

3 Le cursus d'odontologie après le concours

3.1 Le programme : les principales évolutions du cursus odontologique... jusqu'au cursus actuel

3.1.1 Les lois successives avant 1994

La loi du 24 décembre 1971, stipule que « *Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire* ».

La chirurgie dentaire est une spécialité médicale reconnue.

Cette loi, associée à celle du 13 juillet 1972 (article L 373) confère au chirurgien-dentiste une capacité professionnelle en conformité avec celle des chirurgiens-dentistes européens :

« *La pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche, des dents, des maxillaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, dans les conditions prévues par le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes.* ».

Les années 80 voient la mise à parité progressive de l'odontologie avec les autres disciplines universitaires, en particulier médicales, même statut pour le corps hospitalo-universitaire, mêmes diplômes sanctionnant la formation à la recherche pour le recrutement des enseignants (DEA, doctorat, habilitation à diriger des recherches).

L'arrêté du 27 Septembre 1994 relatif aux études en vue du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire a modifié entièrement le cursus odontologique.

3.1.2 La création du troisième cycle et de l'internat (1994)

Jusqu'alors de 5 ans, la durée des études en odontologie est rallongée, à partir de cette date, avec la création d'un troisième cycle.

Ce troisième cycle comporte :

- soit une sixième année, TCEO1, (cycle court) dont l'objectif est l'acquisition de l'autonomie dans l'exercice de l'omni-pratique. Pour cela, l'année comprend un stage actif d'initiation à la vie professionnelle chez un chirurgien-dentiste.
- soit trois ans pour les étudiants reçus au concours de l'internat, internat qui est non qualifiant (cycle long) mais dont l'objectif

s'oriente vers l'exercice de spécialités et la préparation des futurs cadres hospitalo-universitaires.

Chaque année, un concours national d'internat en odontologie est organisé pour l'accès au troisième cycle long. Ce concours est ouvert pour un nombre de postes (environ une trentaine sur le plan national) fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

La formation des internes comprend :

- une formation clinique de six stages hospitaliers d'un semestre chacun ;
- un enseignement théorique sous forme de séminaires.

À l'issue de cette formation, une attestation d'études approfondies (AEA) est délivrée à l'étudiant qui peut faire valoir le titre d'Ancien Interne en Odontologie.

3.1.3 La réforme des enseignements

- *Introduction de nouvelles matières*

Les enseignements existants sont réorganisés et de nouvelles matières obligatoires sont introduites pour répondre à un triple objectif :

- l'harmonisation nationale des enseignements ;
- la médicalisation des études ;
- l'amélioration de la formation orientée vers une approche globale du patient.

C'est ainsi que de nombreux enseignements complémentaires deviennent obligatoires.

Ces derniers portent sur :

- les langues vivantes
- l'implantologie
- ainsi que sur des domaines en rapport avec l'insertion professionnelle : informatique appliquée, gestion, comptabilité, déontologie, ergonomie, droit médical, économie...

- *La mise en place du CSCT*

Un autre élément positif de cette réforme de 1994 fut **la mise en place d'un enseignement clinique et pluridisciplinaire**.

Cet enseignement conduit au certificat de synthèse clinique et thérapeutique : le CSCT qui doit être validé en fin de DCEO3.

Dès l'obtention de ce certificat, l'étudiant peut exercer en libéral en tant que remplaçant ou étudiant salarié, et cela, jusqu'à la fin de son cursus odontologique.

L'objectif du CSCT est double :

- coordonner les différents enseignements cliniques,
- amener l'étudiant à faire preuve de capacités de synthèse pour proposer un plan de traitement dans le cadre d'une approche globale du patient.

En effet, cette pluridisciplinarité se heurte trop souvent à un fort cloisonnement disciplinaire dans une logique obscure de sauvegarde de territoires. Elle est pourtant extrêmement bénéfique et constitue une opportunité très profitable de dialogue avec l'étudiant.

- *Importance des stages hospitaliers*

D'autre part, la réforme de 1994 conduit à **l'augmentation du volume horaire des stages cliniques** :

- stages hors services d'odontologie (initiation aux soins infirmiers et initiations à la vie professionnelle)
- stages hospitaliers dans les services d'odontologie pendant toutes les années du cursus.

1- le stage infirmier (Article 8 de l'arrêté ministériel du 27 septembre 1994 modifié par les arrêtés du 20 septembre 1995 et du 24 mai 2005)

Avant le début de la seconde année du premier cycle, les étudiants effectuent, tout comme leurs homologues de médecine, sous la conduite de cadres infirmiers, un stage d'initiation aux soins, non rémunéré, d'une durée de quatre semaines, à temps complet et de manière continue, dans un même établissement hospitalier.

Pendant ce stage, les étudiants sont également initiés aux principes de l'hygiène hospitalière et aux gestes de premiers secours.

Les étudiants doivent donc justifier qu'ils remplissent les conditions exigées par l'article L. 3111- 4 du code de la santé publique.

La validation du stage est prononcée, avec les établissements qui ont conclu une convention, par le directeur de l'unité de formation et de recherche sur avis du chef du service dans lequel l'étudiant était affecté.

2 - les stages hospitaliers hors services d'odontologie (Article 17 de l'arrêté ministériel du 27 Septembre 1994 modifié par les arrêtés des 30 Septembre 1997 et 24 mai 2005)

Les étudiants doivent accomplir obligatoirement des stages hospitaliers hors des services d'odontologie, d'une durée minimum de 100 heures.

Ces stages doivent être effectués de préférence à temps complet et en continu ; ils doivent permettre aux étudiants de mieux appréhender la sémiologie et les grandes pathologies. Ils doivent obligatoirement être effectués avant la fin du deuxième cycle.

Ces stages hospitaliers sont effectués dans des services agréés comme formateurs (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers régionaux, centres de lutte contre le cancer...).

Les étudiants sont soumis au règlement intérieur de l'établissement de santé d'affectation qui précise notamment leurs obligations à l'égard des malades, du personnel médical, et de l'administration hospitalière.

3- Les stages d'initiation à la vie professionnelle (Article 18 de l'arrêté ministériel du 27 Septembre 1994 et article 20 de l'arrêté ministériel du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état en chirurgie dentaire)

- Du stage « passif » ...

L'article 18 de l'arrêté ministériel du 27 Septembre 1994 institue un stage d'initiation à la vie professionnelle, dit « stage passif », obligatoire pour les étudiants de DCEO3.

Le stage, d'une durée de 25 demi-journées est effectué chez un chirurgien-dentiste ou chez un médecin qualifié en stomatologie, appelé maître de stage agréé soit à temps plein, soit à temps partiel.

Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être agréé par le directeur de l'unité de formation et de recherche d'odontologie après avis du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et, le cas échéant, du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Il ne perçoit pas de rémunération.

Au cours de ce stage, l'étudiant ne peut ni effectuer d'actes thérapeutiques, ni percevoir de rémunération.

La validation de ce stage est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du maître de stage.

- ... Au stage actif (2005)

Poursuivant la volonté de familiariser les étudiants à l'exercice libéral de la profession et au quotidien du cabinet dentaire, un arrêté, signé conjointement par le ministre de la Santé et le ministre de l'Enseignement supérieur le 24 mai 2005, abroge le stage passif.

Ce dernier est remplacé par un stage « actif » d'initiation à la vie professionnelle d'une durée minimale de 200 heures au cabinet libéral qui s'effectue durant la dernière année de cursus, qui constitue le troisième cycle d'études odontologiques (TCEO1), et dans le cadre d'une convention signée auprès d'un chirurgien-dentiste agréé.

Le texte de la convention de stage, publié au Journal Officiel, prévoit que « le stagiaire est amené à participer à l'activité du cabinet dentaire et à

accomplir notamment les actes courants de chirurgie dentaire, sous le contrôle du maître de stage, qui doit pouvoir intervenir à tout moment. A l'issue du stage, le stagiaire doit avoir acquis les compétences définies par le carnet de stage».

Ce stage actif doit également contribuer à la formation continue des chirurgiens-dentistes, le Conseil national de la formation continue odontologique (CNFCO) ayant décidé d'accorder des crédits de formation continue aux praticiens libéraux qui acceptent d'accueillir et d'encadrer un étudiant stagiaire dans leur cabinet.[51]

3.1.4 Le cursus odontologique actuel

- *Schéma du cursus odontologique*

Les études en odontologie, d'une durée de 6 ou 9 ans sont organisées en trois cycles :

- Un premier cycle de deux ans (dont la première année est enseignée en médecine) : PACES (ancien PCEM1), PCEO2.
- Un deuxième cycle de trois ans, DCEO1, DCEO2, DCEO3.
- Un troisième cycle comportant :
 - soit une sixième année (troisième cycle court), TCEO1
 - soit trois années de formation pour les étudiants reçus au concours de l'internat en odontologie (troisième cycle long).

