Évaluation de la formation initiale de l'UFR d'odontologie de Clermont-Ferrand par les récents diplômés

Mathilde Nauche

▶ **To cite this version:**

Mathilde Nauche. Évaluation de la formation initiale de l'UFR d'odontologie de Clermont-Ferrand par les récents diplômés. Chirurgie. 2015. dumas-01311823

HAL Id: dumas-01311823

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01311823

Submitted on 4 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT-FERRAND I
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2015 **Thèse n°**

T H E S E

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2015

par

Mathilde NAUCHE

(Née le 28 juin 1990)

EVALUATION DE LA FORMATION INITIALE DE L'UFR D'ODONTOLOGIE DE CLERMONT-FD PAR LES RECENTS DIPLOMES

J U R Y :

Président : **Mme. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités**

Assesseurs : **Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités**

M. Nicolas DECERLE, Maître de Conférences des Universités

M. Pierre-Yves BRUSTEL, Assistant Hospitalo-Universitaire

N°

NAUCHE (Mathilde) - « EVALUATION FORMATION INITIALE UFR ODONTOLOGIE CLERMONT-FD PAR LES RECENTS DIPLOMES »

31 f, ill., 2 fig., 4 tabl., 30 cm. - (Thèse: Chir. Dent. ; Clermont-Ferrand I ; 2015) - N°

Résumé :

L'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand se doit de former des chirurgiens-dentistes capables de répondre aux besoins en santé bucco-dentaire de la population. Il est également de sa responsabilité de s'enquérir du résultat de cette formation de façon régulière. Cette étude s'inscrit donc dans une démarche d'assurance qualité et a pour objectifs d'évaluer le niveau de compétences acquis en fin d'études par les sept dernières promotions sorties de la Faculté et d'identifier les compétences dont l'enseignement doit être amélioré. Les anciens étudiants interrogés ont évalué leur niveau de compétence concernant 53 compétences issues du profil de l'étudiant en chirurgie dentaire européen publié par l'ADEE (Association for Dental Education in Europe). Cette étude montre que la formation donnée à l'UFR de Clermont-Ferrand permet globalement à ses diplômés de répondre aux besoins en santé orale de la population puisque pour 40 des 53 compétences évaluées, plus de la moitié des étudiants (52,5 à 99,2% selon la compétence évaluée) ont jugé qu'ils étaient compétents en fin d'études. Seules 13 compétences semblent mal acquises en fin de formation, soit parce qu'elles sont généralement reconnues comme difficiles à acquérir en fin de formation initiale dans toutes les études similaires à celle-ci, soit parce que l'enseignement de ces compétences est insuffisant au cours du cursus. Il est désormais du devoir de l'UFR de mettre en place des systèmes qui permettront d'améliorer l'acquisition de ces compétences, soit en réorganisant certains enseignements, soit en multipliant les situations cliniques où les étudiants seront à même d'exercer ces compétences difficilement acquises.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Profession dentaire – Etudes dentaires - Généralités

MOTS CLES : Compétences – Evaluation – Formation initiale – Assurance qualité

MOTS CLES ANGLAIS : Competencies – Assessment – Pregraduate education – Quality assurance

JURY :

Président : Mme. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités

Assesseurs: Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités

M. Nicolas DECERLE, Maître de Conférences des Universités

M. Pierre-Yves BRUSTEL, Assistant hospitalo-universitaire

ADRESSE DE L'AUTEUR :

Nauche Mathilde

Le Monteil

19170 BUGEAT

UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT-FERRAND I
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2015 **Thèse n°**

T H E S E

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2015

par

Mathilde NAUCHE

(Née le 28 juin 1990)

EVALUATION DE LA FORMATION INITIALE DE L'UFR D'ODONTOLOGIE DE CLERMONT-FD PAR LES RECENTS DIPLOMES

J U R Y :

Président : Mme. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités

Assesseurs : Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités

M. Nicolas DECERLE, Maître de Conférences des Universités

M. Pierre-Yves BRUSTEL, Assistant Hospitalo-Universitaire

UNIVERSITE D'AUVERGNE-CLERMONT 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
63000 CLERMONT-FERRAND

Président de l'Université	:	Monsieur le Professeur Philippe DULBECCO
Directeur Général Des Services	:	Madame Myriam ESQUIROL
DOYEN DE LA FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	:	Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN Professeur des Universités
Assesseurs	:	Monsieur Pierre Yves COUSSON Maître de Conférences des Universités
		Madame Martine HENNEQUIN Professeur des Universités
		Monsieur Emmanuel NICOLAS Professeur des Universités
		Madame Valérie ROGER-LEROI Professeur des Universités

LISTE DES PROFESSEURS

Professeurs des Universités Emérite :

Madame Martine BAUDET-POMMEL	
Monsieur Jean-Claude BOREL	
Monsieur Maurice MORENAS	
Monsieur Alain WODA	

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers :

Monsieur Pascal AUROY	- Prothèses
Monsieur Radhouane DALLEL	- Sciences Anatomiques
Madame Sophie DOMEJEAN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Madame Martine HENNEQUIN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Emmanuel NICOLAS	- Prothèses
Monsieur Thierry ORLIAGUET	- Sciences Biologiques
Madame Valérie ROGER-LEROI	- Sciences Biologiques
Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Jean-Luc VEYRUNE	- Prothèses

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens hospitaliers :

Madame Marion BESSADET	- Prothèses
Monsieur Hervé BESSE	- Pédodontie
Monsieur Christian CHAMBAS	- Orthopédie Dento-Faciale
Monsieur Didier COMPAGNON	- Prothèses
Monsieur Nicolas DECERLE	- Odontologie Conservatrice- Endodontie
Monsieur Christophe DESCHAUMES	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Monsieur Laurent DEVOIZE	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Monsieur Jean-Christophe DUBOIS	- Prothèses
Madame Christelle GREMEAU-RICHARD	- Pédodontie
Mademoiselle Céline MELIN	- Sciences Anatomiques
Madame Estelle PEGON-MACHAT	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Paul PIONCHON	- Sciences Anatomiques
Monsieur Dominique ROUX	- Odontologie Conservatrice, Endodontie

Professeur des Universités

Monsieur Alain ARTOLA	- Neurosciences

Maîtres de Conférences des Universités

Mademoiselle Lénaïc MONCONDUIT	- Neurosciences

Professeur Agrégé :

Mademoiselle Gaëlle DUCOS	- Anglais

Maître de Conférences des Universités Associés

Monsieur Philippe CHASSANG	- Sciences de Gestion
Madame Anne DEPREUX	- Informatique et Pédagogie
Monsieur Jean-Yves DUBOIS	- Sciences Biologiques

REMERCIEMENTS

A Mme la présidente du jury, Mme Tubert :
Je vous remercie pour vos enseignements ainsi que d'avoir accepté de présider ce travail.

A Mme la directrice de thèse, Mme Roger-Leroi :
Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité ainsi que pour tous les conseils que vous m'avez donné lors de la réalisation de ce travail. Ce fût un plaisir de faire cette étude sous votre direction.

A M Decerle :
Je vous remercie pour vos enseignements,

A M Brustel :
Je souhaite vous remercier d'avoir accepter de participer à ce jury et

A Mes parents, merci pour votre soutien et tout ce que vous avez fait pour moi depuis 25 ans.

A Mélanie, merci d'être la meilleure petite sœur qu'on puisse avoir.

A Laura, pour ton amitié, toutes tes gentillesses et ton soutien inconditionnel. Merci au hasard de nous avoir réunis en clinique cette dernière année, tu es une très belle rencontre. Je te souhaite tout le bonheur possible.

A Marion, pour ton amitié, tes petites surprises, ton brin de folie et tous tes potins. J'espère que nous avons encore beaucoup de bons moments à passer ensemble, je te souhaite bonne chance pour tout ce qui arrive et beaucoup de bonheur.

A Corentin, merci pour tous les bons moments passés autour de bons petits plats que tu nous préparais et pour les longues soirées qui ont suivi… !

A Céline, pour avoir été ma première et excellente petite binôme en clinique. Merci pour ta bonne humeur et pour ces beaux séjours en Aveyron.

A Julie, Héléna et autres petits brilleurs pour ces belles nuits clermontoises.

A Carole, Caroline et Margaux, mes amies de longue date.

A Julien, Charlotte, Guillaume, Valérie, Jean, Aurel, Pauline et tous mes camarades de promo.

