

1 Histoire de la médecine buccale

1.1 La difficile reconnaissance de l'Art dentaire

Un métier n'est pas immuable : il naît, il se développe, parfois disparaît au gré des époques, des civilisations, des progrès techniques, des choix politiques successifs, et parfois contradictoires, des différentes instances dirigeantes.

La pratique de l' « Art dentaire »¹ en tant qu'activité spécifique en France n'a pas échappé à ce constat : succession de phases de développement, de latence, de progrès majeurs, de doute, de confusion voire de repli et de sursaut.

Si le « mal de dents » est vieux comme le monde, la dentisterie s'est, elle, lentement forgée au cours du temps, souvent de façon empirique et au travers des besoins de la société en matière de santé.

Et s'il semble évident qu'extraire une dent infectée ou délabrée est un acte utile et nécessaire pour le bien-être de l'Homme, il nous a fallu des siècles de tâtonnements et de prises de conscience pour reconnaître la valeur sociale d'un tel acte.

1.1.1 Avant le XVII^e siècle : arracheurs de dents et barbiers

- *Début du néolithique : premières traces d'une activité avérée de soins dentaires*

Les premiers signes connus de la pratique de soins dentaires remontent au début du Néolithique (– 7000 ans), époque à laquelle l'Homme a commencé à se sédentariser.

Des fouilles archéologiques en 2006 sur le site de Mehrgarh au Pakistan ont mis en évidence les premiers signes connus et avérés de soins dentaires.

Sur les squelettes de onze individus, les archéologues ont retrouvé des molaires présentant des cavités mesurant, toutes, de 1 à 3 mm de diamètre et entre 0,5 et 3,5 mm de profondeur. Ces cavités ont visiblement été creusées bien avant la mort des individus par de petits outils de pierre ou d'os.

¹ La notion d' « art » renvoie ici, dans la pensée hippocratique, à la notion de technè, synonyme de savoir mais également et surtout de savoir-faire.[1]

Ces interventions dentaires remontent à 9000 ans, soit trente siècles avant les plus anciennes traces de soins retrouvées jusqu'alors.[2]

- *Antiquité : absence d'une pratique spécifique*

Si le mal de dents date de la préhistoire, les historiens n'ont retrouvé que très peu de traces d'une activité de soins dentaires ce qui nous amène à penser que « les hommes chargés de remédier à ce mal de dents » n'ont occupé pendant très longtemps qu'un rôle mineur.

Certes, de nombreux médecins égyptiens, grecs, romains nous ont laissé des écrits sur le traitement des maladies dentaires : Hippocrate, Celse, Pline l'Ancien...[3][4]

Mais malgré de très nombreux écrits, **on ne sait rien d'une pratique spécifique de dentistes**. On connaît seulement l'existence de « médecins des dents » mentionnés par Hérodote au V^e siècle avant JC. De plus, aucune législation concernant un corps de métier spécifique n'a été retrouvée notamment dans la Rome antique.

- *De l'ère chrétienne à la fin du moyen âge*

Du début de l'Ère chrétienne à la fin du Moyen Âge - période de 11 siècles située entre la perte de Rome (359 après JC) et la prise de Constantinople (1453 après JC) - le savoir reste détenu par les gens d'Église. Entre sorcellerie et superstition, le prêtre est aussi celui qui peut guérir.[5]

Le problème de la maladie et de la douleur a souvent laissé l'homme totalement désarmé face à la puissance des dieux, le mal étant le plus souvent considéré comme une punition divine. Pour obtenir la guérison, on allait vers celui qui était l'intermédiaire entre l'homme et la divinité : le prêtre ou le saint.

C'est ainsi qu'au Moyen Âge, les médecins imploraient saint Luc et les chirurgiens les deux frères Côme et Damien² ; quant au peuple, pour les maux de dents, il s'adressait à sainte Apolline, vierge et martyre à qui on avait arraché les dents et brisé la mâchoire avant de la jeter dans les flammes.[7]

Le dentiste n'existe pas. L'activité relative au soin dentaire est associée à d'autres activités, en générale itinérantes : le colporteur, le barbier, le rebouteux ou le charlatan³.

² Saint Côme, né en Arabie, est le saint patron des chirurgiens. Saint Damien, son frère, est désormais le saint patron des pharmaciens. Leur martyre se situe à la fin du III^e siècle.[6]

³ « Charlatan » n'est pas un terme péjoratif à l'époque, il désigne simplement des personnes qui pratiquent le soin sans avoir obtenu de diplômes. Le terme prendra sa signification actuelle, quand, au XIX^e siècle, les médecins deviennent les seuls légitimes

Les outils thérapeutiques sont limités à l'extraction et la décapitation de la dent par bris de la couronne. L'ablation de la dent et donc du « mal », restera durant de longs siècles la seule technique de référence, de par la pauvreté de la médecine et des instruments disponibles.

L'apparition puis le développement de la médecine et de la dentisterie revient dans cette période tout d'abord aux Arabes (600-1200). On peut citer notamment Abulcasis (963-1013), « l'instituteur du Moyen Age » qui est le premier à se spécialiser dans le domaine dentaire. Puis les arabistes, successeurs des Arabes, resteront les maîtres de la médecine et de la chirurgie jusqu'à la fin du XV^e siècle. On peut notamment citer l'école de Montpellier, par l'intermédiaire de Guy de Chauliac, qui publie en 1363 *La grande chirurgie ou inventaire de la partie chirurgicale de la médecine*. Cet ouvrage restera la dernière référence en art dentaire de la période précédant la renaissance.[5]

- *Du XIII^e au XVIII^e siècle : la corporation des Barbiers-Chirurgiens*

Sous l'ancien régime, il faut bien comprendre que tout ce qui était de l'exercice de la main sur le corps de l'homme était de la compétence de la chirurgie : l'art de raser et de faire le poil n'en était pas exclu. Les chirurgiens, ne dépendant pas de l'université, furent péjorativement considérés comme des manuels sans savoir, et à ce titre repoussés par les médecins.

C'est vers 1260 que la corporation des Barbiers-Chirurgiens, corporation spécialisée dans la chirurgie, les saignées et la coiffure, est instituée.

En ce qui concerne les soins dentaires, les médecins ayant étudié la théorie et le latin, donnaient des consultations orales sur les maladies de la bouche. Les extractions dentaires étaient laissées aux chirurgiens-barbiers, qui occupaient un rang social inférieur aux médecins.

En 1268, la corporation se divisa: d'un côté les chirurgiens (création de la Confrérie de Saint Côme et de Saint Damien) qui se rapprochèrent de plus en plus des médecins, de l'autre les Barbiers en charge de la petite chirurgie, des extractions dentaires, de la saignée et de la coiffure.

En 1301, l'exercice de la chirurgie est interdit à certains barbiers, sous réserve d'être examinés par les jurés de Saint Côme.

En 1352, Jean II rend une ordonnance où il exprime sa volonté de condamner toute ingérence perpétrée par des personnes non qualifiées dans le champ médical.

En 1371, la Communauté des Barbiers est bien organisée en Communauté des Arts et Métiers (on retrouve ici le terme « Art » qui renvoie à la connaissance et au savoir-faire, au sens de « l'artisan » ou de

pour pratiquer le soin en interdisant progressivement aux autres praticiens non diplômés d'exercer.

l'école des « arts et métiers ») et l'année suivante, Charles VII autorise à nouveau les barbiers à faire de la petite chirurgie à condition que cette dernière ne se révèle pas mortelle.

Guy de Chauliac fut, à cette même époque, le premier à identifier la dentisterie comme une catégorie séparée des soins de santé, inventant le terme issu du latin, *dentista*, « celui qui soigne les dents ».

Pour la première fois, l'Art Dentaire est séparé des autres sciences médicales et la pratique de cet art est singularisée en tant que spécialité.

Cependant, l'Ecole de Montpellier est rasée par le duc d'Anjou en 1379 et l'Art Dentaire stagne à nouveau durant de nombreuses années. Les arracheurs de dents réapparaissent.

En 1494, les barbiers, profitant de l'opposition toujours très vive entre médecins et chirurgiens, obtiennent l'honneur de suivre les cours d'anatomie à la Faculté de Médecine, alors que les chirurgiens n'ont pas cette autorisation, car ils font trop concurrence aux médecins. Les barbiers peuvent ainsi disséquer en assistant les médecins.[5]

Le barbier est le véritable ancêtre du dentiste. Il travaille le plus souvent, de manière ambulante sur les foires et les marchés,[8] ce qui lui évite d'ailleurs d'assumer les suites opératoires de ses actes souvent difficiles en raison de la méconnaissance et donc du non-respect des règles d'asepsie⁴.

Ambroise Paré, chirurgien du XVII^e siècle, considéré comme le fondateur de la chirurgie moderne, n'était pas médecin et avait acquis ses connaissances par l'apprentissage et l'expérience. Il fut successivement barbier, chirurgien-barbier et maître chirurgien-barbier. Cette évolution montre clairement la hiérarchie socio-médicale de l'époque mais aussi la mobilité possible entre les corps de métiers.[9]

Dans la seconde moitié du XVII^e siècle, certains barbiers travaillent en boutique. Ils arrachent les dents, les liment, pratiquent « des plombages », soignent les maladies de gencive et le scorbut⁵[10]. Les tabletiers apportent leurs concours dans la réalisation des dents postiches, ce sont les premiers pas de l'artisanat prothétique dentaire.