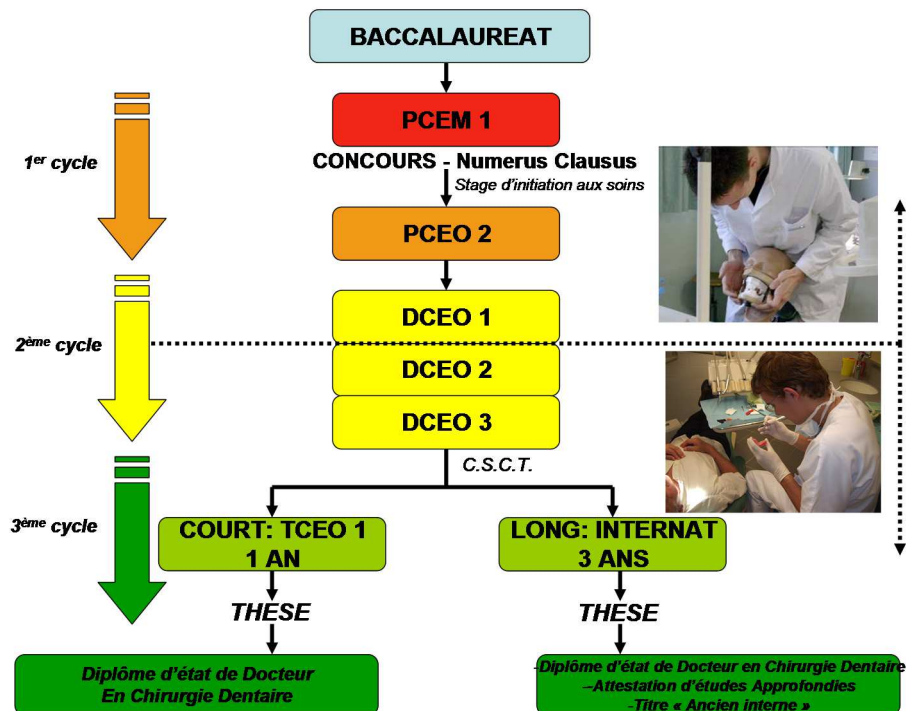


Figure 1 : Schéma du cursus d'odontologie après le baccalauréat

- *Les programmes d'enseignement (ministériels)*

Les études en vue du diplôme de docteur en chirurgie dentaire, cycle court, portent sur environ 5000 heures.

Les enseignements sont théoriques, dirigés et pratiques et comprennent des enseignements cliniques. L'assiduité est obligatoire aux travaux pratiques, aux enseignements dirigés et aux enseignements cliniques.

- *La première année du cursus : la PACES*

Cette première année concerne les connaissances fondamentales médicales de base (cf. chapitre 2).

- *Deux années d'enseignements « pré cliniques » (PCEO2 et DCEO1)*

Ces années de pré clinique se déroulent en milieu universitaire. **L'étudiant continue d'approfondir ses connaissances théoriques médicales, mais aussi odontologiques.**

De plus, ces deux années sont une véritable « approche médico-technique » de la discipline.

En effet, en dehors du savoir théorique, le futur chirurgien-dentiste doit apprendre la gestuelle spécifique de l'ensemble des techniques opératoires.

Cette stéréognosie particulière, associe la finesse d'un geste moteur d'une extrême précision à la maîtrise dans les trois plans d'un espace très limité d'instruments manuels et rotatifs.

L'acquisition d'une telle compétence passe pour chaque étudiant par la possibilité de « répétition du geste ».[41]

Ainsi, l'enseignement de ces deux années se veut être une initiation à la pratique en bouche et à la gestuelle.

Dans un premier temps, la formation préclinique vise à développer la dextérité, la vision, l'apprentissage du maniement des équipements (turbine, pièce à main ...) ainsi que la mise en œuvre de très nombreux matériaux (matériaux à empreinte, plâtre, cire ...).

Les travaux pratiques s'effectuent sur simulateurs ou « fantômes » permettant l'acquisition et la maîtrise des gestes et procédures que les étudiants seront amenés à réaliser ultérieurement sur un patient.

De ce fait, la charge horaire de présence est lourde et le volume accordé aux travaux de préclinique important.

Le volume horaire global des enseignements théoriques et dirigés de ces deux années ne doit pas être inférieur à 1000 heures ni supérieur à 1100 heures.

Celui des enseignements pratiques ne doit pas être inférieur à 800 heures ni supérieur à 900 heures (Arrêté ministériel du 27 septembre 1994, article 6 modifié par l'arrêté du 24 mai 2005).

Ces fortes exigences, ajoutées à l'intérêt de la découverte de la pratique ou aux difficultés de celle-ci, conduisent parfois à la désertion des cours surtout s'ils ne présentent aucun lien avec la réalité clinique.

Les orientations thématiques sont regroupées en cinq sections disciplinaires.

SECTION 1	SECTION 2	SECTION 3	SECTION 4	SECTION 5
-Embryologie, biologie du développement -Histologie, Microbiologie -Immunologie générale -Anatomie pathologique -Génétique -Hématologie, Oncologie -Biochimie -Pharmacologie et grande classe de médicaments -Enseignements pratiques des différentes disciplines	-Anatomie générale -Anatomie cervico-céphalique -Anatomie dentaire -Physiologie générale -Physiologie oro-faciale -Physique, Biophysique -Imagerie médicale -Biomatériaux -Enseignements pratiques des différentes disciplines	-Sémiologie -Pathologie bucco-maxillo-dentaire -Approche multidisciplinaire -Odontologie chirurgicale -Parodontologie -Oxyologie et techniques de premier secours	-Odontologie prothétique, y compris de laboratoire -Odontologie conservatrice et restauratrice -Endodontie -Enseignements pratiques des différentes disciplines	-Odontologie pédiatrique -Orthopédie dento faciale -Santé publique

Figure 2 : Ensembles disciplinaires des enseignements pré clinique de PCE02 et de DCE01

- *Trois années de clinique (DCE02, DCE03 et TCE01)*

Cette partie du cursus est universitaire pour l'enseignement théorique, et hospitalière pour la pratique clinique.

Sur le plan universitaire, les disciplines faisant appel à des connaissances plus complexes (implantologie, prothèse-maxillo-faciale...) ou celles concernant l'insertion professionnelle (gestion, organisation du cabinet, comptabilité, ...) sont l'objet de cours enseignés sous forme de séminaires. Le volume horaire des enseignements magistraux est considérablement amoindri par rapport aux deux années précédentes.

Le volume horaire global de la deuxième année et de la troisième année du deuxième cycle ne peut être inférieur à 2000 heures ni supérieur à 2200 heures, dont une moitié comprend les enseignements cliniques et le stage d'initiation à la vie professionnelle (arrêté ministériel du 27 septembre 1994, article 15 modifié par l'arrêté du 24 mai 2005).

L'enseignement se veut avant tout clinique et se déroule sous forme de vacations dans les services hospitaliers.

Les étudiants mettent progressivement leurs acquis théoriques et conceptuels en application pratique sur des patients.

Ils effectuent des actes de complexité croissante sous le contrôle des enseignants hospitalo-universitaires.

Il faut souligner la spécificité de la formation dentaire : l'étudiant est en position active et non d'observation. Il intervient sur un patient en état de veille et sur un tissu, la dent, qui ne se reconstitue pas. La bonne maîtrise du geste est une nécessité.

L'objectif est l'approche globale du patient et l'acquisition de l'autonomie dans l'exercice de l'omni pratique.

A partir de l'année de DCEO3, les étudiants ont un statut hospitalier et jouent leur rôle dans la Santé Publique avec des obligations de service importantes. Le volume annuel est de 884 heures, moins 100 heures de stages hors CSERD, soit 784 heures par an.

A l'issue de cette formation, les étudiants soutiennent une thèse d'exercice. La soutenance de la thèse permet la délivrance du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, obligatoire pour l'exercice de l'art dentaire.

- *Conclusion*

La formation est organisée classiquement autour d'une double progressivité :

- Une première progressivité entre un début de formation (PCEO2-DCEO1) qui accorde une grande importance à la formation théorique et pré clinique, et qui prépare un accroissement progressif du temps de formation consacré à l'aspect clinique en DCEO2, DCEO3 et TCEO1 ;
- Une seconde progressivité caractérisant une formation qui s'intéresse dans un premier temps à des actes dentaires considérés isolément pour développer progressivement une vision plus intégrée du patient et du plan de traitement.[33]

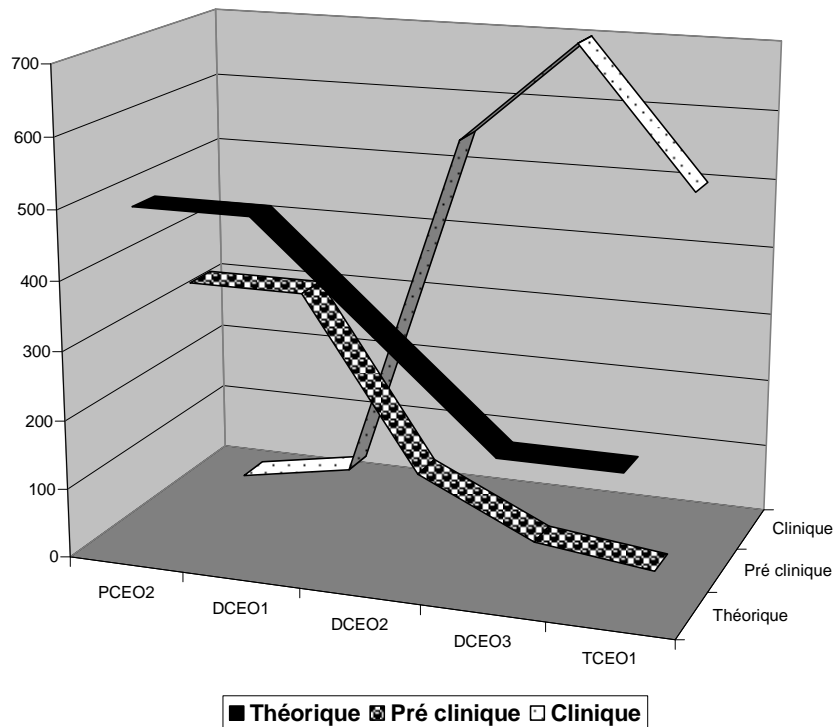


Figure 3 : Ventilation de la formation en volume horaire entre théorie, préclinique et clinique

Ainsi, formation théorique et formation clinique représentent chacune de l'ordre de 40% du temps de formation, 20% pour la formation préclinique. Ces estimations restent des fourchettes moyennes chaque UFR disposant d'une certaine liberté dans l'organisation des enseignements, liberté indispensable notamment pour s'adapter aux contraintes de fonctionnement locales sous la dépendance des CSERD (limitation du nombre de fauteuils, limitation du personnel hospitalier...).