Table des matières

I – Introduction ……..……. 3
II - Matériels et méthodes ……...…… 5
2 - 1. Objectifs de l'étude ……..... 5
2 - 2. Populations de l'étude …….…… 5
2 - 3. Le questionnaire ……...…….... 5
2 - 4. Recherche des anciens étudiants et envoi du questionnaire ……...…… 6
2 - 5. Recueil des données ……...……. 7
III – Résultats ……. 8
3-1. Profil des répondants ……...…….…… 8
3-1-1. Sexe ……...……...……..…… 8
3-1-2. Année de validation de la dernière année d'étude (TCEO1) ……...….. 8
3-1-3. Activité professionnelle ……..…… 9
3-1-4. Mode d'exercice ……..……... 9
3-1-5. Type d'exercice ……..…… 9
3-1-6. Milieu d'exercice professionnel ……..……...… 9
3-1-7. Fréquence de participation à des activités de formation en odontologie continue ……..……... 9
3-1-8. Consultation de revues odontologiques ……..…….. 10
3-2. Les différents niveaux de compétence ……. 10
3-3. Les 5 compétences à améliorer au cours de la formation initiale 15
3-4. Responsabilité sociale de l'UFR de Clermont-Ferrand ……...… 15
IV - Discussion ……..……...….. 16
V – Conclusion ……..……..… 23

Références bibliographiques ……..... 24
Annexe …… 26

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition (en pourcentage) des répondants selon les différentes promotions ..… 9

Figure 2 : Répartition (en pourcentage) des répondants en fonction de la fréquence de participation à des activités de formation continue ……. 10

Tableau 1 : Classement des différentes compétences en fonction du niveau de compétence ressentie par les répondants ……..……...… 10
Tableau 2 : Comparaison de l'évaluation des compétences selon les différents groupes …….. 13
Tableau 3 : Compétences dont l'enseignement doit être amélioré selon les différents groupes …….. 15
Tableau 4 : Niveau de responsabilité sociale de l'UFR évalué par les répondants ……..…… 16

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux récents diplômés ……....…….…….. 26

I - Introduction

En 2004, le réseau européen DentEd a défini le profil et les compétences de l'étudiant européen en chirurgie dentaire à la fin de la formation initiale (Plasschaert et al, 2004). Les compétences à acquérir recouvrent 5 domaines : professionnalisme, communication et capacités relationnelles, recueil des informations cliniques, restauration et entretien de la santé buccale, encouragement à la politique de santé publique. Ce texte a été revu et légèrement modifié en 2009 (Cowpe et al, 2010). Afin de mieux répondre à un enseignement centré sur l'acquisition de compétences, l'UFR de Clermont-Ferrand lors de la réforme des études de 1994 a décidé d'abandonner son curriculum organisé en disciplines et s'est efforcé d'organiser son enseignement sous forme de filières répondant à des « profils de patients ». Cet effort a été maintenu lors de la récente réforme du DFGSO-DFASO. Le challenge est cependant que le profil du chirurgien-dentiste se modifie en permanence, en particulier dans un domaine où les besoins de la population et les technologies sont en constante évolution.

Il est de la responsabilité d'un UFR de santé, grâce à la mise en place d'un système d'assurance qualité, de s'enquérir régulièrement du résultat de sa formation et s'il s'est montré socialement responsable. La responsabilité sociale se définit comme l'assurance pour un institut de santé de former des praticiens qui vont répondre de façon aussi performante que possible aux besoins en santé prioritaires du citoyen et de la société en ayant pour principes fondamentaux des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficience (Boelen et al, 2008). Un institut de formation en santé doit donc s'enquérir en permanence de la qualité de sa formation. Il peut l'évaluer de différentes façons : tout d'abord en faisant évaluer régulièrement les enseignements par les étudiants, mais aussi en demandant à ses récents diplômés d'évaluer la formation en pointant de ce fait ses forces et ses faiblesses, ou encore en demandant aux praticiens qui accueillent les étudiants en stage ou en remplacement ou même aux patients leur avis sur la qualité de la formation (Yiu et al, 2012). Le processus d'évaluation n'est cependant pas par lui-même une garantie d'amélioration de la qualité. Il est important en effet, de susciter par la suite des changements suivant les observations et recommandations faites au cours de l'évaluation, et de regarder si ces modifications ont conduit effectivement à une augmentation de la qualité de la formation (Jones et coll, 2007).

Il existe dans la littérature un nombre relativement faible de publications montrant une évaluation par des diplômés en chirurgie dentaire de la formation qu'ils ont acquise au cours de leurs études. Les plus récentes sont celles d'Arena et al, 2007 ; Razak et al, 2008 ;

Schönwetter et al, 2011 ; Yiu et al, 2011 ; Yiu et al, 2012 ; Manakil et George, 2013. En France, seules les UFR de Paris Descartes V et de Clermont-Ferrand ont publié des résultats sur l'évaluation de leur formation par des récents diplômés (Lévy et al, 1997 ; Chaumeil 1999 ; Nicolas et al, 2009).

L'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand s'efforce depuis quelques années de mettre en place un système visant à s'assurer de la qualité de la formation qu'elle apporte aux étudiants. Ainsi, un processus d'évaluation des différents enseignements par les étudiants est mis autant que possible en place chaque année. De plus, l'UFR a mis en place à deux reprises une évaluation de la formation initiale auprès de ses anciens étudiants. Une étude portant sur le profil et sur l'évaluation de la formation de six promotions successives d'étudiants diplômés de l'UFR entre 1991 et 1996, avait été faite par B. Chaumeil en 1999 dans le cadre d'une maîtrise en pédagogie des sciences de la santé (Chaumeil 1999). Cette étude date désormais de près de 20 ans et elle se référait alors à un curriculum organisé en disciplines plus ou moins cloisonnées. Une deuxième étude a été réalisée en 2006/2007 et elle concernait quatre promotions d'étudiants : ceux qui étaient alors en cinquième et sixième années d'études et les diplômés des années 2006 et 2003. Cette étude a fait l'objet de la thèse d'exercice de Magalie Baptiste (Baptiste 2007) puis a été publiée (Nicolas, 2009). Elle évaluait la formation donnée par le nouveau curriculum mis en place en 1994 et organisé en « profils de patients ». Ces différents profils visaient à une intégration à la fois horizontale et verticale des anciennes disciplines et correspondent à un enseignement centré sur le patient et sur des compétences à acquérir. Huit ans après cette dernière étude, nous avons décidé d'évaluer de nouveau la formation auprès des sept dernières promotions sorties de l'UFR.

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

- Connaître les différentes compétences où les étudiants et jeunes diplômés se sentaient bien ou moins bien formés

- Montrer d'éventuelles différences d'appréciation entre les promotions interrogées

-Lister les cinq compétences dont l'enseignement était jugé insuffisant par les différentes promotions, ceci afin de faire des propositions d'amélioration et d'entrer ainsi dans un processus d'assurance qualité permettant de préparer au mieux les futurs diplômés à leur exercice professionnel.

II - Matériels et méthodes

2 -1. Objectifs de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une démarche d'assurance qualité et a pour principaux objectifs :

- d'évaluer le niveau de compétences acquis en fin de cursus en formation initiale des diplômés de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand sortis ces 6 dernières années (promotions 2009-2014). A également été rajoutée à l'étude, la population des étudiants inscrits en TCEO1 (Troisième cycle des études odontologiques) lors de l'année universitaire 2014-2015. Les compétences évaluées sont en grande partie celles issues du profil du chirurgien-dentiste européen défini par l'ADEE (Association for Dental Education in Europe) (Plasschaert et al, 2004 revu par Cowpe et al, 2010)
- de déterminer de ce fait les points forts et les points faibles de la formation initiale
- de mettre en évidence les cinq compétences qui doivent être améliorées en priorité lors de la formation initiale
- de comparer nos résultats à ceux de l'étude réalisée sur le même sujet 8 années auparavant (Nicolas et al, 2009)

2 - 2. Populations de l'étude

Les populations étudiées sont :

- la promotion TCEO1 2008/2009 soit 52 étudiants
- la promotion TCEO1 2009/2010 soit 47 étudiants (dont 1 redoublant)
- la promotion TCEO1 2010/2011 soit 54 étudiants (dont 1 redoublant)
- la promotion TCEO1 2011/2012 soit 56 étudiants (dont 7 redoublants)
- la promotion TCEO1 2012/2013 soit 67 étudiants (dont 2 redoublants)
- la promotion TCEO1 2013/2014 soit 59 étudiants (dont 4 redoublants)
- la promotion TCEO1 2014/2015 soit 57 étudiants (dont 2 redoublants)

La population totale comprenait donc 375 personnes.

L'étude est anonyme et basée sur le volontariat

2 - 3. Le questionnaire

Le questionnaire consiste en une auto-évaluation de leurs compétences par les sujets de l'étude. Il s'inspire largement de celui utilisé déjà dans l'étude précédente (Nicolas et al, 2009). Il a cependant été légèrement modifié après lecture d'autres questionnaires utilisés dans des études semblables (Arena et al, 2007 ; Razak et al, 2008 ; Yiu et al, 2011).

Le questionnaire se compose de deux parties :

La première (partie A) a pour objectif de recueillir des informations générales sur le répondant : sexe, année de validation de la 6ème année, activité professionnelle, mode et milieu d'exercice, fréquence de participation à des activités de formation continue et consultation de revues odontologiques.

La seconde partie (partie B) permet au répondant de s'auto-évaluer concernant 53 compétences réparties en 6 domaines :

Domaine I : Professionnalisme (5 compétences)

Domaine II : Communication et capacités relationnelles (3 compétences)

Domaine III : Recueil des informations cliniques (7 compétences)

Domaine IV : Restaurer et entretenir la santé buccale (33 compétences)

Domaine V : Encouragement à la politique de santé publique (1 compétence)

Domaine VI : Autres compétences (urgences dentaires et médicales, prescriptions, patients à besoins spécifiques) (4 compétences)

Pour chaque compétence, le répondant devait s'auto-évaluer au moyen d'une échelle de Likert à cinq niveaux : « très compétent », « plutôt compétent », « plutôt incompétent », « pas du tout compétent » et « ne sait pas ». Pour les promotions sorties depuis plus d'un an de la Faculté, il était demandé aux répondants de s'évaluer sur le niveau qu'ils jugeaient avoir acquis en fin de formation et non pas sur leur niveau actuel.

En fin de questionnaire, deux dernières tâches étaient demandées aux répondants :

- Tout d'abord de noter selon eux entre 0 et 10 le degré de responsabilité sociale de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand. La responsabilité sociale se définit comme l'engagement d'une faculté de santé de répondre de façon aussi performante que possible aux besoins en santé prioritaires de la population, en respectant les valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficience (Boelen et al, 2008)
- De classer dans un ordre croissant les 5 compétences qui selon eux devaient absolument être approfondies au cours de la formation initiale.

