qui comportent une part de pratique importante, permettant une transposition plus aisée dans un exercice quotidien. Pour l'Université, elles permettent de récolter des fonds par l'intermédiaire des inscriptions. Avec la taxe professionnelle, il s'agit d'un des seuls moyens de financement qui peut bénéficier également à la formation initiale grâce à l'achat de matériel.

La recherche de rentabilité ne devrait pas nuire à la qualité des enseignements. Cependant, elle est de plus en plus astreignante et constitue un frein à l'élaboration de nouveaux projets. Les porteurs de formation sont également confrontés aux contraintes administratives omniprésentes dans ce processus. Par ailleurs, la formation continue apparait comme une charge supplémentaire à la formation initiale qui est déjà chronophage notamment en raison d'un taux d'encadrement dérisoire. Les conditions de travail font que le métier d'enseignant est de moins en moins attractif, des travaux sont d'ores et déjà en cours pour améliorer le système.

La formation continue contribue à la notoriété de la faculté et à son image d'excellence. Tout doit donc être fait pour que les étudiants en fin de cycle conservent une vision positive de leur établissement afin d'avoir envie d'y revenir dans le cadre des enseignements post-universitaires.

Références bibliographiques

1. Baron P. L'odontologie, du savoir-faire à la science. De l'Antiquité au XIXe siècle. SFHAD/BIU santé, XXVIIe congrès Actes société française de l'histoire de l'art dentaire. Paris, 2017 ; Vol 22. p 4-8.
2. Cournault M. 24 Septembre 1945 : un Ordre pour les chirurgiens-dentistes en France. [Thèse d'exercice] Université de Lorraine. Février 2017.
3. Légifrance. Article R4127-214. Code de Déontologie : Sous-section 1 : Devoirs généraux des chirurgiens-dentistes. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006913014/2005-07-26 [Consulté le 10 Octobre 2020]
4. Légifrance. Convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992. Titre VII : Formation professionnelle. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALISCTA000005695600/?idConteneur=KALICONT000005635655&origin=list [Consulté le 10 Octobre 2020]
5. Légifrance. LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Titre III : Qualité du système de santé. Chapitre II : Formation médicale continue et formation pharmaceutique continue. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/ [Consulté le 10 Octobre 2020]
6. Légifrance. LOI n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Chapitre III : Formation médicale continue. Article 99. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000787078 [Consulté le 10 Octobre 2020]
7. Légifrance. Décret n°2006-652 du 2 juin 2006 relatif à la formation odontologique et modifiant la quatrième partie du code de santé publique. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000609510?r=HkcmPyB0UE [Consulté le 10 Octobre 2020]
8. Conseil National de la Formation Continue Odontologique. Toute la formation continue odontologique en 10 questions. 4p.
9. Légifrance. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 59. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475 [Consulté le 10 Octobre 2020]

10. URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. Qu'est ce que le DPC ? [En ligne] Disponible sur : https://www.urpscdpdll.org/formation-regionale-dpc/quest-ce-que-le-dpc/ [Consulté le 10 Octobre 2020]
11. Légifrance. Décret n°2012 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025129891 [Consulté le 12 Octobre 2020]
12. Synergie Dentaire. Création d'un conseil national professionnel (CNP) des chirurgiens-dentistes. 15 septembre 2015. [En ligne] Disponible sur : https://www.synergiedentaire.com/?p=1242 [Consulté le 12 Octobre 2020]
13. Bourdillat-Mikol C. Le DPC : Quelles évolutions ? Quels acquis ? Revue d'Orthopédie Dento Faciale. Avril 2016; 50(2):95-96.
14. Légifrance. LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 114. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031916362/2016-01-28/ [Consulté le 15 Octobre 2020]
15. Légifrance. Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032862648/ [Consulté le 15 Octobre 2020]
16. Vinquant J-P, membre de l'Inspection générale des affaires sociales. Etat des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances de la « recertification » des professionnels à ordre. Rapport IGAS n°2020-028R. Février 2021. P15.
17. Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux. Qu'est-ce que le FIF PL ?. [En ligne] Disponible sur : https://www.fifpl.fr/quest-ce-que-le-fif-pl [Consulté le 12 mai 2021]
18. Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux. Procédures de prise en charge. [En ligne] Disponible sur : https://www.fifpl.fr/procedures-de-prise-en-charge [Consulté le 12 mai 2021]
19. Fonds Interprofessionnels de Formations des Professionnels Libéraux. Critères de prise en charge 2021. Chirurgiens-dentistes-8623Z.
20. Légifrance. Arrêté du 29 mars 2019 portant agrément d'un opérateur de compétences (entreprises de proximité). [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038318854 [Consulté le 15 juillet 2021]

21. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Les opérateurs de compétences. [En ligne] Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/opco [Consulté le 15 aout 2021]
22. Actalians. L'OPCA-PL devient Actalians. Octobre 2013. Disponible sur : https://www.unapl.fr/sites/default/files/annexes/communique/communique_de_presse_actalians_10_13.pdf [Consulté le 15 aout 2021]
23. Agence Nationale du Développement Professionnel Continu. Nous connaitre. [En ligne] Disponible sur : https://www.agencedpc.fr/agence-nationale-dpc [Consulté le 25 octobre 2020]
24. Agence Nationale du Développement Professionnel Continu. Forfait chirurgien-dentiste 2021. Disponible sur : https://fr.calameo.com/read/00365688700dd59c7fa2b [Consulté le 18 mai 2021]
25. Légifrance. Arrêté du 18 mai 2004 relatif aux programmes de formation portant sur la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000803463/ [Consulté le 15 mai 2021]
26. Commission radioprotection dentaire. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales destiné aux chirurgiens-dentistes. 05 décembre 2018. Disponible sur : https://www.asn.fr/l-asn-reglemente/bulletin-officiel-de-l-asn/activites-medicales/autres-decisions-individuelles/decision-n-codep-dis-2018-056514-du-president-de-l-asn-du-5-decembre-2018
27. Légifrance. Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation aux gestes et soins d'urgence. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030084493/ [Consulté le 15 mai 2021]
28. Légifrance. Avenant du 5juillet 2019 relatif à la modification de l'annexe I de la Convention collective. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000041439873 [Consulté le 24 mai 2021]
29. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Formation obligatoire des assistant(e)s dentaires. *La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes*. Mars 2021 ; n°188 : p11.

30. Union national des associations françaises en formation odontologique continue. [En ligne] Disponible sur : https://unafoc.fr/la-formation-continue/l-unafoc [Consulté le 25 octobre 2020]
31. Dupont J-L. La loi Savary de 1984. Dans : Projet de loi relatif aux libertés des universités. Rapport n°372 fait au nom de la commission des affaires culturelles. 11 juillet 2007. [En ligne] Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/l06-372/l06-3723.html [Consulté le 27 octobre 2020]
32. Education.gouv. Certificats d'étude de chirurgie dentaire. Dans : Bulletin officiel de l'éducation nationale. Paris, 27 juillet 2010. [En ligne] Disponible sur : https://www.education.gouv.fr/bo/2010/31/esrs1000291a.html [Consulté le 27 octobre 2020]
33. Légifrance. Article L613-2 du Code de l'éducation. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027747939/ [Consulté le 18 octobre 2020]
34. Université Paris-Est Créteil. Réglementation des DU ou des DIU. [En ligne] Disponible sur : https://sante.u-pec.fr/formation-continue/reglementation-des-du-ou-diu [Consulté le 18 octobre 2020]
35. Collège santé de l'Université de Bordeaux. DU/DIU Odontologie. Disponible sur : https://sante.u-bordeaux.fr/Formation-continue/Diplomes-d-universite/DU-DIU-Odontologie [Consulté le 18 octobre 2020]
36. Collège santé de l'Université de Bordeaux. Certificats d'Etudes Supérieures 2021/2022. Disponible sur : https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Odontologie/Certificats-d-Etudes-Superieures-2021-2022 [Consulté le 15 novembre 2021]
37. Université de Bretagne Occidentale. Faculté d'odontologie. Formation continue en Odontologie. Disponible sur : https://www.univ-brest.fr/ufr-odontologie/menu/Formations/Formation-continue [Consulté le 15 novembre 2021]
38. Université Clermont Auvergne. Université d'odontologie. Formation continue. [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.uca.fr/formation/la-formation-continue [Consulté le 15 novembre 2021]
39. Université Lyon 1. Faculté d'odontologie. Les diplômes de 3ème cycle (AEU-DU) et formations courtes. [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.univ-lyon1.fr/formation/formation-continue-du-%E2%80%93-aeu-et-formations-courtes [Consulté le 15 novembre 2021]