⁴ Ce n'est que beaucoup plus tard, en 1847, que Semmelweiss comprend que certaines infections comme la fièvre puerpérale sont manuportées, et propose le lavage des mains avant tout acte chirurgical. L'histoire de Semmelweiss constituera en 1924 le sujet de thèse du Docteur Destouches, plus connu sous le pseudonyme de Louis-Ferdinand Céline.

⁵ Le scorbut est une maladie due à une carence en Vitamine C, qui conduit à une déshydroxylation du collagène, pouvant provoquer des troubles cutanés et parodontaux. Le scorbut a été en particulier décrit chez les navigateurs au long cours au 16^e siècle qui présentaient des carences nutritionnelles en fruits frais (agrumes), principale source d'apport de Vitamine C.

Certaines réalisations prothétiques pour les dents postiches font leur apparition auprès de la noblesse, notamment chez les femmes, par coquetterie.

La profession de dentiste, bien qu'en marge de toute organisation professionnelle, commence à se constituer.[11]

1.1.2 Le XVIII^e siècle ou l'entrée des dentistes dans le monde officiel de la médecine

• *Revalorisation des chirurgiens par Louis XIV*

Dans les premières années du règne de Louis XIV, deux catégories bien distinctes de praticiens soignaient les malades.

D'une part, les médecins, formés dans les Universités et réputés savants, peu nombreux, s'occupaient de la clientèle riche des villes.

D'autre part, les chirurgiens, formés par empirisme, dans le cadre des Arts et Métiers, étaient partout présents et soignaient toutes les maladies.

En 1687, Louis XIV est opéré par son Premier Chirurgien, Félix, pour une fistule anale, démontrant à cette occasion une parfaite maîtrise technique. Au même moment, la Reine meurt à la suite d'une erreur de diagnostic des médecins de la Cour.

Dès lors, Louis XIV accorde sa confiance à Félix et c'est ce dernier qui demande au Roi de reconnaître des activités chirurgicales spécialisées, jusque-là négligées voire méprisées : les soins des yeux, de la vessie, des articulations et des dents.[5]

Les chirurgiens parisiens du Collège de Saint Côme, affirmant leur indépendance par rapport aux orgueilleux médecins de l'Université de Paris, mirent une nouvelle fois un frein à la pratique de la chirurgie mineure par les charlatans.

• *Création du Corps des Experts (1699)*

C'est ainsi que pour la première fois dans l'histoire, les dentistes entrent dans le monde officiel de la chirurgie.[12]

L'Art dentaire s'organise avec la promulgation de l'Edit Royal de 1699 créant le corps des Experts.

1699 reste une date capitale dans l'histoire de l'odontologie française et cela, à double titre, car pour la première fois, l'art dentaire est soumis à :

- une réglementation : les experts en dents passent sous la juridiction du premier chirurgien du Roi ;
- une reconnaissance : la France est alors le premier pays où l'art dentaire est reconnu comme une spécialité autonome.

D'après cet édit royal, « *tous ceux qui voudront ne s'occuper qu'à la cure des dents devront se faire recevoir dans une communauté de chirurgiens et subiront un examen de pratique et seront reçus, s'ils sont jugés capables, en payant pour tout droit, la somme de 150 livres au profit de la communauté* ».

Cet édit de 1699 ne concerne que la ville de Paris et ne sera étendu aux autres villes de province qu'en 1723. L'édit de 1699, s'il apporte une certaine reconnaissance de ces praticiens et un certain contrôle de leur aptitude (ouvrant la voie à la professionnalisation de l'activité) ne prévoit pas la mise en place de cours spécifiques pour les gens qui vont s'occuper des dents. Cette absence de « scolarisation » fait que jusqu'en 1730, les experts pour les dents, d'après Pierre Fauchard (dont nous allons détailler l'œuvre ci-après), ne sont munis pour la plupart que d'un savoir au-dessous du médiocre.

Pour exemple, l'article 23^e pour la réception des maîtres en chirurgie de Strasbourg explique en 1731 : « *L'aspirant qui n'aura pas bien répondu dans son second examen et aurait été jugé incapable ne pourra pas bénéficier des prérogatives des maîtres mais il lui sera cependant permis de faire la barbe et le poil, d'arracher les dents, et d'exercer les autres fonctions de ce genre. Il ne pourra pas même saigner, ni faire aucune opération de chirurgie, sous peine d'amende* ». [13]

Pour arriver à une situation un peu plus confortable, il faut attendre 1768 où de nouveaux édits royaux vont redéfinir le corps des experts pour les dents, énoncer cette fois-ci des matières d'enseignements et spécifier les épreuves auxquelles seront soumis ceux qui veulent devenir experts pour les dents. Ainsi en 1768, lors de la création du Collège royal de Chirurgie, les futurs dentistes et les étudiants en chirurgie partagent les mêmes bancs et des enseignements communs.

D'un règlement de 1770, il ressort que pour exercer la dentisterie à Montpellier, il fallait auparavant avoir obtenu devant les Maîtres Chirurgiens jurés de la ville le titre d'expert dentiste. L'intéressé devait alors subir un examen, et étant reçu, s'acquitter de ses droits, les mêmes d'ailleurs que pour exercer la chirurgie. Ces droits s'élevaient au total à 309 livres. [10]

- *L'œuvre de Pierre Fauchard (1678-1761)*

Le XVIII^e siècle se révèle être le siècle d'or pour l'odontologie française, une époque brillante caractérisée par la publication de travaux importants.

La pratique de l'odontologie moderne commence véritablement avec la publication en 1728 de l'œuvre majeure de Pierre Fauchard, « *Le Chirurgien-dentiste ou Traité des dents* ».

Chirurgien de formation, Pierre Fauchard (1678-1761) fit ses études dans le service de Santé de la Marine où il a pu, en particulier, observer les ravages du scorbut sur les marins lors de longues périodes de navigation. Ayant obtenu son titre « d'Expert pour les dents » avant 1708, puis son titre de « chirurgien » en 1711, il a exercé de manière itinérante (comme il était d'usage à l'époque) dans toute la France, pour finalement ouvrir une boutique à Paris en 1718.

Son ouvrage connaît une deuxième édition en 1746, où il est augmenté de planches très spécialisées et de nombreuses gravures en cuivre d'instruments.

Plus qu'un livre purement descriptif de l'anatomie dentaire, le texte novateur de Fauchard décrit des techniques d'intervention sur différentes pathologies mais présente également plusieurs instruments chirurgicaux qu'il a lui-même conçus. Il décrit la pose de dents artificielles, l'utilisation de l'appareil, aujourd'hui toujours redouté de bon nombre de patients, « le tour à fraiser » pour tailler les dents. Il établit également une relation étroite entre l'état de santé général d'un patient et sa santé dentaire, et voit dans le sucre une des causes des caries.[14]

A la suite de ses travaux, la discipline sort du cadre de la chirurgie générale. Elle se caractérise rapidement par une instrumentation variée et spécifique et des techniques particulières de diagnostic et de traitement.

- *Résumé : devenir dentiste au XVIIIe siècle :*

D'après ce que nous avons vu, il faut distinguer 3 périodes :

- **1^{ère} période : jusqu'au milieu du XVIII^e siècle**

Le futur chirurgien ne faisait pas d'études, mais un apprentissage dans la boutique de son Maître, formation entreprise dès l'âge de 12 ans. On passait par les étapes d'apprenti, de compagnon, pour accéder à celle de Maître après avoir satisfait au chef-d'œuvre. Le dentiste était soumis aux mêmes obligations. Pour lui, la formation était très facile pendant les premières années. Il n'avait d'autre possibilité que de faire son apprentissage non pas chez un dentiste, mais chez un Maître Chirurgien. Un inconvénient bien sûr, mais un avantage aussi puisqu'il bénéficiait d'une formation essentiellement chirurgicale donc très polyvalente. L'examen auquel il était soumis, était, aux dires de Fauchard, particulièrement facile. On lui demandait peu, puisque les examinateurs savaient peu sur les matières qui allaient constituer son activité.

- **2^{ème} période : sous l'impulsion de la création du corps des experts (cf. paragraphe précédent), à partir de 1743**

Louis XV, par des lettres patentes, fait de la chirurgie une activité libérale au même titre que la médecine. Il faut alors faire des études. Il faut

connaître le latin et le niveau des programmes est considérablement relevé. L'expert dentiste, solidaire des autres, va bénéficier de cette promotion. Les études pour obtenir le grade « d'Expert pour les dents » deviennent relativement longues (5-6 ans) et difficiles.

- **3^{ème} période : à partir de 1768**

Cette politique, pour une meilleure chirurgie, bénéficie de l'enseignement donné dans les Collèges Royaux que le Roi a fait construire dans les grandes villes. Les matières de base, physiologie, anatomie et thérapeutique y sont enseignées. Comme le futur chirurgien, le futur dentiste reçoit un enseignement bivalent, clinique auprès de son patron et, universitaire, sur les bancs du Collège de Chirurgie. L'examen pour le titre d'Expert se passe, non pas au Collège, mais dans le cadre restreint de la Communauté des Chirurgiens, au nombre desquels figure son patron. Le caractère corporatif de la formation était toujours maintenu. Les matières d'examen, essentiellement dentaires, étaient examinées sur deux jours : théorie et pratique.