3.2 Enseignements en odontologie : état des lieux et identification des points clés

3.2.1 Les conséquences du concours classant

Cette année ou ces années de concours façonnent durablement les stratégies d'apprentissage, les comportements, les jugements, voire, la personnalité même des étudiants.

A ce titre, et qu'on le veuille ou non, **le concours participe pleinement à la formation du futur chirurgien-dentiste et explique, en partie, l'état d'esprit des étudiants à leur entrée dans le cursus d'odontologie.**

- *Le concours perçu comme une année initiatique*

Les étudiants qui s'inscrivent en deuxième année de cursus, vivent une sorte d'euphorie d'avoir survécu à cette (ou à ces années) difficile(s).

D'une part, ils sont conscients d'être rescapés d'une mécanique qui a éliminé la plupart de leurs camarades.

Mais d'autre part, ils sont excessivement fiers de leur réussite et justifient le système de sélection qui, somme tout, leur a réussi:

- réussir le concours, c'est apporter la preuve de sa motivation personnelle à s'engager dans cette voie ;
- réussir le concours, c'est apporter la preuve de sa capacité de travail, de sa capacité à apprendre, à se mobiliser, à se donner du mal ;
- réussir le concours, c'est apporter la preuve que l'on possède les qualités que le métier demande ; un médecin doit être capable d'apprendre beaucoup de choses, de se lever tôt, d'avoir une bonne résistance physique et mentale pour faire face à la pression subie tout au long de sa carrière.

En ce sens, cette première année de concours est une année initiatique avec toute la symbolique que cela implique.

La réussite au concours devient la « référence fondatrice » de ce corps professionnel en formation. Cette référence est d'autant plus importante pour les odontologistes qu'ils se targuent d'avoir passé le même concours que les médecins avec les mêmes épreuves.

D'autre part, avec l'ouverture récente des passerelles, des étudiants qui intègrent le cursus odontologie sans avoir passé cette « épreuve » se le voient plus ou moins implicitement reprocher.

De la même façon, les étudiants entrant dans le cursus odontologie à Montpellier après avoir passé leur concours à Tours sont dévalorisés, le concours classant à Tours étant réputé moins sélectif qu'à Montpellier.

- *L'après concours : le relâchement et la restructuration*

Cependant à la sortie de l'épreuve du concours, les questions se bousculent et un gros travail de restructuration doit se mettre en place : « réapprendre » à vivre après le concours, organiser son temps de travail, faire la part entre temps libre et temps de travail...Paradoxalement, beaucoup d'étudiants avouent s'ennuyer et ne pas savoir comment occuper leur temps pendant l'été qui suit le concours.

Pendant un, deux ou trois ans, le marché proposé est simple et s'apparente très fortement à celui tenu dans les classes préparatoires aux grandes écoles: « *Vous allez souffrir, faire beaucoup d'efforts, mais après, si tout se passe bien vous aurez accès au paradis (études faciles, courtes contrairement à médecine), situation enviable socialement et financièrement...* ». **C'est cet espoir d'un « après » qui fait tout endurer...**

Plus que la charge de travail effectivement très importante, c'est le fait qu'elle soit imposée à l'âge de tous les désirs qui est très déstabilisante. Réussir l'année du concours, c'est être capable de supporter une vie quasi monacale à cette période de fin d'adolescence où l'on aspire au contraire à découvrir le monde. C'est d'ailleurs pour cela que la maturité est importante pour réussir un tel concours. L'accumulation de tous ces efforts, de tous ces renoncements conduit après leur réussite à un fort sentiment d'avoir du temps à rattraper, d'avoir gagné le droit de se détendre, le droit de profiter encore plus de la vie étudiante qui pour beaucoup n'a pas encore commencé.

- *De la logique du classement à la logique de l'apprentissage*

En passant de l'année du concours à la deuxième année d'odontologie, l'étudiant se trouve face à deux logiques pédagogiques opposées: la logique du classement d'abord, puis, la logique de l'apprentissage.

A ces logiques pédagogiques correspondent deux systèmes de valeurs :

- le système de concours où on leur demande le maximum et où ils doivent être les plus performants possible, et
- le système des examens, où on leur demande le minimum et où il leur suffit d'avoir une note juste moyenne (la logique de l'apprentissage consiste à assurer à tous les étudiants un minimum de connaissances communes de base).

Le passage d'une stratégie d'apprentissage ciblée « réussite au concours » à une stratégie d'apprentissage basée sur du plus long terme est l'enjeu majeur de la formation en odontologie.

Cette problématique se pose de la même façon pour les écoles d'ingénieurs. Ce parallèle est d'autant plus logique que les écoles dentaires ont un système de fonctionnement proche de celui des écoles d'ingénieurs.

Ainsi, en prépa, le temps est compté. Depuis le jour de la rentrée en première année jusqu'au concours, l'emploi du temps est optimisé. Objectif : décrocher la meilleure note possible aux écrits et briller aux oraux pour intégrer l'école de ses rêves. Une fois ces épreuves passées, la période de décompression peu s'étirer sur plusieurs mois, favorisée par le changement de rythme au sein de l'école. Les activités et soirées organisées par les associations étudiantes fonctionnent parfois comme un exutoire et nombreux sont les étudiants qui ont le sentiment de « revivre » après la prépa. Seule urgence : réussir son intégration et commencer à penser à son avenir professionnel avec l'aide des dispositifs d'accompagnement mis en place par l'école.

Bouleversement essentiel en première année du programme Grande École : le travail. Le fond et la forme changent parfois radicalement. Mais il ne s'agit pas de dire que le travail est « moins important » ou « moins difficile » qu'en classes préparatoires. Il est tout simplement différent puisque l'objectif n'est plus celui du concours.

« Réussir » n'est plus « décrocher la meilleure note », mais parvenir à identifier un projet. Qu'il s'agisse d'un projet à l'échelle d'un cours, d'une association ou d'une vie... Ajoutons que les professeurs ne sont pas obligatoirement des enseignants de la fonction publique mais très souvent des enseignants-chercheurs et des intervenants du monde de l'entreprise.[52]

Ce passage est également très délicat à mettre en place lors de l'entrée à l'école dentaire mais il n'en demeure pas moins capital puisque l'objectif majeur des études d'odontologie est de former des chirurgiens-dentistes performants, autonomes, qui doivent parfaitement assimiler les connaissances enseignées pour remplir au mieux leur mission de soins auprès des patients.

Compte tenu de l'extrême pression de travail qu'ils ont vécue pendant l'année ou les années de concours, certains étudiants sont parfois surpris des espaces de choix et de liberté qui leur sont proposés en Odontologie. Après avoir considérablement développé leur capacité de travail, de mémorisation et de résistance à la pression, il appartient à l'UFR d'Odontologie de développer le potentiel de leadership, la maturité, la capacité d'initiative et d'autonomie. Souvent, certains étudiants sont déroutés par cette rupture entre les modes pédagogiques de la première année et celle de l'UFR.

La barrière du concours étant franchie, un très net relâchement se fait sentir. Ce relâchement est d'autant plus sensible que le cap du concours a été difficile à franchir. Dans le domaine médical, ce sont les étudiants qui ont triplé l'année du concours qui présentent le plus fort taux d'échec en deuxième année de cursus.

Primants	Doublants	Triplants	Total
2(soit 4,5%)	36(soit 78%)	8(soit 17,5%)	46

Figure 4 : Les étudiants en situation d'échec en PCEO2 : répartition de la population des doublants de PCEO2 entre primants, doublants et triplants au concours classant. Analyse des x doublants de PCEO2 à Montpellier entre 2001 et 2012.

Au contraire de l'année du concours classant, où l'assiduité des étudiants et leur comportement étaient des plus scolaires, la deuxième année est l'occasion de modifier son rapport aux études et de se positionner comme « étudiant » à part entière, à savoir en prenant une distance symbolique avec la dépendance scolaire et les consignes de l'institution.

Il semble que plus l'étudiant a eu du mal à franchir l'étape du concours classant, plus sa motivation est émoussée à l'entrée du cursus en odontologie. La démobilisation de certains étudiants est flagrante, un peu comme s'ils avaient tout donné pour le concours. Ils arrivent « les batteries totalement vides » et le temps de rechargement est parfois très long, voire trop long pour certains.

- *La phobie du redoublement*

Bons élèves, voire très bons élèves pendant toute leur scolarité, les étudiants entrant dans le cursus odontologie ont connu, pour la grande majorité d'entre eux, l'échec au concours et donc, leur première expérience du redoublement.

Ainsi, près de 80% des étudiants admis en deuxième année de cursus ont dû redoubler leur première année. Ces étudiants redoublants et finalement admis n'étaient pourtant pas en situation d'échec académique. Presque tous avaient déjà obtenu une note supérieure à 10/20 à l'issue de leur premier concours.

Cette expérience du redoublement, voire du triplement, les a profondément marqués.

De nombreuses recherches montrent que quel que soit leur âge, les redoublants ont une image d'eux-mêmes systématiquement dévalorisée comparativement à leurs pairs qui n'ont pas eu à vivre cette expérience.[53]

Les étudiants entrant en odontologie, qui ont vécu un redoublement au concours de première année, ont une peur terrible d'être à nouveau confrontés à un redoublement qu'ils assimilent à une perte de temps.