40. Université de Lille. Faculté de chirurgie dentaire. Formation continue. [En ligne] Disponible sur : http://chirdent.univ-lille.fr/formation-continue/ [Consulté le 15 novembre 2021]
41. Faculté d'odontologie Aix-Marseille Université. Formation continue. [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.univ-amu.fr/faculte/formation-continue [Consulté le 15 novembre 2021]
42. Faculté d'odontologie de Montpellier. Formations pour 2021-2022. [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.edu.umontpellier.fr/formation-continue/formations-pour-2020-2021/ [Consulté le 15 novembre 2021]
43. Université de Nantes. Odontologie. La formation continue à l'UFR d'Odontologie. [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.univ-nantes.fr/loffre-de-formation/la-formation-continue [Consulté le 15 novembre 2021]
44. Faculté d'odontologie de Lorraine. Formation professionnelles 2022. [En ligne] Disponible sur : http://fp-odonto.univ-lorraine.fr/ [Consulté le 15 novembre 2021]
45. Université Côte d'Azur. Faculté de chirurgie dentaire. Odontologie. Formation continue. [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.univ-cotedazur.fr/formation-continue [Consulté le 15 novembre 2021]
46. Université de Paris. UFR d'odontologie Montrouge. Formation Continue. [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.montrouge.u-paris.fr/formation-continue/ [Consulté le 15 novembre 2021]
47. Université de Paris. UFR Odontologie Garancière. [En ligne] Disponible sur : http://ufr-paris-garanciere.fr/ [Consulté le 15 novembre 2021]
48. Université de Reims Champagne Ardenne. UFR d'odontologie. Diplômes universitaires proposés. [En ligne] Disponible sur : https://www.univ-reims.fr/ufrodontologie/diplomes-universitaires-du/diplomes-universitaires-proposes,23417,41200.html [Consulté le 15 novembre 2021]
49. Université de Reims Champagne Ardenne. UFR d'odontologie. Listes des CES. [En ligne] Disponible sur : https://www.univ-reims.fr/ufrodontologie/ces/listes-des-ces,23668,39182.html [Consulté le 15 novembre 2021]
50. Université de Rennes 1. L'offre de formation en odontologie. [En ligne] Disponible sur : https://formation-continue.univ-rennes1.fr/loffre-de-formation-en-odontologie [Consulté le 15 novembre 2021]
51. Université de Strasbourg. Faculté de chirurgie dentaire. Formation continue et 3ème cycle. [En ligne] Disponible sur : https://chirurgie-dentaire.unistra.fr/formation-continue-et-3eme-cycle/ [Consulté le 15 novembre 2021]