Ce compromis d'études classiques et de formation professionnelle, enseignement universitaire et enseignement clinique, explique la qualité des textes publiés par les dentistes du XVIII^e siècle.

Parallèlement, le Dentiste bénéficie d'un plus grand respect dans la société. Il est traité en haut lieu avec reconnaissance. En 1768, lors de l'inauguration du Collège Royal de Chirurgie, Louis XV anoblit son dentiste Etienne Bourdet, prouvant ainsi au monde des Sciences, que si 69 ans plus tôt, l'art dentaire n'était rien, il avait désormais sa place, pleine et entière, dans le monde des activités libérales.[4]

1.1.3 La Révolution Française: de nouvelles structures médicales où l'Art dentaire est absent

- *Le retour des médecins et instauration de la loi Le chapelier*

Les conséquences de la Révolution Française vont stopper ce formidable élan.

Depuis le XIII^e siècle, les deux institutions qui géraient les arts de guérir, les médecins et les chirurgiens, n'avaient toujours eu entre elles que des rapports difficiles. Numériquement, les maîtres et les experts de la chirurgie étaient beaucoup plus nombreux et leur audience beaucoup plus large. Les médecins, beaucoup moins nombreux, avaient dû composer avec eux. Dans les dernières années du XVIII^e siècle, les choses changent au profit des médecins.

Ces derniers parviennent à créer, face à l'Académie de Chirurgie, la Société de Médecine (1772), dont une des préoccupations majeures sera

d'établir une stratégie visant à éliminer sa rivale. La situation politique qui va, à partir de 1785, vers de profondes réformes, leur servira pour réaliser leur projet.

Les médecins sont présents dans les cercles politiques et philosophiques qui conduisent la vie du pays. Vicq d'Azir, le médecin de la Reine, réunit autour de lui quelques collègues de la Société de Médecine et ils élaborent ensemble un plan large et précis : « *la Constitution pour la médecine* ». Il est aidé par Guillotin⁶, médecin lui aussi, et soutenu par Talleyrand. Ils créent un Comité de Salubrité dont le but officiel est de normaliser les Arts de guérir.

En réalité, les motifs sont moins généreux : « *il est hors des facultés une classe d'hommes que le public ne cesse d'appeler à la pratique de notre Art bien qu'ils n'y soient nullement autorisés par les statuts (ceux de la médecine, s'entend), ce sont les chirurgiens* » ; « *En supprimant la corporation des Chirurgiens, il est évident que les oculistes, les lithotomistes, les dentistes ne doivent plus exister* ». [15]

Ainsi les lois de mars, avril et juin 1791 vont mettre fin à toute l'organisation médicale de l'Ancien Régime. [13]

Les idéologues de l'Assemblée iront beaucoup plus loin dans leur désir de réforme. La loi Le Chapelier énonce cette idée maîtresse : « *Il sera libre à quiconque de faire tel négoce ou d'exercer telle profession ou métier qu'il jugera bon à la seule condition de payer une patente*⁷ ». [16]

Ainsi, le 18 août 1792, c'est la suppression des Universités, Facultés et Corps savants : n'importe qui, s'il a une patente, peut, du jour au lendemain, exercer la médecine, se dire chirurgien, se dire dentiste.

- *Fusion de la médecine et de la chirurgie en un art unique de guérir*

Fin 1794, conscient que la loi Le Chapelier permet des abus regrettables, l'ambivalence médecine-chirurgie est enfin supprimée. Trois écoles sont ouvertes à Paris, à Montpellier et à Strasbourg où sont formés les « Officiers de santé ». L'Art Dentaire est totalement absent des structures pédagogiques de ces écoles.

Cette fusion de la médecine et de la chirurgie en un « Art unique de guérir », ainsi que la minimisation des spécialités (telles que

⁶ Le Docteur Guillotin est resté célèbre pour avoir réformé et uniformisé les exécutions capitales en proposant en 1789 un procédé mécanique plus « égalitaire » connu ensuite (et contre sa volonté) sous le nom de guillotine.

⁷ La patente correspond à cette époque à un document qui est acheté par le futur praticien et qui lui permet d'exercer, sans avoir à obtenir un diplôme ou à suivre une formation spécifique.

l'ophtalmologie, par exemple), stoppe l'évolution de la discipline odontologique en France.[4]

1.1.4 Le XIX^e siècle

- *Retour du charlatanisme et de l'empirisme en France*

Le charlatanisme et l'empirisme vont alors de nouveau dominer le XIX^e siècle. Malgré de nombreuses tentatives de réglementation, la cour de Cassation confirme, par la loi du 19 novembre 1803 qui ne mentionne pas l'Art dentaire, **qu'exercer sans diplôme est permis.**

Les instruments spécifiques, et notamment le tour à fraiser inventé par Fauchard, sont mis de côté au profit des traditionnels marteau et burin.[17]

C'est ainsi que tout au long du XIX^e siècle, un différend opposa les médecins dentistes (qui ont acquis un titre d'Officier de santé⁸) aux empiriques dentistes (qui paient simplement patente), les deux corps exerçant légalement avec ou sans diplôme.

Le statut scientifique et social de l'activité dentaire a énormément souffert de ce vide juridique. La question ne cesse de se poser : l'activité du dentiste est-elle une branche de la médecine ou un travail essentiellement mécanique ? Les deux initiales qu'utilisaient les dentistes DM servaient à désigner le dentiste médecin comme aussi le dentiste mécanicien.

Lorsque sous la monarchie de Juillet, le comte de Salvandy, Grand Maître de l'Université, prend le portefeuille de l'Instruction Publique, il décide de s'attaquer à la réforme de l'Enseignement Supérieur.

L'enseignement médical est au centre du projet. Salvandy prévoit un chapitre spécial pour l'Art dentaire. Le texte déclare : « *Les aspirants au brevet de dentistes doivent avoir fait un stage de quatre années chez un dentiste régulièrement établi, ou deux années d'études, soit dans une école préparatoire, soit dans une faculté. Dans tous les cas il devra subir deux examens spéciaux* ».

Il s'agit d'un titre spécial, ouvrant la voie à une carrière spécifique : l'Art dentaire. Le caractère de l'enseignement est très médical. Les études sont assimilables à celles d'Officiers de santé.[18]

Après d'âpres discussions avec ceux qui veulent obliger le dentiste à être docteur en médecine, c'est finalement le principe du praticien spécifique qui prévaut : le spécialiste sait souvent à la fois mieux que le médecin ce qu'il convient de faire et comment il faut le faire.

⁸ Les officiers de santé sont au XIX^e des individus ayant suivi une formation médicale, au sein de structures spécifiques non universitaires. Ils pratiquent le soin sans avoir le titre de médecin. Les médecins feront fermer cette voie à la fin du XIX^e siècle.

Mais au lendemain de la révolution de 1848, avec l'abandon du dossier législatif concernant les Arts de guérir, l'Art dentaire se retrouve une nouvelle fois sans règlement.

Le verdict de la Cour de Cassation et les recommandations du Préfet de Police sont très claires : la profession de dentiste ne nécessite la possession d'aucun diplôme. Le gouvernement provisoire, pas plus que le Second Empire, n'apporte de changement dans le statut juridique des dentistes ni dans leur formation.[13]

Si la valeur professionnelle est loin de correspondre aux titres, deux conceptions transparaissent une fois de plus : un désir de médicalisation chez les titrés, une approche manuelle plus poussée vers les techniques prothétiques chez les patentés.

- *Développement de la chirurgie dentaire aux USA*

De son côté l'Amérique, jusqu'à l'aube du XIX^e siècle, ne possède ni législation, ni centre de formation concernant l'Art dentaire. Ce sont avec les troupes de Lafayette, lors de la guerre d'Indépendance en 1776, qu'arrivent les premiers dentistes, dentistes français en l'occurrence.

Sous l'impulsion de ces Français, la chirurgie dentaire aux USA connaît alors un brillant départ. **C'est ainsi que l'Amérique du Nord est considérée comme le berceau de l'art dentaire moderne au XIX^e siècle.**[19]

Dans cette confédération naissante, les praticiens formés en Europe, et ceux nés en Amérique, firent de grands progrès. N'étant pas entravés par une tradition restrictive comme les corporations européennes de chirurgiens-barbiers, les dentistes en Amérique étaient libres de s'organiser en corps d'activité.

Comme Pierre Fauchard l'avait annoncé, la dentisterie, en tant que profession, dépend de trois éléments : l'enseignement, l'organisation autonome et les publications. Pendant les années 1839-1840, cette trilogie apparut pour la première fois au monde aux Etats-Unis.

Cette organisation préfigure les caractères très particuliers de la notion de *profession* pour les sociologues américains, Eliot Freidson en tête : un champ de compétence ou expertise, le monopole sur ce champ de compétence, l'autonomie sociale et l'éthique professionnelle.[9]

Les dentistes Hayden et Harris organisèrent la première société dentaire (*la société américaine de Chirurgie-Dentaire*) et le premier journal dentaire, *l'American Journal of dental Science*. Ils furent les fondateurs du *Baltimore College of Dental Surgery*, la première école destinée à

l'enseignement dentaire. Hayden et Harris firent partie des quatre professeurs qui donnèrent des cours d'anatomie, physiologie, pharmacologie, thérapeutique et de « dentisterie appliquée ».