	Nb de redoublants	Taux redoublement	Nb d'abandons
2001-2002	18	37,5%	0
2002-2003	5	11,1%	1
2003-2004	5	10,6%	1
2004-2005	7	13,7%	0
2005-2006	11	20,4%	0
2006-2007	4	6%	0
2007-2008	7	12%	0
2008-2009	5	7,8%	1
2009-2010	5	7,7%	0
2010-2011	7	10,9%	1
2011-2012	4		0
Total			

Figure 5 : Tableau récapitulatif des échecs (redoublements, abandons) pendant l'année de PCEO2 à l'UFR d'Odontologie de Montpellier de 2001 à 2012

L'éventualité de devoir suivre une année supplémentaire dans leur cursus d'études est un événement très stressant pour les étudiants.

Elle génère des angoisses et des peurs chez tous : chez ceux qui ne sont pas sur de leur choix d'orientation mais aussi chez ceux qui doutent de leurs compétences manuelles.

Les redoublements pour difficultés manuelles sont les plus délétères pour les étudiants. Le sentiment de dévalorisation est d'autant plus inhibant que l'étudiant perd confiance en surestimant les problèmes rencontrés et en sous-estimant ses compétences réelles.

C'est dans l'intimité de chaque étudiant mis en échec que naît une perte de confiance et une impression de dévalorisation par rapport au reste du groupe.

Les redoublements pendant les années de préclinique (PCEO2, DCEO1) sont particulièrement douloureux pour les étudiants. Comme pour tout niveau d'études, « *la situation du redoublant est une situation d'exclu, de paria, qui alourdit encore la sanction d'avoir à parcourir à nouveau un programme déjà étudié* ». [54]

En odontologie, ce sentiment d'exclusion est renforcé par « l'effet promotion ». Le redoublement implique de quitter le groupe d'amis qui avaient partagé un concours commun, une histoire commune.

Ces redoublements fréquents amènent les étudiants à reproduire des comportements individualistes et à se persuader, en invoquant parfois les motifs les plus fantaisistes (pas assez de fauteuils disponibles en clinique), qu'ils sont soumis à un *numerus clausus* officieux.

- *Ce qu'il faut retenir :*

Les étudiants entrant dans le cursus d'odontologie ont un profil psychologique particulier, qui s'explique en grande partie par l'expérience très marquante du concours classant qu'ils viennent de vivre.

La barrière de la sélection étant franchie, un important relâchement se fait sentir dans leur assiduité et certains ont du mal à retrouver un rythme de travail équilibré, ménageant une part raisonnable entre études et vie personnelle.

Les plaies causées par l'expérience douloureuse du redoublement, voire du triplement, sont encore à vif et les comportements sélectifs sont toujours très ancrés.

Dans ce contexte très particulier, le passage d'une logique de sélection à une logique d'apprentissage est très difficile à mettre en place.

3.2.2 Odontologie, un choix d'orientation imposé ou volontaire

Outre l'impact psychologique du concours classant évoqué précédemment, bon nombre d'étudiants ont un sentiment d'échec à leur entrée dans le cursus odontologie car cette orientation professionnelle, très spécialisée, est plus ou moins forcée, plus ou moins subie.

- *Les modalités du choix de cursus : de la création du concours de PCEM1 jusqu'en 2010-2011 avec l'établissement de la PACES*

À l'Université Montpellier I (comme dans de nombreux UFR), les étudiants inscrits en PCEM1 formulaient un préchoix en milieu d'année universitaire, pré choix qui était un formulaire administratif leur demandant de classer par ordre de préférence (en premier, deuxième et troisième choix) les différents cursus médicaux qui étaient susceptibles de s'offrir à eux à l'issue de cette première année commune de concours : à savoir le cursus médical, le cursus odontologie et celui de maïeutique.

Dans un deuxième temps, et après la publication officielle des résultats au concours (fin d'année universitaire), les étudiants classés en rang utile formulaient leur choix définitif au cours d'une réunion publique (appel nominatif et convocation sur une estrade d'amphithéâtre selon l'ordre de classement, appelé également *amphi de garnison*) entre les trois

différents cursus médicaux selon leur rang de classement et dans la limite du numerus clausus.

Un certain nombre d'étudiants, non classés en rang utile mais cependant très proches, étaient autorisés à assister au choix, pour tenir compte d'éventuels désistements, démissions ou souhaits de redoublement qui libéreraient des places. C'est ainsi que nous avons pu assister à plusieurs reprises à des dénouements incroyables, lorsque des désistements de dernière minutes avaient lieu !

Ce dispositif permettait des choix croisés et ainsi de nombreux étudiants, motivés exclusivement par un cursus médical, se retrouvaient dans le cursus odontologie par défaut, plus aucune place n'étant vacante en médecine.

Cette population étudiante inscrite en odontologie par défaut constituait une part importante des promotions (plus de la moitié).

Avec l'instauration de la PACES, l'étudiant perd, à priori, cette possibilité de choix croisés. Pour pouvoir s'inscrire en odontologie à défaut d'avoir obtenu médecine, il devra avoir anticipé cette possibilité et avoir préparé, parallèlement au concours classant de médecine, celui d'odontologie. L'impact de cette nouvelle modalité du choix de cursus sur les populations étudiantes inscrites en odontologie est encore inconnu.

Cette problématique se pose actuellement pour le cursus de pharmacie, dans la mesure où beaucoup d'étudiants non reçus en médecine ou en odontologie, se rabattent sur pharmacie, en espérant obtenir en 3^e année une passerelle pour récupérer le cursus de médecine ou d'odontologie.

- *Le choix vocationnel : « la vocation médicale » ou « vouloir devenir médecin »*

Traditionnellement, à Montpellier comme dans de nombreux UFR, les premiers classés choisissaient majoritairement la filière médicale, puis la filière odontologie et finalement la maïeutique.

La profession « de médecin » est une de celles qui correspond le mieux à l'image du choix précoce, vécu sur le mode de la certitude, qu'on appelle la vocation.

Au sens étymologique, la vocation est un appel (du latin *vocare*, appeler). Si le concept s'enracine dans la Bible et a longtemps désigné l'appel à s'engager dans une vie religieuse, aujourd'hui la vocation désigne l'appel que peuvent ressentir certaines personnes à une mission particulière (l'humanitaire, l'enseignement ...).

Ainsi la vocation à devenir médecin est souvent vécue et présentée sur le mode de l'évidence intime, de la certitude à être depuis toujours destiné à effectuer un jour ce choix comme une prophétie. Dans l'étude de la vocation médicale, **c'est avant tout le thème de la « pourvoyance », ou le besoin de s'occuper d'autrui, qui est mis en avant.**

Cette thématique a toute les chances de se trouver mise en avant avec une fréquence particulière chez les jeunes femmes, habituées dès l'enfance à manifester des dispositions au dévouement et au soin d'autrui. Altruisme, dévouement, don de soi, font partie des fondements éthiques et affectifs de l'orientation des femmes dans la maternité, le foyer, le monde domestique.

- *Un choix vocationnel sous la dépendance des origines sociales*

La catégorie socio-professionnelle des parents influence fortement la perception que l'étudiant s'est forgé de la profession médicale. Son appartenance sociale contribue bien souvent à définir ses motivations d'orientation. Ainsi, on retrouve trois groupes distincts d'étudiants auxquels correspondent trois déclinaisons différentes de la vocation médicale.

- Les enfants de médecin ou l'hérédité professionnelle

Il y a en médecine un noyau caractéristique d'étudiants, enfants de médecins, pour lesquels le choix de la médecine a semblé « aller de soi », comme si la question n'avait jamais eu à se poser. Le fait qu'au moins un des parents soit médecin ne fait qu'ajouter au sentiment d'évidence et de naturel de la décision de vouloir rester dans le monde dans lequel on a toujours baigné.

Le choix de la médecine est moins l'expression d'une vocation personnelle que l'acceptation de reprendre le flambeau et de recueillir un héritage hautement chargé d'enjeux symboliques, économiques et identitaires.

Dans le prolongement de ces parcours qui reproduisent la position sociale et professionnelle des parents, il faut évoquer aussi le parcours qui consiste à réaliser leurs espoirs en devenant non seulement, médecin, mais aussi spécialiste, a fortiori quand les parents l'ont désiré sans pouvoir y parvenir.

La médecine reste un métier symboliquement marqué et marquant, qui s'entoure d'un halo de prestige, une parure morale à laquelle les enfants de médecins sont très sensibles.

Au-delà du phénomène de reproduction de la position sociale, souvent renforcé par l'endogamie professionnelle des parents, on voit à l'œuvre un

mélange d'idéalisation et de connaissance concrète des réalités qui est certainement générateur de puissantes ressources à la fois symboliques et pratiques.[55]

Cependant, la pression est particulièrement forte pour ceux qui n'ont jamais envisagé autre chose que de devenir médecin comme leurs parents et refusent toute alternative. L'enjeu est tellement important qu'ils peuvent se retrouver paralysés par la peur de l'échec.

- Pourvoyance et maintien de la position sociale chez les étudiants des classes supérieures non médicales

Pour les étudiants dont les parents ne sont pas médecins, mais disposent des ressources économiques, sociales et symboliques des classes supérieures, le rapport à la profession médicale est déjà moins direct.

Le choix a cependant pu être précoce. On rencontre une part notable (proportionnellement plus forte que chez les enfants de médecins) de vocations déclarées dès l'enfance, parfois sous l'influence de modèles issus des médias, les séries télévisées en particulier, ce qui fait que **l'attirance pour le métier repose sur une image idéalisée, largement teintée de logique de pourvoyance et d'altruisme.**

Mais à côté de cette idéalisation, on trouve également une conscience du fait que les études de médecine jouissent d'un prestige certain et qu'elles peuvent être envisagées sans risque de déclassement par les membres de familles où il est attendu que les enfants fassent des études supérieures, de préférence dans les filières d'excellence.

Il entre donc une dose de réalisme dans le raisonnement qui fait envisager la médecine parmi les options possibles, dans le cadre d'une famille disposant des ressources financières et culturelles nécessaires pour permettre aux jeunes de faire leur choix sans souci des conditions matérielles et de la durée, si ce n'est, justement, pour prendre soin d'éviter les études trop courtes ou trop techniques qui manqueraient de brillant.