Le questionnaire se terminait par une question ouverte où le répondant pouvait s'exprimer librement. Les commentaires recueillis serviront à étayer la discussion de ce travail.

2 - 4. Recherche des anciens étudiants et envoi du questionnaire

La liste des sept promotions a été fournie par le secrétariat de la faculté. Mr Jérémy Tallier, étudiant de la promotion 2013/2014 avait soutenu sa thèse l'année précédente dont le titre était : « Profils et modes d'exercice des jeunes chirurgiens-dentistes diplômés à Clermont-Ferrand depuis 2008 » (Tallier J, 2014). Il nous a fourni le fichier d'adresses mail qu'il avait

bâti lors de son travail. La dernière promotion a pu être contactée quant à elle facilement par le mur Facebook de la promotion.

L'effectif se composait au total de 375 praticiens. Sur ces 375 praticiens, 289 ont pu être contactés via internet (adresse e-mail personnelle ou professionnelle, profil Facebook) soit 77,1% de l'effectif total. L'effectif final comprenait 166 femmes (57,4%) et 123 hommes.

Le questionnaire a été réalisé à l'aide de la plateforme Survey Monkey et envoyé par message privé Facebook pour 275 praticiens ou courriel pour les 14 restants.

Un message accompagnait le questionnaire pour expliquer le but de l'étude, encourager les réponses et préciser que la récolte était anonyme. Une relance afin d'obtenir plus de réponses a été envoyée 15 jours après le premier envoi.

2 - 5. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué grâce à la plateforme Survey Monkey, puis elles ont été transférées dans un tableau de type Excel. Les résultats seront essentiellement représentés de manière descriptive.

Pour chaque compétence et par promotion, nous avons calculé les % de répondants se jugeant très compétents, plutôt compétents, plutôt incompétents et tout à fait incompétents. Ceci nous a amené à classer les compétences en quatre niveaux repérés par des couleurs :

- compétences vertes : compétences pour lesquelles plus de 75% des répondants se déclarent très compétents ou plutôt compétents
- compétences jaunes : compétences pour lesquelles 50 à 75% des répondants se déclarent très compétents ou plutôt compétents
- compétences oranges : compétences pour lesquelles 50 à 75% des répondants se déclarent très incompétents ou plutôt incompétents
- compétences rouges : compétences pour lesquelles plus de 75% des répondants se déclarent très incompétents ou plutôt incompétents

Afin de séparer d'éventuels ex-aequos, pour chaque compétence, un pourcentage d'excellence ou au contraire de grande difficulté a été calculé. Pour une compétence verte ou jaune : le pourcentage d'excellence est le pourcentage de répondants se jugeant très compétents sur le pourcentage de compétence totale (% de très compétents + % de plutôt compétents). Pour une compétence orange ou rouge, c'est l'inverse qui a été calculé (% de très incompétents/% de très incompétents+% de plutôt incompétents).

Les résultats seront interprétés globalement mais également par groupes de répondants. Afin de voir d'éventuelles différences entre les promotions, nous avons effectivement choisi de séparer les répondants en quatre groupes :

- le groupe 1 : promotions 2009 à 2012 (= 39 répondants)
- le groupe 2 : promotion 2013 (= 29 répondants)
- le groupe 3 : promotion 2014 (= 33 répondants)
- le groupe 4 : promotion 2015 (= 44 répondants).

La séparation entre les groupes s'est faite de manière à équilibrer le nombre de répondants dans chaque groupe. Ceci peut permettre également de voir un effet du temps sur la perception de compétence car même si l'on demande aux répondants de la promotion de 2009 de juger leur compétence par rapport à leurs souvenirs de sortie de faculté, ce jugement est nuancé probablement par les six années d'exercice que les répondants ont eu après.

Afin d'identifier les compétences qui nécessitent d'être le plus améliorées selon les récents diplômés, pour chaque répondant, 5 points ont été attribués à la compétence citée en premier comme devant être la plus à améliorer, 4 points à celle citée en second, 3 à celle citée en 3ème position, 2 à la compétence citée en 4ème, et enfin 1 point à celle citée en dernière position. Ainsi les compétences ont été classées grâce au nombre de points obtenus. Nous avons également noté le nombre de fois où une compétence était citée comme à améliorer par les répondants.

III - Résultats

3-1. Profil des répondants

Sur les 289 praticiens qui ont pu être contactés, seuls 147 ont répondu au questionnaire (50,9%). Si on rapporte à la population de départ (N=375), 39,2% des anciens étudiants ont répondu à notre étude.

3-1-1. Sexe

La population des répondants comprend 100 de femmes (68%) et 47 hommes (32%). Si on compare à la répartition par sexe de la population contactée (57,4% de femmes et 42,6% d'hommes), ce sont donc les femmes qui ont eu plus tendance à répondre au questionnaire.

3-1-2. Année de validation de la dernière année d'étude (TCEO1)

Six personnes de la promotion 2009 ont répondu au questionnaire, 8 de la promotion 2010, 12 de la promotion 2011, 13 de la promotion 2012, 29 de la promotion 2013, 33 de la promotion

2014 et enfin 44 personnes de la promotion 2015. 2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

La répartition des réponses selon les différentes promotions est donnée figure 1.

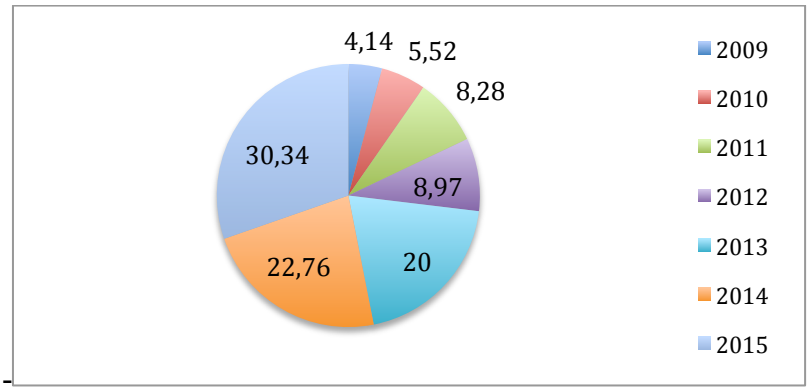


Fig 1 : Répartition (en pourcentage) des répondants selon les différentes promotions

Les étudiants sortis le plus récemment de la faculté ont donc été les plus nombreux à répondre au questionnaire.

3-1-3. Activité professionnelle

95.86% ont actuellement une activité dans le domaine de l'Odontologie, 0.69% (= 1 répondant) ont une activité hors Odontologie et 3.45% (= 5 répondants) sont sans activité.

3-1-4. Mode d'exercice

48% ont un exercice libéral chez un confrère en tant que collaborateur, 31% en tant que remplaçant.

11% travaillent à l'hôpital et 8% travaillent en association dans leur propre cabinet.

Les praticiens restants se répartissent entre exercice dans leur propre cabinet seul ou avec un collaborateur, exercice en centres de santé, ou sont enseignants hospitalo-universitaires.

3-1-5. Type d'exercice

96,6% des répondants (142 praticiens) sont des omnipraticiens, 2,8% (4 praticiens) avec un exercice prédominant (prothèse ou esthétique) et un praticien (0,7%) est spécialisé en ODF.

3-1-6. Milieu d'exercice professionnel

107 praticiens (72,8%) travaillent en milieu urbain (population >2000 habitants) et 35 (23,8%) en milieu rural. 5 personnes n'ont pas répondu à cette question

3-1-7. Fréquence de participation à des activités de formation en odontologie continue

La répartition des réponses en fonction de la fréquence de participation à des activités de formation continue est donnée figure 2.

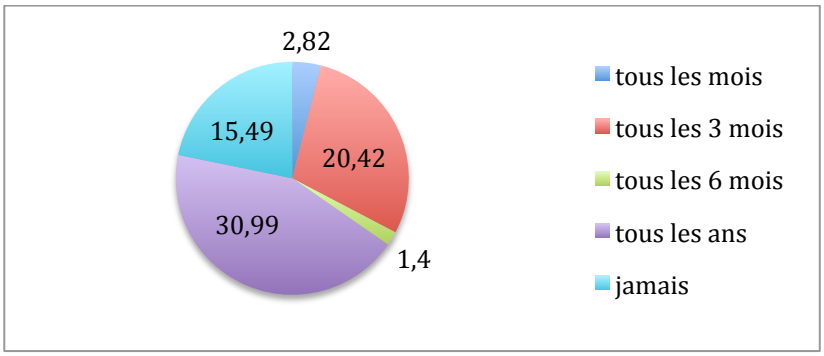


Fig 2 : Répartition (en pourcentage) des répondants en fonction de la fréquence de participation à des activités de formation continue

3-1-8. Consultation de revues odontologiques

105 personnes (71,4%) disent consulter des revues odontologiques : 50,3% des répondants consultent des revues de santé professionnelle (Information dentaire, CDF, Clinic…) et 21,1% des revues scientifiques. 40 personnes disent ne pas consulter de revues odontologiques et deux personnes n'ont pas répondu à cette question.

3-2. Les différents niveaux de compétence

Les résultats concernant le niveau de compétence estimé par les répondants concernant les 53 compétences présentes dans le questionnaire sont donnés tableau 1.