Le cursus durait deux ans, équivalent en cela aux écoles de médecine de l'époque.

Enfin, les docteurs Hayden et Harris créèrent le diplôme de « *Chirurgia Dentium Doctoris* » dont les initiales furent reprises dans le sigle D.D.S. (Doctor in Dental Surgery). Par l'attribution de ce diplôme, les dentistes devinrent des « docteurs ».

Ainsi, les principes furent élaborés et les institutions fondées pour l'ascension de la chirurgie dentaire aux Etats-Unis comme une profession (au sens sociologique du terme) distincte de la médecine.[20]

L'histoire est ponctuée de renversements de situation : la prépondérance française passe outre-Atlantique un demi-siècle seulement après l'arrivée des premiers dentistes français. C'est ainsi que Washington a dû faire appel à des dentistes français alors que Napoléon III sollicitera un Américain, le Docteur Thomas Evans, installé à Paris comme de nombreux autres confrères américains attirés par l'absence de réglementation et la prospérité importante régnant alors sous le Second Empire.

C'est ainsi que la dentisterie actuelle doit sa forme à la pensée scientifique et aux conditions politiques des deux pays.

La tradition française d'excellence médicale et la pensée du Siècle des Lumières engendrent les principes de l'exercice dentaire moderne. La société libérale de l'Amérique permet la réalisation de ces idées.[19]

A cette même époque, l'art dentaire s'est très largement perfectionné dans de nombreux pays en devenant plus complexe et plus scientifique. C'est pourquoi **la nécessité d'apprendre et de se former avant de pratiquer se fit de plus en plus forte.**

Après les premiers cours d'odontologie vers 1807 donnés par Carl Ringelmann à Nuremberg en Allemagne, après la première école spécifiquement dédiée à cette branche de la médecine ouverte en 1839 à Baltimore, d'autres écoles voient le jour partout dans le monde : en Angleterre, en Allemagne, en Russie et finalement... en France.

- *Une avancée majeure : la découverte de l'effet anesthésique du protoxyde d'azote par...un dentiste (Horace Wells 1844)*

Pendant des milliers d'années, arracheurs de dents, [barbiers](#) et chirurgiens ont cherché à atténuer les souffrances des patients qu'ils étaient contraints d'opérer à vif. Ils se heurtaient à deux écueils : l'absence d'asepsie et d'analgésie.

Pour l'anesthésie, les Aztèques utilisaient le peyotl, une plante narcotique euphorisante. Les Chinois recouraient au haschisch et à l'opium et les chirurgiens de la Renaissance proposaient le vin de Mandragore. Plus expéditifs, les Assyriens provoquaient un coma par la compression des deux artères carotides. Ces divers élixirs soporifiques, plus ou moins efficaces, ont servi à apaiser la douleur jusqu'au milieu du XIX^e siècle.

Les premiers à se servir du protoxyde d'azote comme anesthésique furent deux dentistes américains, les Docteurs Riggs et Wells. Ayant assisté à une séance scientifique récréative où l'on observait les effets hilarants du [protoxyde d'azote](#), ils constatent qu'un sujet se blesse sans ressentir aucune douleur. Le lendemain, Wells décide de se faire arracher une dent, anesthésié par du protoxyde d'azote. *« Le Dr Wells s'assit dans le fauteuil, prit le ballon, l'ouvrit et aspira le gaz. Lorsqu'il fut suffisamment sous l'influence, il renversa la tête et Dr Riggs lui arracha une dent... Il lui fallut déployer beaucoup de force, mais Wells ne manifesta aucune douleur. Après l'opération, il resta encore pendant un certain temps sous l'influence du gaz, mais sitôt qu'il fût revenu à son état normal, il agita les bras en criant: une nouvelle ère commence pour les avulsions! ».*

Mais le protoxyde d'azote donnait une anesthésie beaucoup trop transitoire pour pouvoir convenir à des interventions de longue durée. Aussi se mit-on à la recherche d'autres gaz ou produits volatils capables d'avoir un effet plus durable.

Le 30 septembre 1846, un autre dentiste, le Dr Morton, enlève une dent à un patient anesthésié avec de l'éther versé sur un mouchoir.

En 1847, on comptait déjà une soixantaine de machines capables de doser l'éther et le protoxyde d'azote. En 1884, on utilisa la cocaïne comme premier anesthésique local en médecine dentaire et en chirurgie, et en 1905, on a eu recours à la novocaïne.[21]

1.1.5 De la fin du XIX^e siècle à la création des Ecoles Nationales de Chirurgie Dentaire (1965)

- *Pour un Art dentaire prothétique indépendant de la médecine*

En 1879, la profession commence à s'organiser en France avec la création de la chambre syndicale de l'Art dentaire puis, la constitution du « cercle des dentistes de Paris » par Charles Godon.

Celui-ci déclare alors devant le cercle : *« Nous sommes en présence d'un danger qui menace les dentistes nationaux : l'occupation de tous les cabinets en France par des confrères étrangers. C'est pour porter remède à cet état de choses que je viens vous proposer la fondation d'une école professionnelle dentaire »*.^[4]

Ancien prothésiste dentaire, Godon, de retour d'Amérique, est favorable à une indépendance totale de l'art dentaire vis-à-vis de la médecine.

Ainsi le cercle ouvre en 1880 la première école d'enseignement dentaire en France : l'Ecole dentaire de Paris. L'enseignement n'a aucun caractère officiel puisque la loi n'exige aucune formation et aucun titre universitaire.

- *Pour un art dentaire, branche de la médecine*

Parallèlement, les médecins dentistes, docteurs ou officiers de santé, regroupés en chambre syndicale et réunis par le docteur Andrieu décident à leur tour d'ouvrir une école en 1884.

Pour eux, *« l'art dentaire est une branche de la médecine. Elle doit être exercée par les docteurs en médecine comme pour l'oculistique »*. Ils ouvrent leur école : l'Ecole odonto-technique.^[16]

Les titres donnés par les deux écoles dentaires n'avaient cependant aucune valeur légale, parce que, si la loi du 1er juillet 1875 admettait l'enseignement supérieur libre, l'Etat conservait le monopole des titres universitaires. La loi du 18 mars 1880 précise que les grades universitaires ne peuvent être obtenus que devant le jury de l'état.

- *Instauration du titre de chirurgien-dentiste : la Loi Brouardel de 1892*

Enfin, la loi Brouardel du 1^{er} décembre 1892 légifère l'Art dentaire et instaure le titre de « chirurgien-dentiste » que Fauchard lui-même attribuait déjà aux praticiens de l'Art dentaire.

Compte tenu de la spécificité de l'Art des dentistes, dont la prothèse constitue un élément important, la loi établit un statut spécial, étant entendu qu'il entre dans le cadre général de la médecine dont il dépend administrativement. C'est d'ailleurs la faculté de médecine qui contrôle

l'enseignement et fait passer les examens. La déontologie de l'Art dentaire est calquée sur celle de la médecine.

L'article II de la loi du 1^{er} décembre 1892 énonce : « *nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il ne possède le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil Supérieur de l'Instruction Publique* ». [4]

- *Naissance des stomatologistes*

Cet article II, qui reconnaît au docteur en médecine l'exercice de la dentisterie n'exige de celui-ci aucune formation, aucun contrôle préalable. Certains docteurs en médecine vont se regrouper et organiser un enseignement odontologique en ouvrant une école privée à Paris en 1909 : c'est la naissance des stomatologistes.

- *La profession de chirurgien-dentiste*

Le décret du 23 juillet 1893 précise : « *les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans. Pour la première inscription, les aspirants doivent produire le baccalauréat ou le certificat d'études primaires* ».

C'est ainsi que la fin du XIX^e siècle voit la création de véritables écoles et la promulgation d'un statut pour les dentistes en France. C'est le 30 novembre 1892 qu'est votée la grande loi sur la médecine : elle fait état d'un titre nouveau donnant accès à la «profession de chirurgien-dentiste».

Des conventions sont signées entre les Facultés de médecine et les Ecoles dentaires, en attendant que l'État assure lui-même l'enseignement.

Ainsi le diplôme de chirurgien-dentiste est créé pour concurrencer le DDS Américain.

Les programmes prévus par la loi de 1892 étaient essentiellement théoriques et ouvraient les études dentaires à n'importe qui.

De plus, les articles 29 et 30 de la loi vont permettre aux officiers de santé dentistes comme aux praticiens patentés non diplômés mais inscrits à la patente le 1^{er} janvier 1892 d'accéder au grade nouveau-né de chirurgien-dentiste.

Ces patentés, passés le plus souvent de l'établi de mécanicien au fauteuil de dentiste, persisteront jusqu'à la Première Guerre mondiale. Certains d'entre eux étaient des artisans très adroits. Ils soignaient les caries avec un caustique arsenical, associé à des balsamiques, des anesthésiques et des antiseptiques. Ils réalisaient eux-mêmes des prothèses, souvent remarquables, à l'estampage et à la pince après moulage au plâtre.[22]

En 1909, un décret fixe la durée des études à cinq ans : deux années de stage et trois années de scolarité sanctionnées par un examen devant la Faculté de médecine.