Les parents peuvent contribuer, par leurs encouragements et leurs conseils, à transformer un goût pour les métiers de santé et le soin d'autrui en orientation professionnelle, qui doit parfois s'affiner et se confirmer dans la confrontation avec des hypothèses alternatives.[56]

- Les étudiants des classes moyennes et populaires : humanisme et ascension sociale

En général, lorsque les origines sociales se rapprochent des milieux populaires, la présence de médecins dans l'entourage devient moins probable. Les modèles et les mobiles sont donc puisés ailleurs, ce qui n'empêche pas que le désir de faire médecine soit apparu très tôt.

La médecine est très tôt apparue comme chargée de signification. Le métier du médecin est doté de consistance, par opposition à des formations comme celle d'ingénieur, que les résultats scolaires pouvaient rendre possibles mais qui ne possèdent pas la même aura.

La médecine renvoie l'image d'un métier dont on voit l'utilité et qui permet de concilier le goût des sciences avec un mobile altruiste.

Les événements familiaux peuvent avoir favorisé le déclenchement du désir de soigner et de lutter contre la mort. C'est donc presque un pouvoir magique qui est prêté au savoir médical.

On note que les parents sont très loin de pouvoir servir de modèle, non seulement parce qu'ils ne sont pas médecins, mais parce qu'ils sont totalement dépourvus de capital scolaire, et pourtant ils ont pu offrir un soutien moral dont l'efficacité est patente (et attestée d'ailleurs par les travaux de sociologie de l'éducation consacrés à la réussite scolaire des enfants d'immigrés).

Plus exactement, les parents se donnent en modèle négatif, destiné à persuader l'enfant de faire le nécessaire pour ne pas entrer précocement dans la vie active et ne pas se mettre en situation d'avoir à mener la même vie qu'eux. Sa réussite (et la leur, car à travers la mission qu'ils lui confient se joue le sens de leur propre sort) consiste à ne pas leur ressembler.

- Le choix réfléchi

Ces choix vocationnels existent et cette image de la vocation associée au choix d'une carrière médicale rassure : il est réconfortant de penser que la médecine n'est pas une profession comme une autre...

Cependant pour certains étudiants, le choix de s'orienter vers une profession médicale s'est fait au dernier moment, parfois davantage au regard de critères scolaires que d'une véritable attirance pour un métier, souvent perçu de manière très vague.

Hasard et compromis peuvent présider à l'entrée dans les études médicales.

Ainsi, un clivage se dessine entre :

d'un côté, le pôle des « oblats », pour qui devenir médecin est à la fois une certitude, une nécessité de toujours et un but à atteindre pour lui-même, le cas échéant envers et contre tout, et,

d'autre part, un pôle plus pragmatique, voire instrumental, dans lequel la médecine n'est pas seulement une discipline attrayante ou un métier passionnant mais également un moyen de reproduire ou d'atteindre une position sociale dotée de prestige et de percevoir des revenus supérieurs à la moyenne de ceux auxquels donnent accès les formations universitaires.

Quoique de direction contraire, ces deux logiques ne sont pas antagonistes mais peuvent au contraire coexister chez un même individu.

- Importance du moment du choix

Une étude intéressante a été réalisée en 2007 auprès de 549 étudiants en médecine de la faculté de Poitiers, étudiants inscrits de PCEM2 à DCEM4. On a demandé à ces étudiants : « A quel moment avez-vous décidé d'être médecin ? »

125 ont fait un choix précoce pendant leurs études au primaire, 358 au secondaire, 63 après le lycée (40 au moment de leur cursus médical, 22 au cours d'autres expériences). Ainsi, 65,8% des étudiants ont fait le choix d'un cursus médical durant leurs études secondaires.

Le choix de la spécialité est fortement influencé par le moment du choix des études médicales. Lorsque l'étudiant a choisi la médecine en primaire, 58,4% ont une idée de la spécialité qu'ils souhaiteraient, contre 40% pour ceux qui ont fait ce choix après le lycée ($p=0,02$).[57]

Ces résultats corroborent ceux émis par la thèse de C.Braun-Nevers qui montre que les étudiants qui ont fait le choix de cette carrière médicale dans l'enfance ou l'adolescence sont plus nombreux à ne pas avoir eu d'autres projets que médecine après le baccalauréat ($p<0,01$) vis à vis d'étudiants qui ont fait ce choix en post bac.[58]

- Une notion floue du « choix »

A leur entrée dans le cursus odontologie, il est très difficile de savoir avec précision si l'étudiant est inscrit en odontologie par choix véritable ou s'il s'est inscrit en odontologie par défaut, toutes les places disponibles en médecine ayant déjà été attribuées.

Les différentes déclinaisons de la « vocation médicale » ne ménagent pas forcément la même place à la profession de chirurgien-dentiste comparativement à celle de médecin. D'autre part, il nous semble

intéressant de mieux comprendre les motivations de ceux qui ont effectivement « choisi » la filière odontologie.

- *Ce qu'il faut retenir :*

A l'entrée dans le cursus odontologie, un certain nombre d'étudiants, pour ne pas dire un nombre certain, se retrouvent inscrits dans une filière professionnelle qu'ils n'ont pas choisi et qu'ils ne connaissent pas.

Ils ont beaucoup de mal à se projeter en tant que chirurgien-dentiste et certains d'entre eux se sentent très éloignés des valeurs d'altruisme et de pourvoyance qui les avaient jusqu'alors motivés.

Une de nos hypothèses de travail est que le choix initial d'orientation (étudiant qui a choisi la filière odontologie/ étudiant qui aurait préféré la filière médicale) est susceptible de conditionner l'état d'esprit de l'étudiant à son entrée dans le cursus odontologie.

A ce titre, il nous semble important de comprendre les parcours d'orientation et les motivations profondes qui ont jalonné les choix ou les non choix de nos étudiants.

3.2.3 Odontologie, un cursus et des débouchés mal connus

- *Perception de la profession de chirurgien-dentiste et des débouchés professionnels*

Les étudiants à leur entrée dans le cursus connaissent très mal le métier de chirurgien-dentiste. Ils en ont le plus souvent une vision très parcellaire. Or, c'est un exercice professionnel qui se caractérise par une extrême variété.

Il vise à la fois à :

- Dispenser aux patients des actes de prévention : le conseil en matière d'hygiène bucco-dentaire ou alimentaire fait partie du métier de chirurgien-dentiste. On peut s'adresser à lui en prévention, pour des visites de contrôle ou pour effectuer un détartrage destiné à diminuer les risques de problèmes dentaires.
- Se montrer à l'écoute des patients : les reconforter, les rassurer, la peur du dentiste étant une réalité auquel le praticien est confronté quotidiennement. Des talents de psychologue sont les bienvenus avec les patients qui ont développé cette « phobie » des soins dentaires, comme avec les enfants.

- Dispenser aux patients des soins bucco-dentaires : carie, abcès, inflammation gingivale, le chirurgien-dentiste est le spécialiste des maladies des dents, des gencives, de la bouche en général. Les soins dispensés sont très variés et il peut aussi bien soigner une carie, extraire une dent ou encore faire toutes sortes de soins pour améliorer l'esthétique d'un sourire.
- Réaliser des actes chirurgicaux : extraction de dents de sagesse, greffes osseuses, greffes gingivales, pose d'implants, actes chirurgicaux demandant des compétences chirurgicales de plus en plus pointues.
- Traiter les handicaps liés à l'absence de dents, tant sur le plan fonctionnel que sur le plan cosmétique, par des réhabilitations prothétiques : la pose de couronnes, de prothèses complètes est un travail de précision, le patient ne devant sentir aucune gêne.
- Corriger les défauts de positionnement des dents par des traitements d'orthopédie dento-faciale, principalement chez l'enfant et l'adolescent, mais aussi chez l'adulte.
- Rétablir une fonction masticatoire harmonieuse prévenant ou corrigeant, ainsi, des troubles musculaires et articulaires de la face.
- Poser un diagnostic, effectuer ou prescrire des radiographies si nécessaires, prescrire des traitements ou médicaments en tenant compte de l'état de santé général du patient.

Les champs d'interventions du chirurgien-dentiste sont très variés. De plus, il occupe une place importante dans le système de santé général : des manifestations au niveau dentaire révèlent parfois l'existence d'une pathologie générale et, à contrario, les prescriptions, les pathologies et interventions peuvent avoir des effets sur l'état de santé général du patient. La cavité buccale fait partie du corps humain.

Très peu d'étudiants à leur inscription en PCEO2 sont conscients de cette grande diversité d'activité qui constitue pourtant un des principaux attraits de la profession.

Autant la palette d'activité du chirurgien-dentiste est large, autant les débouchés professionnels sont excessivement restreints.

Le moment du choix de la spécialité en médecine n'est pas seulement un choix professionnel mais celui d'une projection dans un avenir social. C'est ici que la capacité à se penser médecin est décisive.

- *Interrogations et perception des études en odontologie à l'entrée du cursus*

Les étudiants à l'entrée dans le cursus perçoivent les études en odontologie comme « moyennement » théoriques (68%) et à contrario, comme « beaucoup » manuelles (87%).