Place	N°*	A**	B***	Intitulé compétence
1	32	99,17	40,00	Diagnostiquer la maladie carieuse et adapter sa prise en charge
2	17	98,36	40,00	Conduire un entretien médical complet, recueillir l'histoire dentaire et médicale du patient
3	44	97,54	33,62	Réaliser une prothèse fixe unitaire
4	58	97,54	31,94	Gérer l'urgence dentaire
5	18	97,54	28,57	Tenir des dossiers patients à jour (radios, comptes-rendus…)
5bis	45	97,54	28,57	Réaliser une reconstitution corono-radiculaire
7	33	97,54	27,73	Traiter la maladie carieuse, restaurer les dents et la denture en termes de fonction mais aussi d'esthétique
8	43	96,72	22,03	Proposer au patient les différentes thérapeutiques prothétiques adaptées à son cas
9	24	95,90	28,21	Enseigner au patient les principes de la santé bucco-dentaire, d'hygiène, d'alimentation, évaluer le risque carieux

10	60	95,90	16,24	Prescrire les médications courantes en Odontologie en fonction des pathologies présentes et des traitements en cours des patients y compris chez l'enfant
11	37	95,09	36,21	Réaliser l'avulsion simple d'une racine ou d'une dent sur arcade
12	12	95,08	22,41	Savoir reconnaître ses limites (demander conseil ou adresser un patient à un confrère)
13	9	95,04	32,18	Garantir la confidentialité des données du patient
13bis	34	95,04	26,08	Réaliser le traitement endodontique quelle que soit la dent concernée (incisive, molaire…)
15	50	94,26	18,26	Réaliser une prothèse provisoire (couronne, bridge)
16	20	91,80	20,53	Prendre et interpréter des clichés radiologiques
17	30	90,98	30,63	Pratiquer le détartrage, surfaçage
18	47	90,98	22,52	Réaliser une prothèse partielle amovible
19	14	89,34	20,18	Savoir communiquer avec ses patients (évaluer leurs attentes et leur motivation, obtenir un consentement éclairé, gérer leurs appréhensions et leur stress…)
20	48	88,52	25,00	Réaliser une prothèse amovible complète
21	41	84,42	22,33	Prendre en charge la douleur des patients, maitriser les indications et les techniques d'anesthésie et d'analgésie
22	53	83,60	15,68	Savoir prendre en charge le traitement d'un enfant, quel que soit son âge, en termes de communication, relation, apprentissage et acceptation des soins
23	51	83,47	14,86	Connaître les indications et les contre-indications d'un traitement implantaire
24	35	81,14	16,16	Réaliser un retraitement endodontique
25	11	80,99	16,32	Maintenir un environnement de travail sans danger pour les patients, l'équipe soignante et soi-même, en particulier sélectionner puis suivre les procédures de contrôle de l'infection croisée
26	46	78,69	14,59	Réaliser une prothèse fixée plurale
27	15	77,50	16,13	Savoir communiquer avec l'équipe soignante
28	25	77,04	17,02	Pratiquer les actes courants de prévention (fluoration, sealant…)
29	55	75,41	8,70	Diagnostiquer les troubles orthodontiques et savoir adresser à un spécialiste
30	40	73,77	11,12	Prendre en charge les complications per et post opératoires de la chirurgie
31	57	72,13	10,23	Faire la promotion de la santé et la prévention des maladies générales
32	49	71,07	5,81	Rétablir une bonne dimension verticale d'occlusion
33	19	70,50	12,79	Connaître les dangers des radiations ionisantes et appliquer les règles de protection
34	16	69,67	21,17	Maitriser les technologies modernes d'information pour la recherche, la documentation, la formation continue ou la communication (internet,…)
35	22	69,67	9,42	Elaborer un plan de traitement multidisciplinaire et en développer les différentes étapes
36	29	63,12	15,59	Evaluer l'état parodontal initial, faire un diagnostic et établir un plan de traitement global en parodontologie
37	61	61,67	6,76	Prendre en charge les patients à besoins spécifiques (personnes dépendantes, âgées, patients polymédiqués..)
38	36	56,56	14,50	Poser les indications de chirurgie endodontique et savoir adresser si besoin

39	21	54,92	7,47	Connaître, savoir prescrire des examens complémentaires et les interpréter
40	13	52,46	12,50	Evaluer de façon critique la littérature scientifique et intégrer les nouvelles informations dans son exercice quotidien, pratiquer une dentisterie basée sur des preuves scientifiques
41	59	50,00	19,70	Gérer l'urgence médicale
42	42	50,82	16,10	Reconnaître une douleur chronique orofaciale, la gérer ou au besoin référer à un spécialiste
43	56	56,20	5,90	Reconnaître les manifestations orales des principales pathologies générales
44	39	61,47	25,30	Prendre en charge les traumatismes alvéolo-dentaires
45	52	61,99	65,30	Réaliser une prothèse supra-implantaire
46	38	63,93	25,60	Réaliser une avulsion complexe (dent incluse, alvéolectomie…)
47	26	65,57	26,20	Diagnostiquer les pathologies de la muqueuse buccale aigües et chroniques
48	27	66,39	21,00	Prendre en charge les pathologies de la muqueuse buccale aigües et chroniques (traiter ou adresser)
49	23	77,05	28,70	Reconnaître les signes d'abus, maltraitance et abandon envers les patients et savoir en informer les instances légales compétentes
50	54	80,33	36,70	Diagnostiquer et prendre en charge les troubles de l'occlusion, les pathologies des ATM
51	31	82,05	63,00	Effectuer les chirurgies parodontales courantes (lambeau d'assainissement, élongation radiculaire…)
52	10	86,88	73,60	Gérer la structure du cabinet et en particulier tenir une comptabilité et gérer le personnel
53	28	91,80	77,70	Effectuer une biopsie, une exérèse

*: numéro donnée à la compétence dans le questionnaire

** : - pour les compétences vertes et jaunes : % de répondants ayant répondu plutôt compétent ou tout à fait compétent

-pour les compétences oranges et rouges : % de répondants ayant répondu plutôt incompétent ou tout à fait incompétent

*** :- pour les compétences vertes et jaunes : % d'excellence = % tout à fait compétents/% tout à fait compétents+% plutôt compétents

-pour les compétences oranges et rouges : % de difficulté = % tout à fait incompétents/% tout à fait incompétent +% plutôt compétent

Tableau 1 : Classement des différentes compétences en fonction du niveau de compétence ressentie par les répondants

Si l'on regarde les résultats toutes promotions confondues, 29 compétences sur 53 sont dans le groupe vert (plus de 75 % des répondants se sont jugés tout à fait compétents ou plutôt compétents), 11 dans le groupe jaune (entre 50 et 75% de répondants compétents). Donc pour 40 compétences sur les 53 testées, les répondants ont jugé qu'ils étaient plutôt compétents à leur sortie de l'UFR.

Pour 13 compétences, plus de la moitié des répondants ont jugé qu'ils n'étaient pas compétents à la fin de leurs études (compétences oranges et rouges). Pour cinq de ces 13 compétences, le % d'incompétence est supérieur à 75% (compétences rouges). Il s'agit des compétences :

- Reconnaître les signes d'abus, maltraitance et abandon envers les patients et savoir en informer les instances légales compétentes
- Diagnostiquer et prendre en charge les troubles de l'occlusion, les pathologies de l'ATM
- Effectuer les chirurgies parodontales courantes (lambeau d'assainissement, élongation radiculaire…)
- Gérer la structure du cabinet et en particulier tenir une comptabilité et gérer le personnel
- Effectuer une biopsie, une exérèse

Si pour les deux premières compétences citées, le % de difficulté est situé autour de 30-35% (nombre de tout à fait incompétents peu élevé par rapport à celui des plutôt incompétents), pour les trois dernières le % de difficulté se situe entre 63 et 78% (beaucoup plus de répondants se sont déclarés totalement incompétents).

Les résultats des différents groupes sont exposés dans le tableau 2. On note que les compétences notées rouge globalement (23, 54, 31, 10 et 28) sont généralement classées rouges pour les 4 groupes excepté un groupe qui classe la compétence 23 en orange. De nombreuses compétences vertes pour le score global (23/53) sont notées vertes pour tous les groupes (compétences 9, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 24, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 58, 60). 5 compétences (27, 38, 39, 52, 56) sont classées orange par tous les groupes. Les compétences classées jaune au regard du score global obtenu varient souvent de couleur selon le groupe. L'acquisition de deux compétences (29 et 53) semble s'être améliorée avec le temps.