À cette époque, le niveau exigé pour entreprendre des études dentaires est le brevet simple. À partir de 1935, c'est le baccalauréat. Avec la loi du 24 mars 1949, le PCB (certificat de physique, chimie et biologie) est exigé. Les cinq années d'études sont maintenues, chacune étant sanctionnée par un examen passé à la Faculté de médecine.

- *Des rivalités entre chirurgiens-dentistes et médecins qui perdurent*

Parallèlement à ces évolutions en terme de prérequis pour entrer dans le cursus odontologique, les rivalités entre chirurgiens-dentistes et médecins n'ont jamais cessé.

En 1948, un arrêté de Germaine Poinso-Chapuis, alors ministre de la Santé, limite le droit de prescription des chirurgiens-dentistes et place, de ce fait, les chirurgiens-dentistes implicitement sous la tutelle des médecins.

Il faudra 25 ans à la profession pour se dégager de cette restriction professionnelle et surtout sortir de la tutelle des médecins, l'arrêté Schuman de 1969 annulant celui de Poinso-Chapuis.

En 1958, une volonté politique forte, inspirée par Robert Debré, impose par l'ordonnance du 30 décembre l'union de l'hôpital et de l'université, donnant naissance aux centres hospitaliers universitaires (C.H.U.). Trois missions complémentaires et indissociables, de soin, d'enseignement et de recherche sont alors assignées à des professionnels de santé.

La médecine française atteint un haut niveau d'excellence et les activités hospitalières s'accroissent, se diversifient, requérant la création de structures nouvelles, hautement techniques et de plus en plus diversifiées.[23]

Dans ce contexte de développement médical, l'odontologie n'est pas oubliée. Jusqu'aux années 1960, la profession était placée sous la tutelle globale de la médecine, notamment en ce qui concerne le diplôme d'exercice.

A partir des années 60, émerge une approche différente, défendue par de nouveaux organismes fédératifs, qui affirment à la fois l'unité et la spécificité de l'odontologie.

Jusqu'en 1965, l'enseignement de la chirurgie dentaire n'était dispensé en France que dans des écoles privées ou dans quelques instituts contrôlés, en partie seulement, par des organismes publics (municipalités, facultés).

- *Indépendance de la chirurgie-dentaire (1965)*

Le décret du 22 septembre 1965 crée :

- **les Ecoles Nationales de Chirurgie Dentaire (ENCD) et,**
- **les Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD) où est dispensé l'enseignement clinique.**

En 1968, les associations d'étudiants en chirurgie dentaire, représentants des différentes écoles, encore toutes à caractère privé, obtiennent un enseignement d'état intégral.

Le ministre Maurice Schumann signe, le 24 décembre 1971, la loi instaurant le doctorat d'exercice en chirurgie-dentaire, premier échelon d'une gradation universitaire. Parallèlement, le Code de la Santé Publique est modifié, reconnaissant la spécificité et l'indépendance de la chirurgie Dentaire. En octobre 1972, les premières thèses de doctorat de III^e cycle sont soutenues.

L'art du dentiste est dès lors à égalité avec ceux du médecin et du pharmacien et prend la structure que nous lui connaissons aujourd'hui.

1.1.6 Conclusion

L'histoire de l'activité de chirurgien-dentiste a évolué avec l'histoire de la médecine, l'histoire de la chirurgie et l'histoire des sciences. Avec elle s'est développée la formation et l'enseignement pour pratiquer cette activité. La formation, initialement pensée sous la forme de l'apprentissage (comme on le retrouve encore chez les Compagnons du Devoir), a intégré progressivement une dimension universitaire, puis a acquis un niveau d'indépendance tardif avec le développement des écoles dentaires.

Cet historique tourmenté permet de mieux appréhender les deux pôles de construction de l'identité professionnelle du chirurgien-dentiste, à savoir :

- un premier pôle d'identification au modèle médical par son passé commun avec les chirurgiens,
- un deuxième pôle d'identification consistant en la reconnaissance d'un savoir-faire spécifique et d'une autonomie fonctionnelle.

Cette dualité identitaire qui transparait au fil de l'histoire explique la douloureuse quête de reconnaissance sociale du corps des chirurgiens-dentistes en tant que profession, au sens sociologique du terme.[9]

Retracer l'histoire de cette quête permet d'appréhender les déterminants des origines socioprofessionnelles des chirurgiens-dentistes et comprendre

le double héritage (de compagnonnage et universitaire) qui prévaut dans la formation actuelle d'un chirurgien-dentiste.

1.2 Instauration du numerus clausus et sa modalité d'application en France : le concours classant

1.2.1 Pourquoi instaurer un numerus clausus ?

Le terme « *numerus clausus* » signifie en latin « nombre fermé ». Ce terme désigne le nombre précis d'étudiants admis dans certains cursus (médecine, odontologie, maïeutique⁹, pharmacie), nombre fixé annuellement par arrêté interministériel.

En France, le numerus clausus a été mis en place par Simone Veil en 1971 (loi n°71-557 du 12 Juillet 1971) au moment où l'obtention de la moyenne au certificat préparatoire aux études de médecine (CPEM) n'a plus suffi à limiter le nombre de candidats.

Le numéris clausus tel que voulu par les pouvoirs publics en 1971 avait pour objet de maîtriser la démographie médicale par la régulation des flux de formation, suite à l'arrivée après-guerre de la génération « baby-boom ».[24]

Cette régulation s'opérait en fixant un nombre de places limité en deuxième année pour chacun des différents cursus médicaux : médecine, odontologie et pharmacie.

Cette mesure d'application du numerus clausus a été mise en place pour plusieurs raisons :

- réguler le nombre de professionnels diplômés donc le nombre de professionnels en activité pour maîtriser les dépenses de santé ;
 - réguler le nombre de professionnels pour protéger les patients ;
 - réguler le nombre d'étudiants pour protéger la qualité de la formation ;
 - enfin, réguler le nombre d'étudiants pour protéger les diplômés.
- *Maîtriser les dépenses de santé*

⁹ La maïeutique est l'art d'accoucher. Ce terme est utilisé pour nommer le métier de Sage-femme.

L'idée selon laquelle la baisse du nombre de médecins modérerait mathématiquement les dépenses de santé était largement admise dans les années 1970. La théorie du Ministère étant que, plus il y a de médecins, plus les dépenses et le déficit de l'assurance maladie augmentent, la façon la plus simple de réduire le déficit de l'assurance maladie était de diminuer le nombre de médecins, et de la même façon, le nombre de chirurgiens-dentistes.[25]

Il est vrai que les décisions des médecins sont directement ou indirectement responsables d'un pourcentage non négligeable des dépenses en soins de santé. En France, le niveau des dépenses remboursées par l'assurance-maladie dans une région donnée est expliqué, pour plus de 50 %, par la densité médicale. **La démographie médicale est devenue un élément crucial de la maîtrise des dépenses de santé.**[26]

Les dépenses de santé attribuées aux soins dentaires (9,9 milliards d'euros en 2010) augmentent régulièrement chaque année. Mais ces dépenses augmentent bien moins vite que l'ensemble des dépenses de soins (175 milliards d'euros en 2010).

Ainsi, la part des dépenses dentaires dans le total des soins ambulatoires ou de ville ne cesse de diminuer passant de 6,12% en 1995 à 5,66 % en 2010.[27]

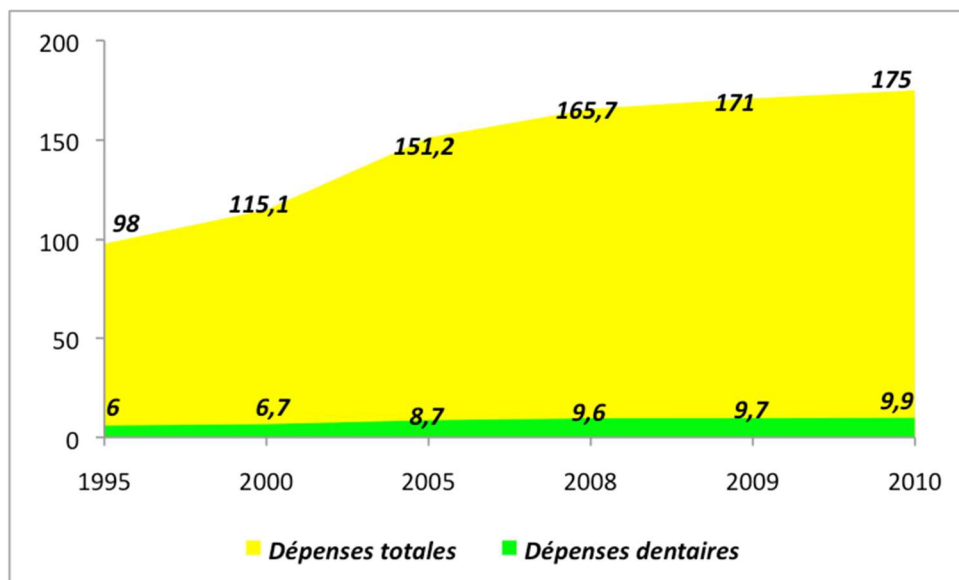


Figure 1 : Dépenses de santé correspondant aux soins dentaires en comparaison à l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux de 1995 à 2010 (chiffres donnés en milliards d'euros)

De plus, les dépenses dentaires ont une structure de financement atypique où le désengagement de l'Etat dans la prise en charge est de plus en plus important.