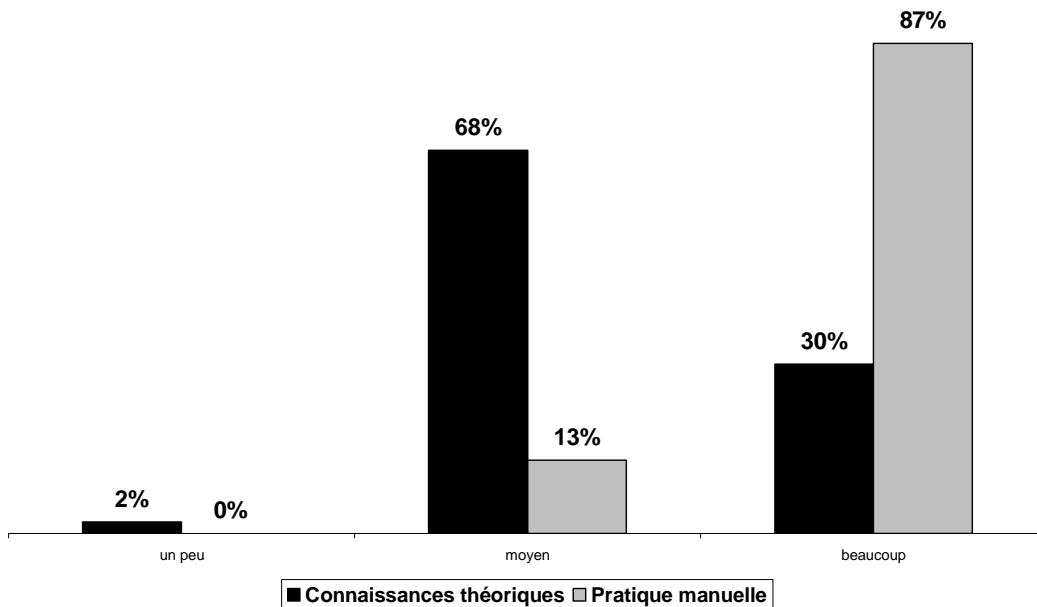


Figure 6 : Perception de la place occupée respectivement par la pratique manuelle et les connaissances théoriques dans le cursus odontologique (56 étudiants montpelliérains interrogés en 2006 le jour de leur entrée dans le cursus odontologique)

Si la plupart d'entre eux envisagent manifestement ces études avec sérénité, voire avec entrain, deux grands thèmes d'interrogation sont constamment formulés à l'entrée dans le cursus, à savoir :

- Les aptitudes manuelles :
 « *Suis-je manuel ?* » ; « *Vais-je arriver à être assez manuel ?* » ; « *Le passage du théorique au manuel me fait peur.* » ; « *Comment vais-je appréhender cette nouvelle façon de travailler ?* » ; « *Faut-il beaucoup de temps pour s'adapter ?* ».
- La gestion du temps de travail :
 « *Comment gérer le temps de travail ?* » « *Comment réapprendre à vivre après le P1 ?* » ; « *Evaluation du temps de travail personnel à fournir* » ; « *Part relative du temps de travail et du temps personnel* ».

3.2.4 Confrontation à un enseignement très spécialisé, orienté vers une pratique professionnelle et faisant appel à des aptitudes manuelles

- *Du statut de candidat anonyme à celui de vrai étudiant voire d'écolier*

En s'inscrivant en deuxième année, l'étudiant change totalement de statut.

En PCEM1/PACES, il est un candidat anonyme noyé dans une cohorte de plusieurs centaines d'étudiants. Les cours magistraux se déroulent dans des amphithéâtres bondés, de plus en plus souvent, par vidéoconférence. Les rapports avec le corps enseignant sont exceptionnels. Hormis quelques travaux dirigés, il n'y a aucune obligation de présence ou d'assiduité aux enseignements. L'étudiant est totalement libre de ses méthodes de travail. Seul le score obtenu au concours est pris en compte.

En PCEO2, l'étudiant redevient presque un lycéen. **Il fait partie d'une promotion qui, dans la plupart des UFR, du fait de l'effectif restreint, est totalement assimilable à une classe. Il perd son anonymat et peut être un peu de sa liberté.**

La présence est obligatoire à tous les enseignements pratiques et si la présence en cours ne peut être administrativement imposée, un manque d'assiduité est rapidement perçu par les enseignants.

D'autre part, la mise en place récente, de validation sur contrôle continu, oblige les étudiants à fournir un travail très régulier. Le rapport aux enseignants est donc lui aussi très différent.

- *Une formation pratique*

Nos UFR possèdent une particularité peu fréquente dans l'université française : celle de finaliser l'enseignement par l'acquisition pour l'étudiant, d'une profession ; ceci est trop souvent oublié. Une UFR de langues, de sciences ou autre, va amener l'étudiant à la possibilité de choix multiples quant à sa future profession. Il en va de même pour les écoles d'ingénieurs.

Les UFR médicaux fournissent à l'étudiant un diplôme très spécialisé et orienté vers une seule profession. Nos UFR ont donc un rôle essentiel de professionnalisation.

Depuis quelques temps, la vision du concept de professionnalisation évolue dans un sens positif. En effet, dans l'univers de l'éducation, cette conception d'enseignement orienté vers une pratique professionnelle était l'apanage du Lycée professionnel ou du Centre d'Apprentissage, et se trouvait en quelque sorte, rejetée ou dévalorisée par les disciplines

considérées comme plus nobles de l'enseignement général, supérieur ou universitaire, avant l'existence de la Formation Universitaire Qualifiante.[59]

La formation en odontologie, tout comme la formation médicale, est une des formations les plus articulées à la pratique.

Dans les écoles d'ingénieurs, le corps des enseignants (à l'exception de quelques intervenants extérieurs) est le plus souvent distinct des professionnels en exercice. À l'Université en général, cette dichotomie est encore plus forte même dans les formations professionnelles en alternance, les enseignants et les employeurs ou tuteurs ne sont pas les mêmes personnes.

En odontologie en revanche, c'est la même personne physique qui, praticien hospitalier, encadre les étudiants en stage le matin à l'hôpital et, maître de conférences ou professeur des universités, leur dispense un cours magistral à la Faculté l'après-midi.

De ce fait, l'importance accordée à l'une ou l'autre partie de l'enseignement est aussi très dépendante de la valeur que le praticien enseignant accorde à l'une ou l'autre de ces activités.

Or, les fonctions des hospitaliers se déclinent en trois fonctions :

- La prise en charge des malades, la pratique clinique
- La recherche
- L'enseignement.

Du point de vue de la valeur accordée à chacune de ces activités, la recherche est la plus gratifiante, tant symboliquement que financièrement (puisqu'elle donne accès aux postes et avancements de grade) ; après quoi viennent les activités de clinicien puis, celles d'enseignant, qui sont souvent dévalorisées.

Il n'est pas rare que les étudiants racontent la manière désinvolte dont certains enseignants assurent leur cours. C'est là une pratique quasi admise.

L'organisation des études en mode dual avec une alternance entre formation théorique et formation pratique est à la fois une force et une faiblesse de l'odontologie.

De la même façon, la dualité hôpital/faculté est source d'enrichissements mais aussi de conflits.

- *Le recours aux aptitudes manuelles*

La crise d'identité par rapport à leur orientation professionnelle, que traversent certains étudiants, se trouve encore renforcée pour bon nombre d'entre eux quand on leur demande de faire appel à leurs aptitudes manuelles, alors qu'ils n'ont connu jusqu'alors qu'une sélection sur des matières théoriques, de plus en plus scientifiques.

En effet, **une des spécificités du métier de chirurgien-dentiste est qu'en plus de ses compétences médicales, ce professionnel doit avoir une grande dextérité manuelle.**

Le champ de compétences de l'odontologiste est vaste, nous l'avons déjà souligné, et s'articule toujours autour de la même dualité :

- Des compétences médicales poussées (un bon niveau en sciences est requis), connaissance des mécanismes physiologiques et pathologiques, sûreté du diagnostic, justesse des prescriptions ...
- Une grande habileté manuelle: gestes précis lors de soins ou d'actes de chirurgie, une bonne vision dans l'espace (être capable de travailler en regardant un miroir), rigueur et efficacité des gestes opératoires ...

A cette dualité de compétences, correspond bien évidemment, une dualité d'apprentissages.

S'ils excellent tous sur le plan des apprentissages « intellectuels » (la sélection du concours en est le garant indiscuté et indiscutable), **la confrontation aux apprentissages « manuels » est différemment perçue par les étudiants.**

Certains ont souhaité cette dualité (c'est d'ailleurs une de leur motivation principale à avoir choisi le cursus odontologie) ; d'autres en ont peur car ils ne se considèrent pas comme étant manuels mais plutôt maladroits dans la vie pratique de tous les jours.

Quoiqu'il en soit, souhaitée ou redoutée, la confrontation à ce nouveau champ de compétences bouscule énormément les critères de sélection que les étudiants ont toujours connu jusqu'alors.

Cette confrontation est différemment perçue par les étudiants, étudiants qui vont se répartir en 3 groupes :

- Le groupe des « manuels » (environ 10% d'une promotion) :

Ce sont les étudiants qui manifestent d'emblée un goût prononcé pour les activités de travaux pratiques et une dextérité manuelle souvent innée ou

acquise antérieurement à l'occasion de hobbies personnels (modélisme, sculpture, bricolage...).

Ces nouvelles compétences, dans lesquelles ils excellent souvent sans effort, leur donnent une réelle assurance et les conforte dans leur choix d'orientation professionnelle. L'étudiant qui a la chance d'appartenir à ce groupe est d'emblée propulsé comme leader par ses pairs et jouit d'un respect profond de la part de ses collègues de promotion.

- Le groupe des « maladroits » (environ 10% d'une promotion) :

A l'inverse, certains étudiants sont totalement déstabilisés par ce type d'activités. Malgré toute leur application, l'apprentissage de chaque geste est pour eux très long et très fastidieux. Rien n'est facile. Leurs maladresses les complexent très vite et pour certains, le doute s'installe très rapidement...Un doute profond qui peut aller jusqu'à la remise en question totale de leur voie d'orientation. De plus, le regard critique de leurs pairs est sans pitié et ne les aide pas à inverser leur courbe d'apprentissage.