Compétences	2009-2012	2013	2014	2015	total
9	93,54	100	89,62	100	95,04
10	90,32	88,87	89,66	80,56	88,88
11	83,87	77,77	82,76	80,56	80,99
12	93,54	96,27	89,65	100	95,08
13	56,25	62,96	58,62	55,56	52,46
14	87,09	81,46	93,1	91,67	89,34
15	74,19	70,36	79,31	75	77,5
16	70,95	77,76	68,96	61,11	69,67
17	99,99	96,29	96,55	100	98,36

18	99,99	99,97	93,1	97,22	97,54
19	77,4	70,36	65,51	63,89	70,5
20	87,05	96,28	89,65	94,44	91,8
21	54,8	62,95	62,07	58,33	54,92
22	51,86	70,37	72,42	80,55	69,67
23	77,42	77,76	82,76	72,23	77,05
24	100	96,28	89,66	97,22	95,9
25	74,2	74,07	89,66	69,44	77,04
26	77,4	66,66	58,62	61,11	65,57
27	70,95	62,95	62,07	66,67	66,39
28	96,75	92,59	86,2	91,67	91,8
29	54,84	62,96	58,62	83,34	63,12
30	87,1	85,17	89,66	100	90,98
31	77,4	77,75	89,65	77,88	82,65
32	96,6	100	96,55	100	99,17
33	96,7	96,29	96,55	100	97,54
34	93,57	100	93,1	91,66	95,04
35	77,4	77,78	82,75	80,56	81,14
36	58,05	55,54	65,52	58,33	56,56
37	96,8	96,29	89,65	94,45	95,09
38	70,8	51,85	62,07	63,88	63,93
39	57,9	51,83	62,07	69,5	61,47
40	77,4	66,66	79,31	69,45	73,77
41	90,3	81,45	79,31	83,33	84,42
42	51,65	51,84	51,73	50	50,82
43	93,4	92,59	96,55	100	96,72
44	96,8	100	100	94,44	97,54
45	96,76	96,3	96,55	97,22	97,54
46	74,06	88,89	72,41	77,78	78,69
47	83,86	88,89	93,1	88,88	90,98
48	83,8	88,86	86,2	94,44	88,52
49	70,95	88,9	58,61	66,67	71,07
50	100	100	96,55	83,33	94,26
51	80,6	74,07	89,65	86,11	83,47
52	64,5	62,94	65,51	55,56	61,99
53	74,15	81,48	82,76	94,45	83,6
54	83,86	77,78	82,76	77,78	80,33
55	74,2	81,48	79,3	72,22	75,41
56	58,02	59,25	58,62	50	56,2
57	67,72	77,76	68,97	75	72,13
58	93,54	100	96,55	97,22	97,54
59	48,39	51,85	55,16	61,11	50
60	100	92,57	93,1	97,23	95,9
61	77,42	51,84	51,72	58,34	61,67

Tableau 2 : Comparaison de l'évaluation des compétences selon les différents groupes

3-3. Les 5 compétences à améliorer au cours de la formation initiale

Globalement, les répondants citent les compétences suivantes comme à améliorer au cours de la formation initiale (par ordre décroissant) :

- Gérer la structure du cabinet et en particulier tenir une comptabilité et gérer le personnel (N°10)
- Effectuer les chirurgies parodontales courantes (lambeau d'assainissement, élongation radiculaire…) (N°31)
- Réaliser une avulsion complexe (N°38)
- Réaliser une prothèse supra-implantaire (N°52)
- Diagnostiquer et prendre en charge les troubles de l'occlusion, les pathologies de l'ATM (N°54)

10, 31 et 54 sont des compétences évaluées rouge et 38 et 52 orange.

Les résultats par groupe sont donnés dans le tableau 3. On note que pour tous les groupes « Gérer la structure du cabinet et en particulier tenir une comptabilité et gérer le personnel » est la compétence citée en premier comme étant à améliorer. La compétence « Effectuer les chirurgies parodontales courantes » est la compétence citée en second pour trois des quatre groupes.

2009-2012	10	31	38	22	52
2013	10	38	31	54	28
2014	10	31	52	54	21
2015	10	31	38	52	26
total	10	31	38	52	54

*Compétences classées par ordre décroissant de nécessité d'amélioration du rouge vers le bleu

Tableau 3 : Compétences dont l'enseignement doit être amélioré selon les différents groupes

3-4. Responsabilité sociale de l'UFR de Clermont-Ferrand

La note globale obtenue est de 6,93/10. Les résultats par promotion sont donnés dans le tableau 4.

Promotion	Nombre de répondants	Note obtenue
2009	5/6	5,60/10
2010	8/8	7,06/10
2011	9/12	7,00/10
2012	10/13	6,60/10
2013	26/29	6,79/10
2014	29/33	7,31/10
2015	36/44	6,52/10
Total	123/145	**6,93/10**

Tableau 4 : Niveau de responsabilité sociale de l'UFR évalué par les répondants

IV - Discussion

Cette étude fait suite à plusieurs qui ont déjà été faites au sein de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand et visant à évaluer la qualité de la formation donnée aux étudiants (Chaumeil, 1999, Nicolas et al, 2009). Elle reprend, avec quelques modifications, le questionnaire déjà employé lors de l'étude de Nicolas et al. en 2009.

Les objectifs de ce travail étaient les suivants : évaluer le niveau de compétences acquis en fin de cursus en formation initiale, des diplômés sortis ces 7 dernières années (promotions 2009-2015), déterminer de ce fait les points forts et les points faibles de la formation initiale dans notre UFR, mettre en évidence les cinq compétences qui doivent être améliorées en priorité lors de la formation initiale, comparer nos résultats à ceux de l'étude réalisée sur le même sujet 8 années auparavant (Nicolas et al, 2009) et donc de voir l'évolution de la qualité de la formation sur une douzaine d'années (promotion 2003 : 1ère promotion évaluée dans l'étude de 2009 ; promotion 2015 : dernière promotion évaluée dans cette étude).

Méthodologie employée

Le nombre des promotions interrogées est important : les 7 dernières. Ce choix s'explique pour plusieurs raisons. Tout d'abord nous voulions prolonger l'étude faite en 2009. C'est pourquoi nous sommes remontés jusqu'à la promotion 2009, la promotion 2008 ayant répondu en tant qu'étudiants de 5ième année lors de la précédente étude. Puis, pour que la population puisse évaluer la formation reçue, il faut au préalable qu'elle soit confrontée aux réalités du milieu professionnel et voit si la formation reçue est apte à lui permettre de

résoudre les problèmes bucco-dentaires rencontrés lors de son exercice. Cependant, interroger des praticiens des promotions les plus anciennes (sortis de la faculté depuis plus de cinq ans) occasionne d'autres difficultés : la première est de retrouver une adresse où joindre ces praticiens (surtout pour les femmes qui se sont mariées et qui ont le plus souvent changé de nom de famille entre leur sortie de la Faculté et la période où le questionnaire est envoyé) ; puis, les générations qui sont sorties depuis le plus longtemps sont souvent celles qui répondent en plus petit nombre (seulement 6 répondants pour la promotion 2009 et 8 répondants pour la promotion 2010). Enfin, bien que l'on ait précisé aux répondants de s'auto-évaluer sur la compétence qu'ils avaient acquise à la fin de leurs études et non celle qu'ils jugeaient avoir actuellement, on peut imaginer que la compétence acquise au cours des années d'exercice et l'éloignement de la période d'études font que les répondants ont une vision moins nette de leurs capacités lors de l'obtention du diplôme. C'est pourquoi nous avons regroupé les quatre promotions les plus anciennes en un seul groupe afin d'équilibrer le nombre de participants dans les différents groupes que nous voulions comparer. Il serait donc plus simple d'interroger chaque année la promotion sortante car facilement joignable et souvent très motivée pour répondre à ce genre de questionnaire. Cependant, on se confronte là aussi à plusieurs écueils comme le manque de recul par rapport au futur exercice professionnel et le fait qu'évaluer de manière répétitive la formation tous les ans empêche d'avoir le recul nécessaire pour mettre en place des modifications de grande ampleur au sein du curriculum. Donc, un juste milieu qui tendrait à évaluer tous les trois ans, la formation auprès des trois dernières promotions diplômées serait certainement un bon consensus.

Le taux de réponse au questionnaire est relativement modeste (50,9%). Il est plus faible que celui obtenu lors de l'étude de Nicolas et al (2009) mais lors de cette étude seulement deux promotions d'anciens étudiants étaient interrogées : ceux sortis depuis un an et ceux sortis depuis quatre ans, les deux autres promotions étudiées étant celles des étudiants de cinquième et de sixième années qu'il était alors facile de contacter. De plus, les promotions interrogées dans cette étude l'avaient déjà été l'année dernière pour la thèse d'exercice de Jérémy Tallier (2014) portant sur leurs profils socio-démographiques et leurs modes d'exercice. Une question était posée sur la qualité de la formation et certains ont peut-être jugé qu'ils avaient déjà répondu à cette question. On note que ce sont les promotions sorties récemment qui répondent le plus, ce qui semble relativement logique du fait qu'ils sont encore très attachés à leur UFR de formation. Greenwood et al en 1998 avait noté que les jeunes diplômés veulent souvent participer à toute action visant à s'assurer de la qualité de la formation dans la faculté qui les a formés.

La méthode employée peut également être discutée. Nous avons choisi d'évaluer la compétence par un questionnaire d'auto-évaluation. Cette méthode peut paraître assez subjective mais le répondant n'avait pas à juger de sa propre compétence mais de celle que lui avait donnée la formation à la fin de son cursus, ce qui peut amener le répondant à être plus objectif. Cette méthode d'auto-évaluation a été utilisée dans beaucoup d'autres études (Grace, 2001 ; Arena et al, 2007 ; Macluskey et al, 2012 ; Yiu et al, 2011 et 2012) et elle s'est révélée judicieuse pour évaluer des compétences cliniques. Il serait cependant utile de compléter l'étude en demandant également aux praticiens qui accueillent les étudiants en stage actif ou les jeunes praticiens fraîchement diplômés en remplacement ou en collaboration sur les niveaux de compétence de ces derniers. Ceci a été déjà fait ou envisagé dans d'autres études (Razak et al, 2008 ; Yiu et al, 2012).

On peut aussi discuter le fait d'avoir utilisé une échelle de Lickert à quatre niveaux plutôt qu'une Echelle Visuelle Analogique de 0 à 10 pour évaluer le niveau de compétence comme cela avait été fait lors de la précédente étude (Nicolas et al, 2009). En effet l'utilisation d'une EVA permet d'obtenir des réponses beaucoup plus précises qu'une échelle de Lickert et de ce fait de pouvoir comparer les données par des tests statistiques. Cependant la plateforme utilisée pour recueillir les réponses ne permet pas l'utilisation d'une EVA.