La part de la dépense dentaire prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) est relativement faible par rapport aux autres soins médicaux.

Selon le rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale, de juin 2010, les dépenses dentaires ont été financées en 2010 seulement à 37,1% par l'AMO, l'État et les organismes de base finançant la CMU, à 37,2% par l'AMC et à 25,7% directement par les ménages. Une grande part de l'activité des chirurgiens-dentistes échappe au champ conventionnel.

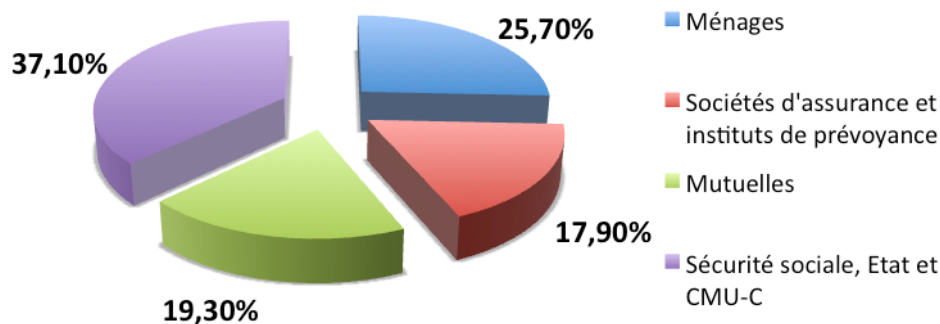


Figure 2 : Structure de financement des dépenses dentaires en 2008 (Source Drees – compte nationaux de la santé 2008)

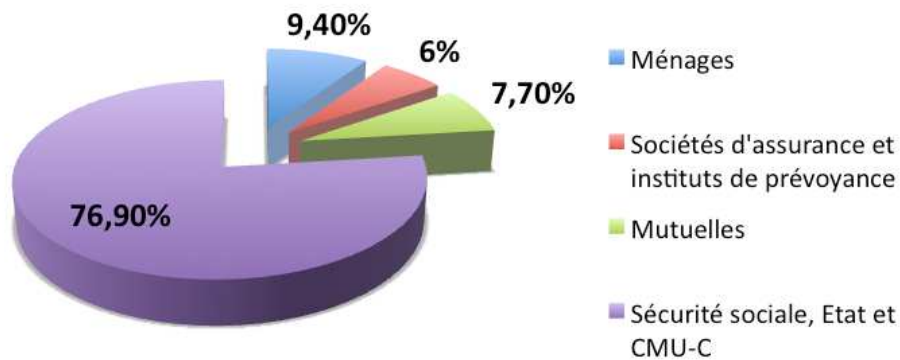


Figure 3 : Structure de financement des soins médicaux en 2008 (source Drees – compte nationaux de la santé 2008)

- *Protéger la qualité de la formation*

Le principe du numerus clausus est une condition de qualité de la formation, formation spécifique, professionnalisantE, comprenant beaucoup de travaux pratiques précliniques et de stages pratiques.

La qualité de ces derniers serait obligatoirement amoindrie par un surnombre.

Grâce au numerus clausus, les enseignants en odontologie ont une position très privilégiée au sein de l'Université : ils n'ont pas à affronter le problème de la massification en premier cycle et la population étudiante s'apparente beaucoup plus à une population de Grande École.

- *Protéger les patients*

Le numerus clausus se veut être une condition de qualité de l'exercice professionnel.

Un excès de chirurgiens-dentistes peut produire un sous-emploi des praticiens avec une diminution de leurs compétences ou inciter à des procédures diagnostiques et thérapeutiques superflues.

- *Protéger les diplômés déjà en exercice*

Dans un système où la rémunération à l'acte reste la référence, il est évident que la croissance du nombre de chirurgiens-dentistes fait baisser la moyenne des revenus des praticiens ce qui peut donner lieu à des comportements corporatistes, voire, dans certains cas, peu déontologiques.

1.2.2 Les limites du numerus clausus

Ceci étant, en 2012 le numerus clausus perd de sa pertinence, et cela pour plusieurs raisons.

- *L'ouverture Européenne*

L'obligation de reconnaissance des diplômes des autres pays européens, alors qu'aucun contrôle ne peut s'exercer sur la délivrance de ces diplômes, pose problème sachant qu'il n'y a pas de numerus clausus dans certains pays européens.

- *Lenteur d'adaptation du numerus clausus aux évolutions démographiques*

Les effets du numerus clausus se font toujours sentir à retardement.

Compte tenu de cet effet à retardement et des évolutions qui peuvent survenir entre-temps du point de vue sociologique (féminisation de la profession, départ à la retraite anticipé..) dans l'exercice de la pratique médicale, une pléthore de praticiens observée ou prévue en 1997 peut se transformer en pénurie 10 ans plus tard.

En effet, l'offre médicale est le résultat d'un subtil mélange de différents facteurs : la population médicale actuelle, l'inscription actuelle et à venir d'étudiants, les migrations et l'immigration, particulièrement dans le contexte européen, mais non exclusivement, la mortalité, la retraite, l'abandon de la profession et enfin, et surtout... la productivité individuelle de chaque praticien.

Cette dernière est liée à des différents facteurs démographiques tels que le sexe, l'âge ; mais aussi des facteurs liés à l'individu lui-même :

- la féminisation de la profession ;
- la différence d'heures de travail entre hommes et femmes ;
- la diminution progressive du temps de travail ;
- la massification des concours les rend moins pertinents, moins en adéquation avec les qualités requises par les professions ;

De plus, la liberté d'installation étant complète, le numerus clausus reste inefficace pour réguler géographiquement la densité médicale.

1.2.3 Evolutions démographiques du numerus clausus

1.2.3.1 Evolutions démographiques du numerus clausus médical

- *De la surpopulation médicale ...*

En 1971-1972, première année d'application du numerus clausus, le nombre de nouveaux étudiants en médecine a été fixé à 8.588 par an. Le nombre de médecins (généralistes et spécialistes) en activité était alors de 200 000.

Ce quota a commencé à diminuer en 1977 pour suivre une baisse constante et atteindre son point le plus bas, à 3.500 en 1992, et y rester.

En 1997, le rapport Choussat, préparé à la demande du gouvernement estimait encore l'excédent de médecins entre 20 et 30 000.

Selon ce même rapport, même en limitant strictement à 4500 le quota annuel de nouveaux médecins, il faudrait attendre l'année 2020 pour revenir au niveau de 1997, et l'année 2050 pour atteindre l'objectif considéré comme idéal de 140 000 médecins.[28]

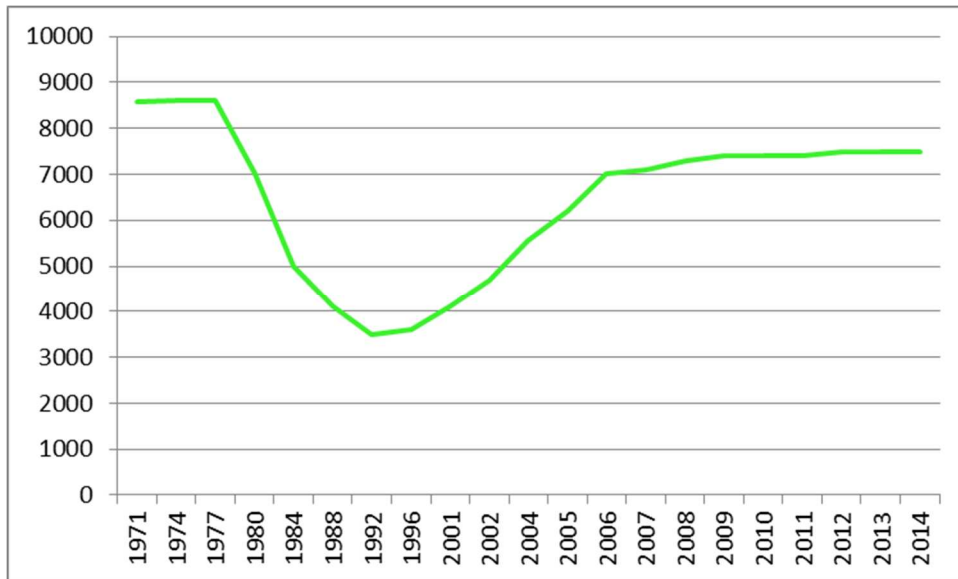


Figure 4 : 40 ans d'évolution du numerus clausus national en médecine entre 1971 et 2011

- ... A la pénurie médicale

Renversement de situation : deux ans plus tard, dès 1999, le ministère ne parle plus de surpopulation mais de ... pénurie médicale.

La perspective d'une restriction de l'accès aux soins incite les autorités sanitaires à relever le numerus clausus, numerus clausus qui passe ainsi de 3583 en 1997 à 6300 en 2005.