- Le groupe des « neutres » (environ 80% d'une promotion) :

Ni manuels, ni maladroits, cette majorité d'étudiants arrive à effectuer les travaux manuels qu'on leur demande d'exécuter avec plus ou moins de rapidité après un certain nombre de séances d'entraînement.

La confrontation aux travaux manuels et la perception de la profession qu'ils vont avoir à travers ces exercices sont susceptibles de conditionner profondément leurs motivations, leurs stratégies d'apprentissage (pendant leur cursus de formation, voire même pendant toute leur vie professionnelle).

Il est d'ailleurs important de noter que plus de 87% des redoublements en PCEO2 s'expliquent pour tout ou pour partie par une non validation de ces travaux pratiques.

Plus de 55% des redoublements en PCEO2 sont dus exclusivement à des mauvaises performances aux travaux pratiques, les écrits étant validés.

	<i>TP non validés</i>	<i>Ecrits non validés</i>	<i>TP + Ecrits (F) non validés</i>	<i>Total</i>
2001/2002	13	1	4	18
2002/2003	3	2	0	5
2003/2004	4	0	1	5
2004/2005	6	0	1	7
2005/2006	6	2	3	11
2006/2007	2	1	1	4
2007/2008	3	1	3	7
2008/2009	0	1	4	5
2009/2010	1	1	3	5
2010/2011	3	1	3	7
2011/2012	1	0	3	4
Total	43	10	25	78

Figure 7 : Analyse des causes de redoublement des 78 étudiants doublants de PCEO2 entre 2001 et 2012 à l'UFR de Montpellier

En fin de Deuxième Cycle d'Etudes Odontologiques (DCEO1), le même pourcentage (environ 87%) des redoublements s'expliquent, pour tout ou pour partie, par une non validation des travaux pratiques.

Les redoublements en DCEO1 dus exclusivement à des mauvaises performances en travaux pratiques, dépassent 60% des cas.

	<i>TP non validés</i>	<i>Ecrits non validés</i>	<i>TP + Ecrits (F) non validés</i>	<i>Total</i>
2001/2002	2	1	0	3
2002/2003	2	1	0	3
2003/2004	6	0	1	7
2004/2005	0	1	0	1
2005/2006	6	0	4	10
2006/2007	2	0	2	4
2007/2008	4	1	0	5
2008/2009	2	1	1	4
2009/2010	1	0	1	2
2010/2011	2	1	2	5
2011/2012	1	0	1	2
Total	28	6	12	46

Figure 8 : Analyse des causes de redoublement des 46 doublants de DCEO1 entre 2001 et 2012 à l'UFR de Montpellier

- *Des apprentissages au carrefour d'enseignements conceptuels et techniques : le lien difficile entre le fondamental et la clinique*

Nous venons de voir à quel point les apprentissages en odontologie se divisent en apprentissages intellectuels et en apprentissages manuels. Toutefois, dans notre exercice professionnel, ces deux types d'apprentissages sont étroitement imbriqués, indissociables, formant le cœur de la pratique. L'articulation entre ces deux facettes, si elle est nécessaire et capitale, n'en est pas moins très délicate à établir.

Les notions fondamentales sont enseignées, essentiellement, pendant les 2 premières années, années dites de pré-clinique, alors que les étudiants sont peu réceptifs, alors qu'ils ne sont pas confrontés à la pratique clinique, alors qu'ils n'ont aucune idée précise de ce qu'est cette pratique clinique, alors qu'ils sont saturés de fondamental, alors qu'ils ne rêvent que de « passer à l'acte », c'est-à-dire soigner des patients au fauteuil. Ces mêmes notions fondamentales sont purement et simplement oubliées au moment de l'application clinique pendant les trois dernières années de cursus alors que, bien au contraire, elles devraient guider le geste clinique de l'étudiant au fauteuil.

Les apprentissages en odontologie sont organisés classiquement autour d'une même progression entre :

- un début de formation centré sur la théorie et à la répétition de gestes techniques isolés et décontextualisés ;
- et, une formation clinique axée essentiellement sur la prise en charge de patients et n'accordant plus que très peu de temps aux plages d'enseignement.

Tout notre enseignement repose sur l'adage : « L'esprit précède et guide la main. »

Nos enseignements sont parfois jugés trop théoriques. Ils sont surtout mal coordonnés avec la pratique, à cause d'un décalage temporel important. Peut-être serait-il judicieux de s'interroger sur la pertinence de conserver cette unique stratégie d'apprentissage ?

3.2.5 Apport du tutorat comme aide à la construction identitaire de l'étudiant en odontologie

- *Que faut-il entendre par « tutorat » ?*

L'étymologie latine de ce terme renvoie à des significations comme « protéger », « s'occuper de » ou « prendre soin de ». Le tuteur est donc quelqu'un dont l'attention est particulièrement portée sur une autre

personne : il doit veiller sur elle et s'assurer qu'elle ne manque de rien¹. Ce rôle de protecteur, cette charge tutélaire, prend inmanquablement des formes différentes d'un domaine à l'autre, d'une situation à l'autre. C'est le cas dans le champ de l'éducation qui nous intéresse ici.

A l'école, au collège, au lycée et à l'université, il est courant de considérer qu'il y a tutorat lorsqu'un élève s'occupe d'un autre élève ou d'un petit groupe d'élève, ou qu'un étudiant fait de même avec d'autres étudiants. La notion de « pair » prend ici toute son importance : puisque tuteurs et tutorés occupent des positions semblables, ont des statuts sociaux équivalents. Mais il faut bien que les premiers aient quelque chose en plus, se distinguent des seconds sur un ou plusieurs aspects, pour pouvoir assurer leur mission. En général, des critères comme l'âge, l'expérience ou le niveau d'habileté, sont utilisés pour choisir les tuteurs. Plus âgés, bénéficiant d'une expérience scolaire ou universitaire plus importante, ils peuvent effectivement apporter ce dont les tutorés ont besoin : aides, conseils, encouragements, soutiens...[60]

- *Des origines très lointaines*

Au Ve siècle avant J.C., le philosophe chinois Confucius notait déjà que « l'on apprend mieux de ses pairs que de ses maîtres » dans ses réflexions sur l'éducation. Des passages de Cicéron et de Sénèque prouvent qu'en leur temps, des élèves pouvaient aider des plus jeunes dans leurs études. L'époque médiévale constitue une période de transition. Le rôle de l'Eglise s'affirme dans l'instruction des enfants et des adolescents, et des pratiques tutorales ont cours dans des monastères et des abbayes en Angleterre et en Irlande.[60]

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les pédagogues ont été confrontés au problème de la distance entre les pratiques professionnelles et les contenus scolaires. Dans un tel contexte, les ressources principales étaient humaines, et ceux qui savaient déjà un peu étaient sollicités pensant que s'ils avaient réussi à apprendre, ils réussiraient peut-être à faire apprendre à leurs camarades.

Au XIX^e siècle, l'enseignement mutuel s'appuyait sur des pratiques tutorales. Il permettait à moindres frais, même minimale dans ses contenus, une scolarisation de masse.[61]

- *La redécouverte du tutorat à partir des années 1960*

C'est dans la seconde moitié du XX^e siècle que l'on assiste à une relance systématique du tutorat entre pairs. Mais les dispositifs sont moins à visée d'enseignement qu'à visée d'apprentissage. En effet, les

¹ Cette définition est finalement proche de la notion de soin, et donc tout à fait en adéquation avec la formation chirurgicale, qui a très tôt mis en avant cette conception de la transmission du savoir avec le compagnonnage.

concepteurs des dispositifs contemporains intégrant le tutorat se sont inscrits dans un mouvement dont la préoccupation principale est de placer l'apprenant au centre du processus d'enseignement/apprentissage. Cette pédagogie nouvelle tourne le dos à une pédagogie transmissive centrée sur le discours et l'action de l'enseignant.

- L'exemple anglo-saxon

Aux Etats-Unis, au début des années soixante, les enseignants ont rencontré d'énormes difficultés dans la prise en charge des enfants d'immigrants issus de milieux sociaux défavorisés. La distance sociale qui séparait les enseignants de ces élèves était souvent importante, ils n'utilisaient pas les mêmes formes de langage, ils avaient du mal à se comprendre.

Certains enseignants ont alors l'idée de confier, par moments, ces élèves à des pairs un peu plus âgés. Ils font l'hypothèse qu'ils échangeront plus facilement entre eux et que les premiers bénéficieront de l'aide apportée par les seconds.[62]

Toutes ces initiatives avaient pour ambition de faciliter l'intégration sociale et culturelle des primo-arrivants, d'éviter les conflits entre majorités et minorités au sein de la société. Moins prisonniers que les enseignants des règles et des normes en vigueur dans l'institution scolaire, les tuteurs sont parfois mieux placés pour parvenir à ces fins.

Depuis, l'idée a fait son chemin, elle s'est amplement propagée dans les pays anglo-saxons et ailleurs, au-delà du cadre strictement scolaire gagnant les mondes universitaire et professionnel.

- Le projet PERACH

En Israël, cela fait plus d'une vingtaine d'années que le projet PERACH fonctionne. Les tuteurs sont des étudiants inscrits à l'université. Les tutorés sont des élèves en difficulté inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire. Les tuteurs se voient attribués des bourses d'études pour faire ce travail. Il ne leur est pas demandé d'intervenir spécifiquement au niveau des difficultés scolaires de leurs tutorés, de résoudre des problèmes d'apprentissage. Ils sont là surtout pour stimuler leur désir d'apprendre, les motiver, servir de modèles.[63]

- *Le tutorat, un service mis à la disposition de la communauté étudiante par les pouvoirs politiques français*

A partir de 1996, les pouvoirs politiques français successifs ont mené une politique ambitieuse de développement du tutorat au bénéfice des étudiants inscrits dans les premiers cycles de l'enseignement supérieur. Il s'agissait d'améliorer la qualité de la formation afin de limiter les coûts liés

aux redoublements, réorientations et abandons très nombreux des étudiants entrant dans les cursus universitaires.[64]

En effet, l'enseignement supérieur français est confronté à la fin du XXème siècle à un problème de massification. Entrent alors de nouveaux étudiants qui nécessitent une attention particulière. S'ils ne sont pas soutenus, guidés au début de leurs études, ils décrochent ou abandonnent très vite.