52. Université Toulouse III Paul Sabatier. Formation de 3ème cycle. Disponible sur : https://dentaire.univ-tlse3.fr/diplome-d-universite [Consulté le 15 novembre 2021]
53. Université Toulouse III Paul Sabatier. Certificats d'études supérieures. [En ligne] Disponible sur : https://dentaire.univ-tlse3.fr/c-e-s [Consulté le 15 novembre 2021]
54. Anadón M, Guillemette F. La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? Dans : Recherches qualitatives en sciences humaines et sociales : les questions de l'heure. Montréal, 16 mai 2006; p 26-37.
55. Couvreur A, Lehuede F. Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs. CREDOC. Novembre 2002
56. Université de Lille. U-Link, lien entre le monde socio-économique et l'université. [En ligne] Disponible sur : https://www.univ-lille.fr/partenaire-entreprise/decouvrir-notre-offre-de-services/ [Consulté le 2 août 2021]
57. France Compétences. Le rôle de France compétences. [En ligne] Disponible sur : https://www.francecompetences.fr/la-formation-professionnelle/le-role-de-france-competences/ [Consulté le 15 juillet 2021]
58. France Compétences. Note relative au répertoire spécifique. p2.
59. France Compétences. Comment une demande d'enregistrement au RNCP est-elle évaluée ? [En ligne] Disponible sur : https://www.francecompetences.fr/fiche/comment-une-demande-denregistrement-au-rsch-est-elle-evaluee/ [Consulté le 15 juillet 2021]
60. Datadock. Ce que dit la loi. [En ligne] Disponible sur : https://www.data-dock.fr/?q=node/131 [Consulté le 15 juillet 2021]
61. Ministère du Travail, de l'Emploi de la Formation professionnelle et du Dialogue social. MISE EN ŒUVRE DU DECRET : Qualité des actions de la formation professionnelle continue. Janvier 2017. P3-4
62. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Qualité de la formation : les fondamentaux. [En ligne] Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/acteurs-cadre-et-qualite-de-la-formation-professionnelle/article/qualite-de-la-formation-les-fondamentaux [Consulté le 17juillet 2021]
63. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Qualiopi, Marque de certification qualité des prestataires de formation. Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/acteurs-cadre-et-qualite-de-la-formation-

professionnelle/article/qualiopi-marque-de-certification-qualite-des-prestataires-de-formation [Consulté le 20 juillet 2021]

64. Bartala M. Avant-propos : Université, formation, progression… *Information-dentaire*. 28 Avril 2021 ; n°17 : p1.
65. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Le MEOPA en pratique de ville en 2019. *Rapport d'Activité de l'ONCD en 2019*. 2019 : p29.
66. Faculté de Chirurgie dentaire de Lille. Taxe d'apprentissage. [En ligne] Disponible sur : http://chirdent.univ-lille.fr/menu2/taxe-dapprentissage/ [Consulté le 24 septembre 2021]
67. Ministère de l'Economie des Finances et de la Relance. Tout savoir sur la taxe d'apprentissage. [En ligne] Disponible sur : https://www.economie.gouv.fr/entreprises/taxe-apprentissage [Consulté le 24 septembre 2021]
68. Faculté d'Odontologie de Montpellier. Taxe d'apprentissage [En ligne] Disponible sur : https://odontologie.edu.umontpellier.fr/faculte-dodontologie/taxe-dapprentissage/ [Consulté le 24 septembre 2021]
69. UFR d'Odontologie de Rennes. La taxe d'apprentissage. [En ligne] Disponible sur : https://odonto.univ-rennes1.fr/la-taxe-dapprentissage [Consulté le 24 septembre 2021]
70. Université Toulouse III Paul Sabatier-Faculté de chirurgie dentaire. Taxe d'apprentissage. [En ligne] Disponible sur : https://dentaire.univ-tlse3.fr/taxe-d-apprentissage [Consulté le 24 septembre 2021]
71. Vincente G, Administration Universitaire Francophone et Européenne en Médecine et Odontologie-Strasbourg. 08 juillet 2021
72. Ministère des solidarités et de la santé. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Arrêté du 23 décembre 2019 fixant les effectifs des personnels enseignants et hospitaliers des centres des soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires.
73. Document issu de la conférence des Doyens, Mars 2020
74. Avis. Académie de Médecine. Avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires. 30 juin 2021
75. Enquêtes Gilbert V et conférence des doyens 2021
76. Légifrance. Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. Article 48. [En ligne] Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000689714/ [Consulté le 15 octobre 2021]