La catastrophe sanitaire engendrée par la « canicule » de l'été 2003 incite l'Etat à une prise de conscience brutale de la démographie médicale, telle qu'elle apparaît réellement sur le terrain et non à travers les seules données chiffrées de rapports ministériels, à savoir :

- le manque de médecins dans les hôpitaux et les cliniques et le recours obligatoire à des médecins étrangers (+ de 10 000);
- de nombreuses spécialités en crise comme la pédiatrie, la chirurgie, l'obstétrique ;
- la disparition des médecins de nombreuses zones peu peuplées ;
- le manque de médecins généralistes et le désengagement de la médecine de ville dans la gestion des Urgences conduisant à l'explosion des services hospitaliers.

En 1970, les statisticiens avaient tablé sur une population française comprise entre 59,3 et 63,4 millions d'habitants, hors immigration, à la fin du siècle.

Cette prévision s'est avérée aussi correcte dans son résultat que fautive dans ses hypothèses : si la France comptait bien 60,5 millions d'habitants au 1er janvier 2000, on était, cependant, très en dessous des 890.000 à

1.100.000 naissances annuelles annoncées ; et l'[espérance de vie](#) très au-dessus des 73 ans, pour les hommes, et 78 ans pour les femmes retenus par les statisticiens de l'époque. Que s'est-il passé?

Les statisticiens avaient sous-estimé les progrès de la médecine, qu'ils ne voyaient à l'œuvre que dans la diminution de la mortalité infantile. Or, c'est surtout dans la prolongation de la durée de vie que les progrès ont été enregistrés. L'espérance de vie attendue pour l'an 2000 a été atteinte dès 1977. Résultat : le vieillissement de la population s'est révélé beaucoup plus fort et rapide que prévu.

Grâce à l'excédent de naissances sur les décès plus qu'au solde migratoire, la population française continue encore aujourd'hui à augmenter au rythme d'environ 0,5% par an (soit 349 000 personnes supplémentaires entre 2011 et 2012).[29]

	1972	1980	1997	2005	2007	2011
<i>Numerus clausus</i>	8 588	6 409	3 583	6 300	7 300	7500
<i>Nb médecins</i>	78 000	118 000	197 000	203 000	209 100	208 727
<i>Population en milliers</i>	51 701	53 880	58 207		63 601	65 001

Figure 5 : Comparatif entre numerus clausus, nombre de médecins (généralistes et spécialistes) en activité et population française

C'est ainsi que le numerus clausus a considérablement été augmenté en médecine passant de 4 100 places en 2001 à 7 500 places en 2011 soit plus de 80% d'augmentation sur la décennie. L'effort reste cependant insuffisant.[30]

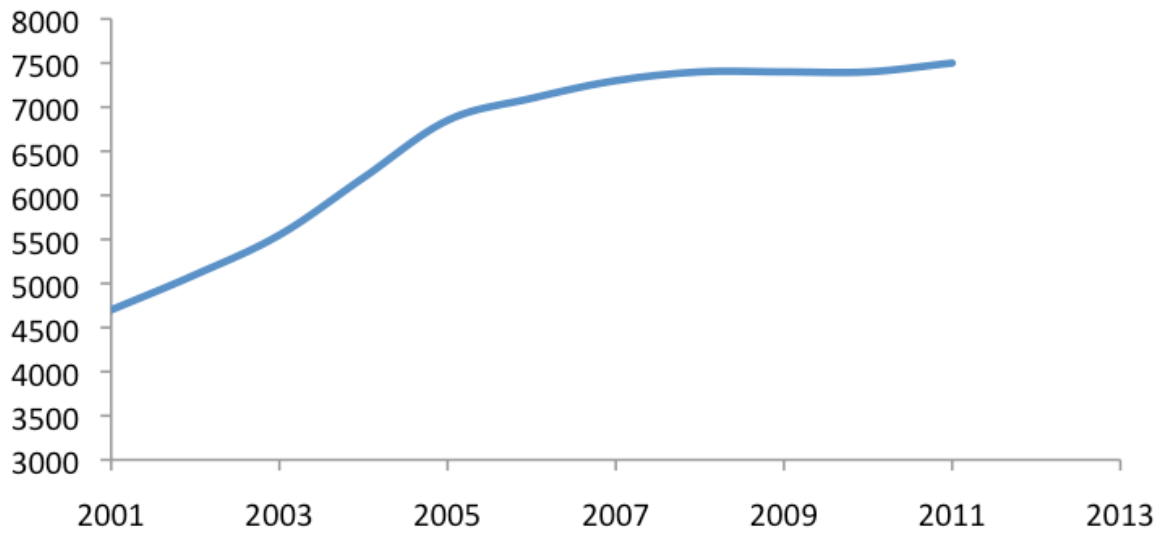


Figure 6 : Evolution du numerus clausus national en médecine (en nombre d'individus en ordonnée) entre 2001 et 2011

1.2.3.2 Evolutions démographiques du numerus clausus en odontologie

- *Au niveau national*

L'évolution du numerus clausus en odontologie a suivi la même baisse constante que le numerus clausus médical passant de 1 866 étudiants en 1977 pour se stabiliser à 800 étudiants à partir de 1992.

Le nombre de chirurgiens-dentistes en activité était alors de 40 000.

A partir des années 2000, comme en médecine mais dans une proportion moindre, le numerus clausus est revu à la hausse en odontologie.

Le numerus clausus en odontologie est passé de 801 places en 2001 à 1 200 places en 2012, 2013 et 2014 soit une augmentation de près de 50% des effectifs.

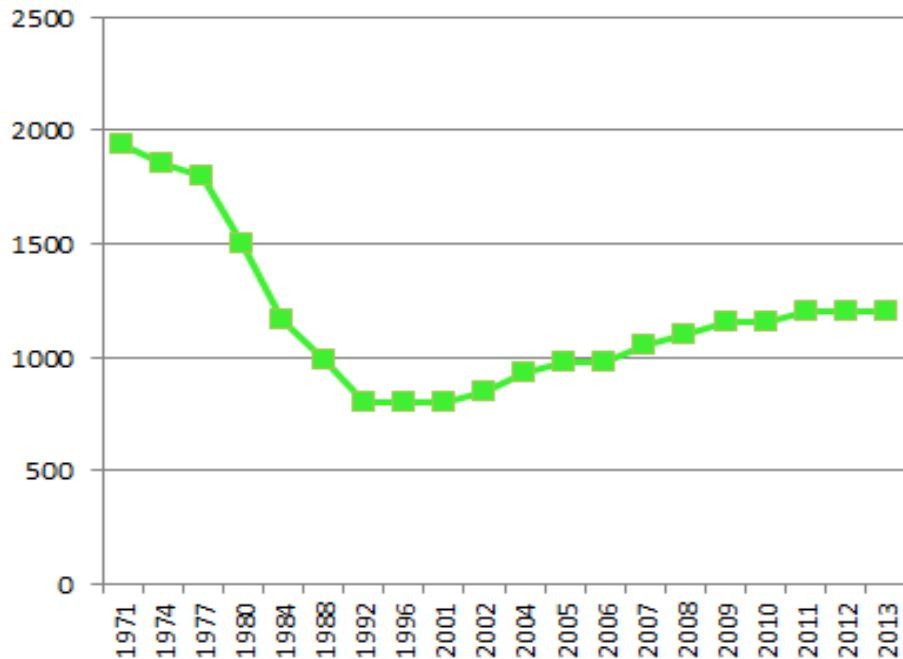


Figure 7 : Evolution du numéris clausus d'odontologie entre 1971 et 2013

- *Au niveau local : l'exemple de l'Université Montpellier I*

Ces évolutions nationales se retrouvent au niveau de chaque échelon local. L'évolution du numerus clausus pour la filière odontologie à l'Université Montpellier I est représentative de l'évolution nationale.

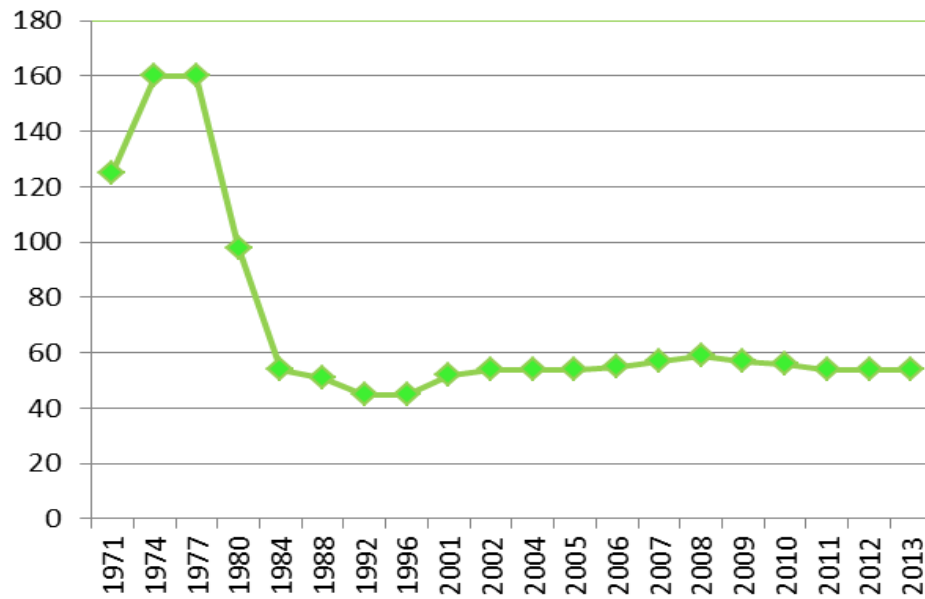


Figure 8 : Evolution du numéris clausus d'odontologie à Montpellier entre 1971 et 2013

Cependant, si la croissance des effectifs étudiants est de 50% au niveau national entre 2001 et 2011, elle n'est que de 31% au niveau de l'UFR de Montpellier.