Profil des répondants

La population d'études comprend plus de femmes que d'hommes (57% contre 43%) et est le reflet de la féminisation de la profession puisqu'actuellement les femmes de moins de 30 ans représentent 59,6% des dentistes de leur tranche d'âge (Bancquart et al, 2013). On note 68% de femmes parmi les répondants ce qui montre également que ce sont les femmes qui ont plus tendance à répondre au questionnaire. Ceci s'était également vérifié lors de l'étude de 2009 (Nicolas et al, 2009).

La formation conduit à une bonne insertion dans le milieu professionnel puisque seulement 6 répondants sur les 147 n'ont pas d'activité dans le milieu de l'Odontologie. On peut cependant imaginer que ce résultat est légèrement sous-estimé puisque ceux n'ayant plus d'activité dans le milieu de l'Odontologie font partie de ceux pour lesquels nous n'avons pas retrouvé d'adresse e-mail et que s'ils ont reçu le questionnaire, ils n'ont peut-être pas jugé utile d'y répondre.

On note également qu'une grande partie des répondants travaillent en libéral chez un confrère soit en collaboration soit en remplacement. Ceci s'explique certainement par le fait que ce sont majoritairement des étudiants des dernières promotions et des femmes qui ont répondu à

notre étude et Jérémy Tallier (2014) a montré lors de sa thèse d'exercice que les trois quarts des hommes diplômés de l'UFR de Clermont-Ferrand sont installés 4 ans après la thèse contre seulement 30 % des femmes. Seulement 50% d'entre elles sont installées 6 ans après leur sortie de la Faculté.

Il est difficile de discuter la participation à des activités de formation continue puisque ce sont surtout des jeunes diplômés qui ont répondu au questionnaire et qu'ils n'ont pas tous commencé une démarche de développement professionnel. Ils nous ont d'ailleurs fait la remarque lors de la question ouverte.

La plupart des répondants sont des omnipraticiens (96,6%). Ce résultat est très proche de celui de l'étude de Nicolas et al (2009) et de celle de Chaumeil (1999).

Evaluation des compétences

Vingt-neuf compétences sur 53 sont dans le groupe vert ce qui veut dire que pour ces compétences, 75% des répondants se sont jugés plutôt ou tout à fait compétents. Onze compétences sont dans le groupe jaune ce qui veut dire que pour ces compétences entre 50 et 75% des répondants se sont jugés compétents. Donc pour 40 compétences sur les 53 testés, les répondants ont jugé qu'ils étaient plutôt compétents à leur sortie de l'UFR et cela tendrait donc à montrer que la formation initiale donnée prépare bien ses diplômés à l'exercice professionnel. Il est démontré cependant dans la littérature que certaines compétences sont plus faciles à acquérir que d'autres. Ainsi dans les études qui ont pour objectif d'évaluer dans des Facultés la formation donnée, la compétence « Traiter la maladie carieuse » est généralement reconnue par tous comme facilement acquise à la fin d'un cursus initial (Widström et al, 1988, Raffeek et al, 2004, Nicolas et al, 2009, Schönwetter et al, 2011,Yiu et al, 2012).

Dans notre étude, huit compétences sont classées orange (entre 50 et 75% des répondants se déclarent incompétents à la sortie de la formation initiale) et cinq compétences sont classées rouge (plus de 75% des répondants se déclarent incompétents). La mauvaise acquisition d'une compétence au cours de la formation peut s'expliquer de deux manières : soit par la difficulté d'acquisition de la compétence en fin de cursus, soit par l'insuffisance de la formation. Les compétences « Gérer l'urgence médicale », « Prendre en charge les traumatismes alvéolo-dentaires » , « Effectuer une biopsie, une exérèse » ou « Réaliser une avulsion complexe » sont des compétences qui sont généralement reconnues comme mal acquises en fin d'un cursus de formation initiale (Schönwetter et al, 2011,Yiu et al, 2012). La principale raison étant que les étudiants sont peu confrontés au cours de leur cursus à ces situations cliniques

(Arena et al, 2007). La compétence s'acquiert donc par la suite avec l'expérience sur le terrain de l'exercice professionnel. Cependant, on pourrait imaginer que l'équipe enseignante puisse réfléchir à des méthodes pédagogiques qui permettraient de multiplier les occasions où les étudiants puissent être confrontés à ce genre de situations cliniques au cours du cursus (travail en petits groupes sur cas cliniques, jeux de rôle, simulation sur mannequins…).

Les deux compétences « Réaliser une prothèse supra-implantaire » et « Effectuer les chirurgies parodontales courantes » sont également jugées comme mal acquises à la fin du cursus. Une insuffisance dans la formation des étudiants peut être évoquée pour ces deux compétences. En effet l'implantologie, dans sa partie clinique, n'est encore réservée aujourd'hui dans le curriculum de l'UFR qu'à un nombre restreint d'étudiants sous la forme d'un module optionnel. La volonté des enseignants de cette discipline de vouloir étendre l'exercice clinique de la prothèse supra-implantaire à la totalité des étudiants devrait permettre une meilleure acquisition de cette compétence. Ceci devra être suivi attentivement dans les études futures sur l'évaluation de la formation initiale. De même pour la formation clinique sur la chirurgie parodontale : depuis 5 ans, cette pratique clinique s'ouvre peu à peu aux étudiants : là également, il sera intéressant de suivre l'acquisition de cette compétence dans les années futures.

Enfin, la mauvaise acquisition de certaines compétences peut s'expliquer par une association des deux raisons : la difficulté d'acquisition et le manque de formation. C'est le cas par exemple de la compétence « Gérer la structure du cabinet et en particulier tenir une comptabilité et gérer le personnel ». Cette compétence est décrite dans de nombreuses études comme mal acquise à la fin du cursus de formation initiale (Greenwood, 1998, Yiu et al, 2011, Yiu et al, 2012). De plus, les étudiants acquièrent leurs compétences cliniques dans un environnement (environnement hospitalier) qui est différent de celui de leur futur exercice professionnel (cabinet libéral) et ont peu accès au cours de leur cursus aux notions de gestion et de comptabilité, ces fonctions étant assurés par le personnel administratif du service d'Odontologie. Depuis deux ans, l'enseignement de vie professionnelle a été renforcé en 6^{ième} année notamment par l'apprentissage de l'utilisation de divers logiciels métier et par un enseignement plus détaillé en gestion et comptabilité. Là également, la progression dans l'acquisition de cette compétence devra être suivie lors d'études ultérieures.

Lorsque l'on compare les résultats entre les différents groupes, on note très peu de variations ce qui tendrait à confirmer que certaines compétences sont faciles à acquérir à la fin d'un cursus initial et que d'autres sont beaucoup plus difficiles à acquérir. Cependant, on note que deux compétences ont vu leur acquisition s'améliorer au fil du temps ce qui justifie la mise en

place de telles études car une fois les points faibles et les points forts de la formation identifiés, des méthodes visant à améliorer les faiblesses peuvent porter leurs fruits.

Comparaison des résultats avec ceux obtenus en 2009

Il est intéressant de comparer les treize compétences jugées les moins acquises lors de l'étude de Nicolas et al (2009) et lors de notre étude. Parmi ces treize compétences, 12 sont communes entre les deux études. La treizième compétence de l'étude de 2009 « Effectuer la mise en place chirurgicale d'implants » n'est pas incluse dans cette étude. Effectivement, il est considéré désormais au niveau européen (Cowpe et al, 2010) que la mise en place chirurgicale d'implants n'est plus une compétence qui doit être acquise au cours de la formation initiale. La treizième compétence la plus difficilement acquise dans notre étude « Réaliser une avulsion complexe » est non présente dans celle de 2009, cependant elle était alors placée juste avant les treize compétences ayant obtenu les plus faibles scores. On peut donc noter que la situation n'a donc pas varié entre les deux évaluations de la formation initiale de 2009 et 2015 en ce qui concerne les compétences les moins acquises en fin de cursus. Il faut donc légitimement se poser la question de savoir pourquoi la situation n'a pas évolué favorablement entre ces deux périodes. En effet la mise en place d'évaluation de la formation ne vaut que si, après un premier bilan, des stratégies sont mises en place de façon à améliorer les faiblesses mises en évidence lors de l'évaluation. Il est donc urgent de mettre en place certaines stratégies (augmentation des mises en situation clinique par diverses méthodes pédagogiques pour les compétences peu rencontrées au cours de l'activité clinique, amélioration de la formation pour d'autres compétences…) pour tenter d'améliorer la formation des étudiants tout en gardant à l'esprit que certaines compétences sont beaucoup plus difficiles à acquérir que d'autres et qu'il sera difficile d'obtenir pour ces dernières un résultat optimal.