77. Légifrance. Arrêté du 18 décembre 2006 relatif à l'équivalence ou à la dispense de certains diplômes requis pour le recrutement des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000423208/ [Consulté le 15 octobre 2021]
78. Légifrance. Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. Article 61 et 61-1. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000689714/ [Consulté le 15 octobre 2021]
79. Légifrance. Arrêté du 28 septembre 1987 (modifié par l'arrêté 30 octobre 2019 article 2). Article 7,8 et 9. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000498058/ [Consulté le 2 septembre 2021]
80. Roché H. Editorial. Évaluer les compétences en pédagogie des candidats à des postes d'enseignants en médecine. *Oncologie.* 07 juillet 2016 ; Vol18 : p361-362.
81. Assistance Publique Hôpitaux de Paris. SIGAPS : le guide pratique.
82. Légifrance. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027343802/ [Consulté le consulté le 15 juillet 2021]
83. RÉFÉRENTIEL MÉTIER ET COMPÉTENCES DU CHIRURGIEN DENTISTE, Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, ONCD, 2010
84. Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire. Réforme du 3ème cycle : état des lieux et perspectives. 19 juin 2021. [En ligne] Disponible sur : https://www.unecd.com/reforme-du-3eme-cycle-etat-des-lieux-et-perspectives/ [Consulté le 3 septembre 2021]
85. Présentation synthétique de la proposition R3C, juin 2021
86. Légifrance. Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. [En ligne] Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/ [Consulté le 20 juillet 2021]

87. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Suppression de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) : les nouvelles modalités d'études de santé publiées. 05 Novembre 2019. [En ligne] Disponible sur : https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/suppression-de-la-premiere-annee-commune-aux-etudes-de-sante-paces-les-nouvelles-modalites-d-etudes-46084 [Consulté le 30 juillet 2021]
88. Sénat. Question orale n°1557 de M.Pierre Antoine Levi. Carences de la réforme des études de médecine en première année. JO du Sénat. 25 Février 2021. [En ligne] Disponible sur : https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ21021557S.html [Consulté le 30 juillet 2021]
89. Sénat. De La Provôté S. Rapport d'information n°585. Mise en œuvre de la réforme de l'accès aux études de santé : un départ chaotique au détriment de la réussite des étudiants. [En ligne]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/r20-585/r20-585_mono.html#toc8 [Consulté le 30 juillet 2021]
90. Conseil d'Etat. Le conseil d'Etat juge que quinze universités doivent augmenter le nombre de places en 2ème année d'études de santé au bénéfice des étudiants en LAS et en PASS. 8 juillet 2021. [En ligne] Disponible sur : https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/le-conseil-d-etat-juge-que-quinze-universites-doivent-augmenter-le-nombre-de-places-en-2eme-annee-d-etudes-de-sante-au-benefice-des-etudiants-en-la [Consulté le 30 juillet 2021]
91. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions.
92. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Vers une hausse historique des étudiants en odontologie?. *La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.* Juin 2021 ; n°190 : p8-9.
93. Légifrance. Arrêté 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020. Annexe II : Nombres d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études en odontologie à la rentrée 2019-2020. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038396743 [Consulté le 25 septembre 2021]

94. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes. Chirurgiens-dentistes/100 000 habitants. [En ligne] Disponible sur : https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/ [Consulté le 2 août 2021]
95. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Forte chute des CESP en 2020. *La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.* Juin 2021 ; n°191 : p4.
96. Ministère des solidarités et de la santé. La foire aux questions-odontologie. Dans : Le contrat d'engagement de service public-CESP. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/la-foire-aux-questions-odontologie) (https://www.cng.sante.fr/allocataires-dun-contrat-dengagement-de-service-public/odontologie [Consulté le 15 Octobre 2021]
97. Lefèvre A. Intérêt des étudiants envers les antennes : Une enquête descriptive. [Thèse d'exercice]. Université de Lille. 2021
98. Guillamo F. Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées : genèse et proposition d'un modèle organisationnel. [Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique]. 2015
99. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Décembre 2013 : p19.
100. Saurat B. Immersion dans une faculté de médecine dentaire québécoise : les différences observées avec l'enseignement et les pratiques françaises. [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III-Paul Sabatier. Juillet 2015.
101. Locker D, Muirhaed V. Canadian Dental Students' Perceptions of Stress. Journal de l'Association Canadienne Dentaire. Mai 2007. Vol 74 ; n°4.
102. Hayes A, Hoover J.N, Karunanayake C.P, Uswak G.S. Perceived causes of stress among a group of western Canadian dental students. BioMed Central Res Notes. 2017;10(714):9p.
103. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Ouvrir un compte DPC. *La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.* Novembre 2020 ; n°186 : p13-17.
104. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Mon DPC : des difficultés en cours de résolution, l'obligation de DPC. *La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.* Avril 2021 ; n°189 : p8.
105. Eldeeb R. Students' perceptions to e-learning, Journal of Research & Method in Education. Mai-juin 2014; Volume 3(3):38-41.