Des étudiants confirmés ont alors pour mission d'intervenir afin de limiter ce genre d'échec, de faire profiter les étudiants débutants de leurs expériences. L'accueil de nouvelles générations « qui ont des attentes très différentes des étudiants qui formaient le public de l'université élitiste des années cinquante » conduit les responsables des politiques éducatives à envisager des mesures pour aider les étudiants en difficulté.[65]

Deux catégories de tutorat ont été créées dans les universités françaises :

- **le tutorat d'accueil**, pensé pour donner des repères aux nouveaux bacheliers entrant à l'université en vue de construire leur projet de formation
- **le tutorat méthodologique et pédagogique**, conçu pour l'accompagnement régulier ou ponctuel d'un groupe d'étudiants par des tuteurs, un peu plus avancés qu'eux dans le cursus universitaire.

Le rôle des tuteurs consiste à guider, assister les étudiants et à leur expliquer comment procéder pour réussir leurs études. Claude Allègre, succède à François Bayrou en 1997 et pérennise l'initiative de son prédécesseur. Un arrêté décrivant très précisément la manière dont le tutorat doit être organisé, contrôlé et évalué par les acteurs de l'université est publié au Journal Officiel du 29 avril 1998.

- *Le dispositif du tutorat à l'Université Montpellier I*

A partir de ces textes fondateurs, ce sont les acteurs (responsables tutorat, enseignants, tuteurs) qui ont lu de manières diverses les recommandations concernant le dispositif tutorat.

Des grilles de lecture différentes des recommandations émises par le ministère à propos de la création de séances de tutorat ont généré des pratiques très variées. Ainsi, chaque université et même chaque filière a donné une couleur particulière aux actions locales non seulement en fonction de la représentation du dispositif mais aussi en fonction des contraintes matérielles et institutionnelles pesant sur son organisation.[64]

L'Université Montpellier I a mis en place un dispositif d'aide à la réussite appuyé sur le tutorat dans les domaines transversaux comme les langues, l'outil informatique, la documentation, la méthodologie du travail

universitaire, le soutien au handicap, l'accueil et, pour les UFR qui le souhaitent un tutorat disciplinaire. Il s'agit de qualifier des étudiants ayant déjà une compétence de base reconnue dans ces domaines dans le cadre d'une UE transversale. Cela correspond ainsi pour ces étudiants à une option à valider dans le cadre de leur cursus.

Quelle que soit la spécificité de ce tutorat, il répond toujours au même schéma organisationnel :

- Une phase de formation des étudiants à la fonction de « tuteur qualifié » : durant cette phase, l'étudiant, qui a été recruté pour certaines compétences et sur sa motivation, reçoit une formation pédagogique et spécifique de 30 heures. Il devient alors « pré tuteur ». Ce pré-tuteur participe, dans la spécialité choisie, à l'encadrement d'étudiants pendant 40 heures sous forme de stage. Il valide ce stage par un mémoire qu'il soutient publiquement. Ce « pré-tutorat » est validé comme une unité d'enseignement (UE) où entrent en compte : son aptitude à exercer les fonctions de tuteur, la soutenance d'un mini mémoire, son aptitude à restituer la formation à ses camarades candidats au « pré-tutorat ».
- Une phase de tutorat qualifié: lorsque l'étudiant a validé la formation aux fonctions de tuteur qualifié, il peut être recruté l'année universitaire suivante comme tuteur qualifié dans la spécialité qu'il a validée. En tant que tuteur qualifié, il a la possibilité d'être rémunéré par l'Université Montpellier I sous la forme d'un CDD.

Les avantages de cette formule sont multiples et concernent tous les protagonistes :

- Pour les tuteurs: ils valident une UE, à partir d'une compétence reconnue qu'ils peuvent exploiter sur leur C.V. Ce module peut être considéré comme un stage pour la préparation au métier d'enseignant. L'apport financier est non négligeable de même que les crédits associés. C'est aussi un acte de citoyenneté étudiante.
- Pour les tutorés : le tutorat aide à la réussite de tous les étudiants. Les objectifs opérationnels des tuteurs sont multiples :
 - assurer le soutien pédagogique des étudiants en difficulté ;
 - favoriser la réorientation dès la fin du 1^{er} semestre de la 1^{ère} année
 - favoriser l'insertion professionnelle et l'accès aux stages
 - aider à la mise en place d'outils pédagogiques adaptés aux étudiants.
- Pour les enseignants : les tuteurs renforcent considérablement le dispositif de soutien aux étudiants, soutien que les enseignants ne pourraient assurer seuls, en raison du nombre et de l'hétérogénéité des groupes d'étudiants. De plus, les tuteurs qualifiés sont totalement associés aux équipes de formation.
- *L'application du dispositif tutorat à l'UFR Odontologie*

Au sein de l'UM1, l'UFR Odontologie est une unité qui a sa propre histoire, son mode d'organisation particulier, des traditions pédagogiques spécifiques et surtout une manière unique de prendre en compte la question de l'échec en premier cycle. Le tutorat a donc pris un sens très spécifique à la composante.

C'est au cours des deux premières années du cursus d'odontologie, années dites de « pré clinique » (PCEO2, DCEO1), que les tuteurs en odontologie ont un rôle important à jouer.

Leur mission est double :

Partager leur expérience clinique auprès d'étudiants qui n'ont qu'une idée très abstraite de la réalité de notre profession ;

Assurer le soutien pédagogique et psychologique des étudiants en difficulté pendant les séances de travaux pratiques.

La formation à la fonction de tuteur qualifié concerne les étudiants en cinquième année du cursus (DCEO3), qui ont choisi l'option tutorat dans une discipline spécialisée (Prothèse Fixée, Prothèse Amovible Totale, Prothèse Amovible Partielle, Occlusodontie-Imagerie, Endodontie, Odontologie Conservatrice). A l'issue de leur formation et après validation de leur stage, ces mêmes étudiants ont la possibilité d'être tuteur qualifié

lors de leur sixième et dernière année de cursus (T1) et ainsi de participer activement à l'encadrement des PCEO2 et (ou) des DCEO1 dans la discipline choisie au début de leur formation.

Pendant les travaux pratiques, les étudiants de préclinique posent aux tuteurs des questions qui n'ont pas de rapport direct avec l'apprentissage de la discipline : l'organisation de la filière, les systèmes de notation en contrôle continu et aux examens, l'orientation et les débouchés professionnels. Les tuteurs livrent les dispositions, les attitudes, les outils et les méthodes qui ont participé à leur réussite en répondant aux sollicitations des tutorés. Ils s'appuient sur leur expérience d'étudiant pour communiquer avec leur public et leur relation privilégiée avec les enseignants qui les ont choisis pour légitimer leur intervention.

Ce statut des tuteurs est un atout considérable pour établir une relation éducative avec les étudiants qui leur posent des questions liées à l'enseignement qu'ils n'auraient pas osé aborder avec un enseignant.[64]

Conclusion

La formation en chirurgie-dentaire nécessite une coordination fine entre la théorie et la pratique. Cette double compétence trouve ses racines dans l'histoire même de cette pratique médicale. Considérée dans l'antiquité comme une branche de la médecine, la chirurgie-dentaire va intégrer au moyen âge le corps des arts et métiers. La chirurgie dentaire, comme l'oculistique (ancêtre de l'ophtalmologie) devient un formidable laboratoire pour la chirurgie moderne. Jusqu'au XIX^e siècle, le statut du dentiste ainsi que sa formation ne sont pas unifiés. Ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que la profession de chirurgien-dentiste se met en place, et impose à tous les futurs praticiens une formation unique et indépendante de la médecine. C'est peu après la formation des écoles dentaires en 1965 que le numerus clausus est instauré (1971).

Aujourd'hui, la première difficulté pour les étudiants entrant dans le cursus est de réussir le concours de PACES. Or, beaucoup d'étudiants ont une image de cette épreuve très éloignée de la réalité du terrain. Il est fondamental de bien comprendre les spécificités de concours afin d'évaluer la faisabilité de leur projet d'orientation. Le niveau en terminale scientifique, notamment en mathématiques et en physique-chimie, est un des critères fondamentaux à prendre en compte. L'absence de cadre en première année, et le calendrier même du concours, constituent également des contraintes spécifiques.

Le concours a un impact non négligeable sur la personnalité en construction de nos soignants, et influence les stratégies d'apprentissage. Les étudiants intégrant le cursus d'odontologie ont un profil psychologique particulier, qui s'explique en grande partie par l'expérience très marquante du concours classant qu'ils viennent de vivre. Le choix de l'odontologie constitue pour certains un choix par défaut et il est alors difficile de trouver la motivation nécessaire dans un cursus exigeant. Par ailleurs, une des spécificités du métier de chirurgien-dentiste est qu'en plus de ses compétences médicales, ce professionnel doit avoir une grande dextérité manuelle. Or, la sélection initiale est réalisée sur des compétences d'apprentissage et de restitutions purement théoriques. Les étudiants peuvent avoir alors la sensation qu'ils ne seront pas capables de réussir dans un domaine où l'aspect chirurgical est indispensable.

Enfin, outre l'aspect technique du soin, les étudiants vont devoir se former sur la prise en charge de la personne malade, en développant des qualités humaines qui seront indispensables dans leur futur exercice.