Les cinq compétences à améliorer au cours de la formation

Les cinq compétences dont la formation doit être améliorée au cours du curriculum sont toutes promotions confondues et par ordre croissant : « Diagnostiquer et prendre en charge les troubles de l'occlusion et les pathologies de l'ATM », « Réaliser une prothèse supra-implantaire », « Réaliser une avulsion complexe », « Effectuer les chirurgies parodontales courantes » et « Gérer la structure du cabinet et en particulier tenir une comptabilité et gérer le personnel ». Quatre d'entre elles étaient déjà citées lors de l'étude de 2009, la cinquième dans cette étude étant « Effectuer la mise en place chirurgicale d'implants » qui ne fait désormais

plus partie des compétences à acquérir en fin de formation initiale par l'étudiant européen (Cowpe et al, 2010). Ces cinq compétences, bien qu'étant classées dans les groupes rouge ou orange ne sont pas obligatoirement celles qui avaient obtenu les scores d'incompétence les plus élevées. A contrario deux compétences classées dans le groupe rouge ne sont pas citées comme étant celles dont la formation doit être améliorée en priorité. Ces deux compétences « Reconnaître les signes d'abus, maltraitance et abandon envers les patients et savoir en informer les instances légales compétentes » et « Effectuer une biopsie, une exérèse » sont dans la plupart des autres études jugées comme mal acquises en fin de cursus (Raffeek et al, 2004 , Yiu et al, 2011, Yiu et al, 2012). Les situations cliniques relevant de ces deux compétences sont peu nombreuses et les étudiants y sont donc peu confrontés au cours de leur cursus. Ils ont parfois tendance à croire qu'elles ne relèvent pas de leur profil professionnel. Cependant, il a été démontré que les séquelles des maltraitances se trouvent le plus souvent au niveau de la tête et du cou et les chirurgiens-dentistes sont souvent, dans ces cas précis, des interlocuteurs et des observateurs privilégiés (Drigeard et al, 2012)

La responsabilité sociale de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand

Le concept de responsabilité sociale des instituts de formation en santé est un concept récent qui suscite un intérêt grandissant (Boelen et al, 2012). La plupart des publications parues jusqu'ici s'intéressent plus particulièrement à la responsabilité des facultés de médecine. A notre connaissance, aucune étude n'a été jusqu'ici publiée sur le sujet en ce qui concerne les Facultés d'Odontologie. La responsabilité sociale d'un institut de formation en santé se définit comme « l'engagement à répondre de façon aussi performante que possible aux besoins de santé prioritaires du citoyen et de la société, notamment en érigeant comme principes fondateurs les valeurs de qualité, équité, pertinence et efficience, et la participation active à l'évolution du système de santé » (Boelen et al, 2008). Nous avons demandé aux répondants de noter entre 0 et 10 la responsabilité sociale de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand en tenant compte de cette définition. La note globale obtenue est de 6,93 ce qui est relativement encourageant. Cependant, nous n'avons eu aucun commentaire lors de la question ouverte à la fin du questionnaire sur les critères qui ont permis aux répondants d'attribuer cette note. Cette notion de responsabilité sociale devra donc être approfondie lors d'évaluations ultérieures.

V - Conclusion

Notre étude a montré que la formation donnée à l'UFR de Clermont-Ferrand permet globalement à ses diplômés de répondre aux besoins en santé orale de la population. Les diplômés de cet UFR ont jugé qu'ils étaient compétents, à leur sortie de l'UFR, en ce qui concerne 40 des 53 compétences testées. Seules 13 compétences semblent mal acquises en fin de formation soit parce que ces compétences sont reconnues comme difficiles à acquérir en fin de formation dans toutes les études traitant de ce sujet, soit parce que l'enseignement de ces compétences est insuffisant au sein de l'UFR. Ces points faibles mis en évidence sont cependant les mêmes que ceux qui avaient déjà été mis en évidence lors de la précédente étude de 2009. Il est donc du devoir de l'UFR de mettre en place des systèmes visant à améliorer l'acquisition de ces 13 compétences. Cela a déjà été mis en place pour certaines d'entre elles (augmentation de l'enseignement de vie professionnelle et en particulier de l'enseignement de gestion, réalisation de chirurgies parodontales courantes par tous les étudiants) et il sera intéressant de voir dans deux ou trois ans si, pour les jeunes diplômés, l'acquisition de ces compétences s'est améliorée. Pour d'autres compétences et bien qu'elles soient reconnues comme difficiles à acquérir lors d'un cursus de formation initiale, il faudra veiller, grâce à des techniques pédagogiques innovantes, à augmenter le nombre de situations cliniques auxquelles sont confrontés les étudiants et permettant leur acquisition (extractions complexes, douleurs orofaciales chroniques, lésions muqueuses…). Il pourrait par exemple être envisagé de mettre en place des « Serious Games », des « quizz » sur la plateforme pédagogique de l'Université, permettant à l'étudiant de faire un diagnostic à partir de cas cliniques iconographiés et d'augmenter parallèlement la pratique de certains actes sur simulateurs (type fantôme numérique).

Ce n'est que grâce au succès de ces améliorations que l'on pourra dire que le système d'assurance qualité mis en place au sein de l'UFR est totalement efficace, l'assurance qualité pouvant se définir comme l'ensemble des actions systématiques mis en place par une Faculté de santé en vue d'améliorer la qualité de son enseignement, de sa recherche et des soins qu'elle donne aux patients, ces trois domaines étant très étroitement intriqués.

VI – Références bibliographiques

1 – Arena G., Kruger E., Holley D., Millar S., Tennant M. Western Australian dental graduates'perception of preparedness to practice : a five-year follow-up. Journal of Dental Education. 2007 ; 71 : 1217-1222

2 - Bancquart L.et al**.** Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. ONDPS. Décembre 2013. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-de-la-demographie-des-chirurgiens-dentistes.html

3 – Baptiste M. Evaluation de la formation donnée au cours du cursus initial à l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand. Tallier J. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie-dentaire. Clermont-Ferrand I. 2007 n° 39

4 – Boelen C., Grand'maison P., Ladner J., Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. Pédagogie médicale. 2008 ; 9 : 235-244

5- Boelen C., Dharamsi S., Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. Education for Health. 2012 ; 25 : 180-194

6 **-** Chaumeil B. Etude longitudinale de six promotions d'étudiants diplômés de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand entre 1991 et 1996. Mémoire pour la Maîtrise universitaire de pédagogie des sciences de la santé. Paris. 1999. Tome 1.

7 - Chaumeil B. Etude longitudinale de six promotions d'étudiants diplômés de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand entre 1991 et 1996. Mémoire pour la Maîtrise universitaire de pédagogie des sciences de la santé. Paris. 1999. Tome 2.

8 - Cowpe J., Plasschaert A., Harzer W., Vinkka-Puhakka H. , Walmsley AD. Profile and competences of the graduating European dentist – Update 2009. European Journal of Dental Education. 2010 ; 14 : 193-202

9 – Drigeard C, Nicolas E., Hansjacob A., Roger-Leroi V. Educational needs in the field of detection of domestic violence and neglect: the opinion of a population of French dentists. European Journal of Dental Education. 2012 ; 16 : 156-165

10 – Grace M. Gathering information. 2 : methods of assessment. British Dental Journal. 2001 ; 191 : 11-18

11 – Greenwood LF., Lewis DW., Burges RC. How competent do our graduates feel ? Journal of Dental Education. 1998 ; 62 : 307-313

12 – Jones ML, Hobson R., Plasschaert AJ et al. Quality assurance and benchmarking : an approach for European dental schools. European Journal of Dental Education, 2007; 11 : 137-143.

13 – Lévy G, d'Ivernois JF, Brun D., Gagnayre R. A French dental school programme apparaisal by alumni of 5 – 9 years standing. European Journal of Dental Education, 1997; 1 : 70-77

14- Macluskey M., Durham J., Bell A., Cowpe J. et al. A national survey of UK final year students' opinion of undergraduate oral surgery teaching. European Journal of Dental Education. 2012 ; e205-e212

15 – Manakil J., George R. Self-perceived work preparedness of the graduating dental students. European Journal of Dental Education. 2013 ; 17 : 101-105

16 - Nicolas E., Baptiste M, Roger-Leroi V. Clermont-Ferrand dental school curriculum : an appraisal by last-year students and graduates. European Journal of Dental Education. 2009; 13 : 93-99

17 – Plasschaert AJ, Hollbrook WP, Delap E., Martinez C., Walmsley AD. Profile and competences for the European dentist. European Journal of Dental Education. 2004 ; 9 : 98-107

18 – Rafeek RN., Marchan SM., Naidu RS., Carrotte PV. Perceived competency at graduation among dental alumni of the University of West Indies. Journal of Dental Education. 2004; 68 : 81-88

19 - Razak IA., Latifah RR., Jaafar N., Abu Hassan MI., Ab Murat N. Assessing the competency of University of Malaya dental graduates : employers' and graduates' perceptions. Journal of Dental Education. 2007; 72 : 364-369

20- Schönwetter DJ., Law D., Mazurat R., Sileikyte R., Nazarko O. Assessing graduating dental students' competencies : the impact of classroom, clinic and externships learning experiences. European Journal of Dental Education, 2011 ; 15 : 142-152

21 - Tallier J. Profils et modes d'exercice des jeunes chirurgiens-dentistes diplômés à Clermont-Ferrand depuis 2008. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie-dentaire. Clermont-Ferrand I. 2015

22 – Widström E., Martinsson T., Nilsson B. Swedish and finnish dental practitioners'opinions of their undergraduate education. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1988 ; 16 : 139-142

23 - Yiu CKY, Mc Grath C., Bridges S., Corbet EF, Botelho MG., Dyson JE., Chan LK. Graduates' Perceived Preparedness for dental Practice from PBL and Traditional Curricula, Journal of Dental Education, 2011 ; 75 (9) : 1270-1279.

24 - Yiu CKY, Mc Grath C., Bridges S., Corbet EF, Botelho MG., Dyson JE., Chan LK. Self-perceived preparedness for dental practice amongst graduates of the University of Hong Kong's integrated PBL dental curriculum. European Journal of Dental Education, 2012 ; 16: e96-e105.