106. Légifrance. Ordonnance n02021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043814566#:~:text=Ordonnance%20n%C2%B0%202021%2D961,certains%20professionnels%20de%20sant%C3%A9%20%2D%20L%C3%A9gifrance [Consulté le 20 octobre 2021]

107. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. La certification des praticiens entre en vigueur le 1er janvier 2023. *La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.* Septembre-Octobre 2021 ; n°192 : p9.

Table des figures

Figure 1 : Histogramme de la répartition des formations diplômantes par UFR pour 2021 - 2022

Figure 2 : Guide d'entretien pour la réalisation de l'étude

Figure 3 : Schéma du parcours d'un projet de formation continue à la faculté d'Odontologie de Lille

Figure 4 : Répartition des chirurgiens-dentistes ayant l'aptitude à l'utilisation du MEOPA, en 2019 (65)

Figure 5 : Répartition des étudiants de formation initiale d'odontologie inscrits pour l'année 2020 – 2021

Figure 6 : Distribution des enseignants dans les différentes facultés d'odontologie en 2019 (72)

Figure 7 : Taux d'encadrement par UFR d'odontologie en 2020 (73)

Figure 8 : Aire de la distribution des inscrits au sein de chaque UFR pour l'année 2020 – 2021

Figure 9 : Schéma proposé à l'heure actuelle pour le cycle court (85)

Figure 10 : Schéma proposé à l'heure actuelle pour le cycle long (85)

Figure 11 : Densité par département des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants au 12 août 2021 (94)

Figure 12 : Répartition des différentes UFR et UH d'odontologie (97)

Figure 13 : Situations des régions de la part de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans et de plus de 55 ans en 2013 (99)

Table des tableaux

Tableau 1 : Le nombre de formations continues proposées en 2021-2022 en fonction des facultés

Tableau 2 : Statistiques des inscriptions en odontologie en 2019-2020 (71)

Tableau 3 : Statistiques des inscriptions en odontologie en 2020-2021 (71)

Tableau 4 : Maillage territorial des étudiants ne disposant pas d'UFR d'odontologie dans leur région d'origine (91) (93)

Tableau 5 : Durée des différents entretiens effectués

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année [2021] – N°:

La formation continue à la faculté de chirurgie dentaire de Lille : étude qualitative par entretiens.

ROBERT Morgan.

p. (*115*) : ill. (*18*) ; réf. (*107*).

Domaines : Santé Publique ; Formation

Mots clés Libres : Formation continue ; Entretien ; Enseignement dentaire ; Enseignants

Résumé de la thèse :

Le maintien des connaissances selon les données acquises de la science est un enjeu majeur pour tous les professionnels de santé. Compte tenu de la dimension pratique que revêt l'exercice dentaire, de l'évolution des techniques et du matériel, il est apparu indispensable puis obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes de suivre une formation continue tout au long de leur activité. Un ensemble de réformes se succèdent pour mettre en place et contrôler ce dispositif. L'Université est impliquée dans ce processus, et en est un des principaux piliers.

Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès des enseignants responsables de département universitaire ou encadrant une formation continue à la faculté de Lille. Son objectif était de déterminer les apports et les freins à la mise en place ou pérennité d'une formation continue au sein de l'établissement.

Il a été mis en évidence que la mise en place de ces enseignements est freinée par une lourdeur administrative excessive, une recherche accentuée de la rentabilité ainsi qu'un taux d'encadrement faible au regard du nombre très élevé d'étudiants de la faculté de Lille. Les conditions d'enseignements sont alors peu attractives, la formation initiale étant chronophage, elle incite peu à la mise en place d'enseignements complémentaires.

Pour autant, la formation continue contribue à l'image d'excellence de la faculté. Ces enseignements sont de qualité et comportent une part de pratique importante. Ils reposent sur des enseignants motivés, disponibles et investis.

JURY :

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Madame le Docteur Emmanuel BOCQUET

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Monsieur le Docteur Philippe BOITELLE

Monsieur le Docteur Rémy KABBARA