- *Levier à l'installation géographique des chirurgiens-dentistes*

Il est à noter que si en 1977, l'UFR d'odontologie de Montpellier représentait 6,7% des effectifs étudiants, la place de l'UFR parmi les 16 UFR nationales s'est stabilisée autour d'une représentativité de 4,92% en 2012.

Les études récentes de la démographie des chirurgiens-dentistes montrent que, dans de larges proportions, les praticiens tendent à s'installer près de leur ville universitaire de formation.[31]

Ainsi, **le numerus clausus est utilisé comme levier à l'installation géographique des praticiens** et son augmentation s'est donc faite à la carte, les UFR situées dans des régions où le ratio de chirurgiens-dentistes est le plus faible étant plus fortement dotées que les autres.

L'UFR de Lille affiche ainsi la plus forte hausse d'effectifs, la région Nord-Pas-de-Calais ayant une très faible densité professionnelle, seulement 56 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

La région Languedoc-Roussillon étant très attractive pour les professionnels de santé, l'augmentation des effectifs étudiants pour l'UFR de Montpellier est limitée (2%). Ainsi le numerus clausus a diminué de 59 étudiants en 2010 à 52 étudiants pour 2014.

Au 1^{er} Janvier 2012, la densité de chirurgiens-dentistes en activité est de 63 dentistes pour 100 000 habitants au niveau de la France métropolitaine (statistiques analysées à partir des données France métropolitaine et DOM du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) depuis le 12 septembre 2011, auparavant les données étaient issues du répertoire Adeli).

Les densités régionales les plus élevées (densités comprises entre 68 et 88 dentistes /100 000 habitants) se situent dans les 5 régions les plus au sud, en Alsace et en Île de France.

Les densités les moins élevées (comprises entre 39 et 50 dentistes pour 100 000 habitants) figurent sur deux diagonales : au nord, de la Basse-Normandie au Nord-Pas-de-Calais, et au centre du Poitou-Charentes à la Franche-Comté.[32]

- La profession de chirurgien-dentiste amorce un déclin démographique

Au 1^{er} janvier 2012, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les chirurgiens-dentistes en exercice sont au nombre de 40 599.[32]

La progression des effectifs a ralenti depuis 1995 après la réduction du numerus clausus entre 1985 et 1993.

Malgré l'augmentation du numerus clausus au cours des dernières années, les effectifs des chirurgiens-dentistes en activité n'ont cessé de diminuer. L'observatoire national des professions de santé (ONDPS) indique que « les professions médicales et paramédicales ont connu sur les cinq dernières années des taux de croissance soutenus, à l'exception de la profession de dentistes dont l'évolution est plus lente ».

La densité moyenne en France métropolitaine est actuellement de 54 dentistes en activité pour 100 000 habitants.

Cette densité ne cesse de diminuer depuis 2000.

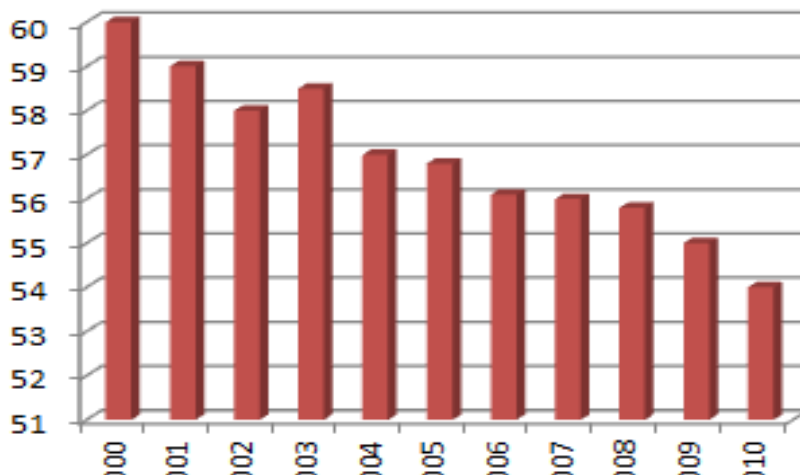


Figure 9 : Evolution de la densité de chirurgiens-dentistes omnipraticiens actifs en France métropolitaine entre 2000 et 2010

L'âge moyen d'un dentiste (48,4 ans) est parmi les plus élevés des professions médicales et ne cesse d'augmenter (40,6 ans en 1990).

Le départ en retraite d'un certain nombre de confrères augure d'une diminution du nombre de chirurgiens-dentistes par habitant, 1 520 praticiens âgés de plus de 65 ans étant encore en exercice.

Par ailleurs, 16 970 praticiens sont âgés de 50 à 65 ans (soit près de 42% des praticiens actuellement en activité). En termes prospectifs, on peut évaluer à près de 15 000 le nombre de praticiens qui prendront leur retraite dans les 15 années à venir.

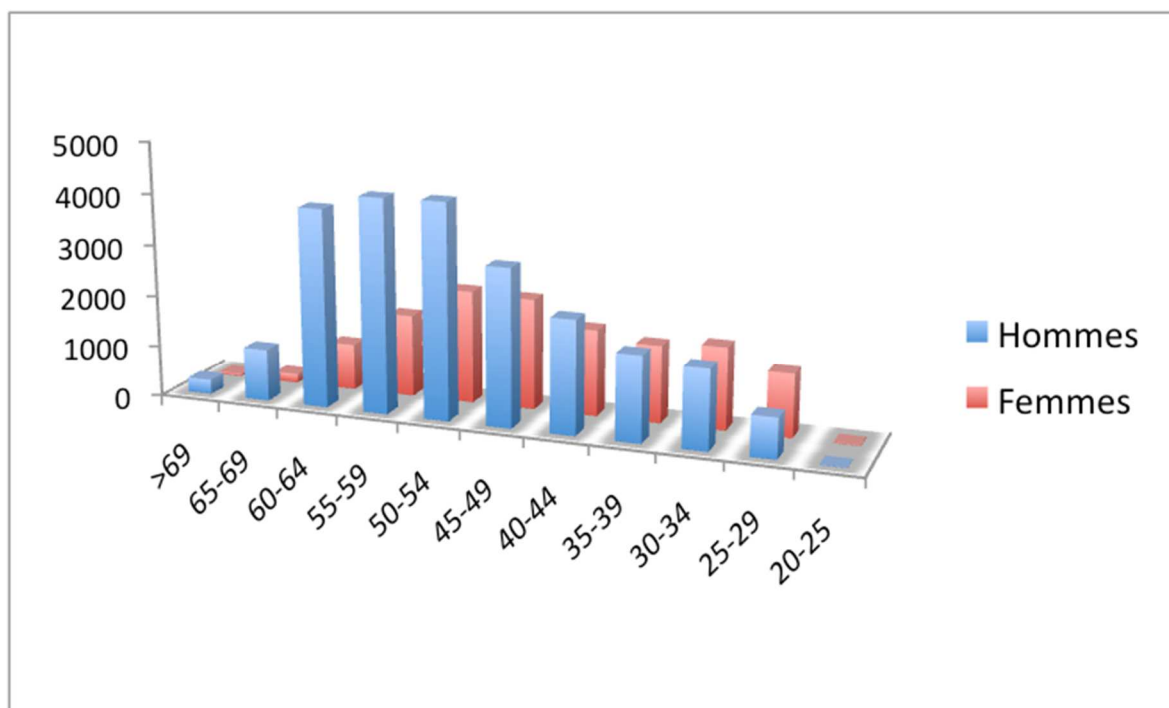


Figure 10 : Répartition des chirurgiens-dentistes actifs en 2010 en fonction de leur âge et de leur sexe (36102 praticiens répertoriés au 31/12/2010)

Le vieillissement marqué, associé aux évolutions sociologiques des comportements des jeunes diplômés (allongement du délai séparant la fin des études de leur installation, cabinets ouverts seulement quatre jours par semaine et parfois trois jours et demi) pose le problème de la détermination du bon niveau de recrutement.[33]

De plus, selon le rapport prospectif de la Drees de février 2009, la proportion de femmes parmi les jeunes médecins entrant dans la vie active, va rester constante pour les années à venir. En 2022, les femmes médecins seraient aussi nombreuses que les hommes. En 2030, elles seraient majoritaires.

1.2.4 La modalité d'application du numerus clausus en France: le concours classant

Conformément à une certaine conception républicaine du mérite, solidement établie dans notre pays, **la sélection des futurs médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens français repose sur les résultats obtenus à un concours écrit anonyme.**

Ce système de sélection doit garantir à la fois une scrupuleuse équité entre les candidats et une forte probabilité de compétences des futurs professionnels sélectionnés.

D'autre part, de par sa forme, le concours assure une capacité de travail de mémorisation par une sélection drastique, dans l'optique d'études longues et difficiles.

Beaucoup d'étudiants ont du mal à comprendre les spécificités de ce concours, c'est ce que nous allons présenter ici.