Annexe

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux récents diplômés

EVALUATION FORMATION INITIALE UFR ODONTOLOGIE CLERMONT-FD

Partie A : Informations générales

Pour les questions suivantes de 1 à 10, veuillez cocher la ou les cases correspondant à vos réponses.

1) De quel sexe êtes vous ?
   - □Féminin
   - □ Masculin

2) En quelle année avez vous validé TCEO1 (=T1)? ……..

3) Quelle est votre activité professionnelle ?
   - □ Activité dans le domaine de l'odontologie
     Combien de jours y consacrez-vous par semaine ?…….jrs/sem
   - □ Activité non odontologique,
     Laquelle ? ……..
   - □ Sans activité

4) Quel(s) est (sont) votre (vos) mode(s) d'exercice ? (plusieurs choix possibles)
   - □ Exercice libéral
     - □ Chez un confrère
       - □ Remplaçant
       - □ Collaborateur
     - □ Dans votre propre cabinet
       - □ Seul
       - □ En association (dentistes ou autres professions médicales)
       - □ Avec un collaborateur
   - □ Exercice salarié
     - □ Hôpital (Centre de soins dentaires,…)
     - □ Centres de santé (mutuelle, caisse SS, municipalité, armée, prison…)
     - □ Enseignant hospitalo-universitaire
     - □ Organisme de recherche (CNRS, INSERM…)
     - □ Employé d'une entreprise satellite de la dentisterie
     - □ Organisation humanitaire
   - □ Exercice bénévole (UFSBD,…)

5) Quel(s) est (sont) votre (vos) type(s) d'exercice ?
   - □ Omnipraticien
   - □ Omnipraticien avec mode d'exercice prédominant
     Précisez lequel : …….
   - □ Praticien spécialiste : ODF

6) Dans quel milieu exercez-vous votre activité professionnelle ?

□ Milieu rural (<2000 habitants)

□ Milieu urbain (>2000 habitants)

7) Selon quelle fréquence participez-vous à des activités de formation odontologique continue ?

□ Tous les mois

□ Tous les 3 mois

□ Tous les 6 mois

□ Tous les ans

□ Jamais

□ Autre (précisez)…….

8) Consultez-vous régulièrement des revues odontologiques ?

□ Oui

∈ Revues de vie professionnelle (Information dentaire, Clinic, CDF,…)

∈ Revues scientifiques (Réalités cliniques, Cahiers de prothèse, revues en langue anglaise…)

□ Non

Partie B : Compétences

Pour les compétences numérotées de 9 à 63, veuillez évaluer le niveau de compétence que vous aviez pensé avoir acquis en sortant de la Faculté (car ceci est une évaluation de la formation reçue et non de votre niveau de compétence actuelle). Si vous jugez que vous n'êtes pas en mesure de vous évaluer pour une compétence donnée, vous avez la possibilité de cocher la case « ne sait pas ».

Attention : A la fin du questionnaire, il vous sera demandé les 5 compétences qui mériteraient d'être plus approfondies au cours de la formation initiale. Pensez à noter leur numéro, au fur et à mesure de la lecture du questionnaire, pour vous éviter de relire ce dernier en entier à la fin de l'étude.

Domaine I - PROFESSIONNALISME

9) Garantir la confidentialité des données du patient
10) Gérer la structure du cabinet et en particulier tenir une comptabilité et gérer le personnel.
11) Maintenir un environnement de travail sans danger pour les patients, l'équipe soignante et soi-même, en particulier sélectionner puis suivre les procédures de contrôle de l'infection croisée
12) Savoir reconnaître ses limites (demander conseils ou adresser un patient à un confrère).
13) Evaluer de façon critique la littérature scientifique et intégrer les nouvelles informations dans son exercice quotidien, pratiquer une dentisterie basée sur des preuves scientifiques

Domaine II - COMMUNICATION ET CAPACITES RELATIONNELLES

14) Savoir communiquer avec ses patients (évaluer leurs attentes et leur motivation, obtenir un consentement éclairé, gérer leurs appréhensions et leur stress…).
15) Savoir communiquer avec l'équipe soignante.
16) Maîtriser les technologies modernes d'information pour la recherche, la documentation, la formation continue ou la communication (internet,…).

Domaine III - RECUEIL DES INFORMATIONS CLINIQUES

17) Conduire un entretien médical complet, recueillir l'histoire dentaire et médicale du patient.
18) Tenir des dossiers patients à jour (radios, comptes-rendus,…).
19) Connaître les dangers des radiations ionisantes et appliquer les règles de protection.
20) Prendre et interpréter des clichés radiologiques.
21) Connaître, savoir prescrire des examens complémentaires et les interpréter.
22) Elaborer un plan de traitement multidisciplinaire et en développer les différentes étapes
23) Reconnaître les signes d'abus, maltraitance et abandon envers les patients et savoir en informer les instances légales compétentes.

Domaine IV - RESTAURER ET ENTRETENIR LA SANTE BUCCALE

- **Education, prévention** :

24) Enseigner au patient les principes de la santé bucco-dentaire, d'hygiène, d'alimentation, évaluer le risque carieux.
25) Pratiquer les actes courants de prévention (fluoration, sealant,…).

- **Muqueuse buccale** :

26) Diagnostiquer les pathologies de la muqueuse buccale aiguës et chroniques.
27) Prendre en charge les pathologies de la muqueuse buccale aiguës et chroniques (traiter ou adresser)
28) Effectuer une biopsie, une exérèse.

- **Parodontologie :**

29) Evaluer l'état parodontal initial, faire un diagnostic et établir un plan de traitement global
30) Pratiquer le détartrage, surfaçage.
31) Effectuer les chirurgies parodontales courantes (lambeau d'assainissement, élongation radiculaire…).

- **Soins conservateurs, endodontie :**

32) Diagnostiquer la maladie carieuse et adapter sa prise en charge
33) Traiter la maladie carieuse, restaurer les dents et la denture en terme de fonction mais aussi d'esthétique.
34) Réaliser le traitement endodontique quelle que soit la dent concernée (incisive, molaire, …).
35) Réaliser un retraitement endodontique.
36) Poser les indications de chirurgie endodontique et savoir adresser si besoin.

- **Chirurgie :**

37) Réaliser l'avulsion simple d'une racine ou d'une dent sur arcade.
38) Réaliser une avulsion complexe (dent incluse, alvéolectomie,…)
39) Prendre en charge les traumatismes alvéolo-dentaires.
40) Prendre en charge les complications per et post opératoires de la chirurgie.

- **Douleur :**

41) Prendre en charge la douleur des patients, maîtriser les indications et les techniques d'anesthésie et d'analgésie.
42) Reconnaître une douleur chronique orofaciale, la gérer ou au besoin référer à un spécialiste

- **Prothèse :**

43) Proposer au patient les différentes thérapeutiques prothétiques adaptées à son cas
44) Réaliser une prothèse fixée unitaire.
45) Réaliser une reconstitution corono-radiculaire
46) Réaliser une prothèse fixée plurale
47) Réaliser une prothèse partielle amovible.
48) Réaliser une prothèse amovible complète.
49) Rétablir une bonne dimension verticale d'occlusion
50) Réaliser une prothèse provisoire (couronne, bridge).

- **Implantologie :**

51) Connaître les indications et les contre-indications d'un traitement implantaire.
52) Réaliser une prothèse supra-implantaire.

- **Pédodontie:**

53) Savoir prendre en charge le traitement d'un enfant, quel que soit son âge, en terme de communication, relation, apprentissage et acceptation des soins.

- **Autres :**

54) Diagnostiquer et prendre en charge les troubles de l'occlusion, les pathologies des ATM.
55) Diagnostiquer les troubles orthodontiques et savoir adresser à un spécialiste.
56) Reconnaître les manifestations orales des principales pathologies générales.

Domaine V - ENCOURAGEMENT A LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

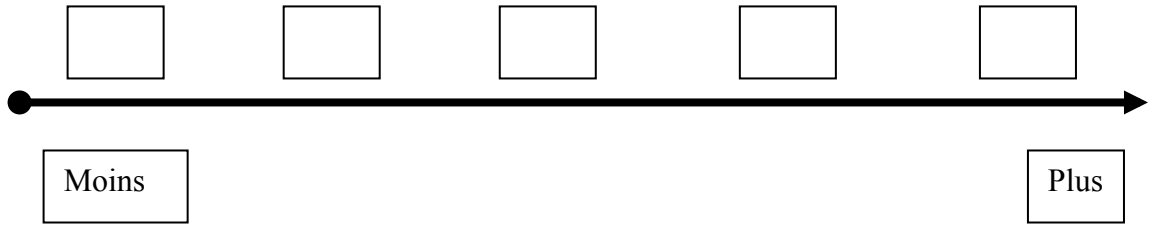
57) Faire la promotion de la santé et la prévention des maladies générales.

Domaine VI - AUTRES COMPETENCES

58) Gérer l'urgence dentaire.
59) Gérer l'urgence médicale
60) Prescrire les médications courantes en odontologie en fonction des pathologies présentes et des traitements en cours des patients, y compris chez l'enfant
61) Prendre en charge les patients à besoins spécifiques (personnes dépendantes, âgées, patients polymédiqués…)

62) Quelles sont, d'après vous, les 5 compétences qui mériteraient d'être plus approfondies au cours de la formation initiale.

Pour cette question, identifier chaque compétence par son numéro (11 à 63) et classer les cinq compétences selon l'échelle suivante :



65) Si vous souhaitez apporter des informations ou des commentaires supplémentaires, cet espace vous est réservé :

…….
…….
…….
…….

Merci de votre collaboration.