

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par

Thomas DUCHÊNE

né le 06 Décembre 1991 à Rennes

**Comment la défense
de la qualité des
soins a-t-elle
contribué à définir le
métier de Chirurgien-
Dentiste ?**

**Thèse soutenue à Rennes
le 3 novembre 2020**

devant le jury composé de :

Dominique CHAUVEL-LEBRET

PU-PH UFR Odontologie Rennes I,
Président du jury

Antoine COUATARMANACH

MCA UFR Odontologie Rennes I,
Directeur de thèse

Vincent MEURIC

PU-PH UFR Odontologie Rennes I,
Membre du jury

Brice CHAUVEL

MCU-PH UFR Odontologie Rennes I,
Membre du jury

CORPS ENSEIGNANT U.F.R. ODONTOLOGIE
Responsable de discipline
Section 56 : Développement, croissance et prévention
Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale :
Discipline Odontologie pédiatrique

SIXOU Jean-Louis	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
MARIE-COUSIN Alexia	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LARADH Imen	<i>Assistante hospitalier universitaire</i>

Discipline Orthopédie dento-faciale

SOREL Olivier	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
BREZULIER Damien	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
ALLEREAU Béatrice	<i>Assistante hospitalier universitaire</i>
NAAIM Mohamed	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
CONTAMINE Marie	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Sous-section 56-02 Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

BERTAUD-GOUNOT Valérie	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
PRIGENT Hervé	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
COUATARMANACH Antoine	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>
MAYOROVA Nadège	<i>Assistante hospitalier universitaire</i>

Section 57 : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale
Sous-section 57-01 Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale :
Discipline Chirurgie orale

LEJEUNE-CAIRON Sophie	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LIMBOUR Patrick	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
BADER Gérard	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
DULONG Arnaud	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
MURDEN Kristen	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Parodontologie

JEANNE Sylvie	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
BOLLE Caroline	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
NOVELLO Solen	<i>Assistante hospitalier universitaire (temps plein)</i>
ALTHYAB Amr	<i>Assistant universitaire associé</i>

Discipline Biologie orale

BONNAURE-MALLET Martine	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
MEURIC Vincent	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
BOYER Emile	<i>Maître de conférences des universités - Associé</i>
CHATHOT Kanchana	<i>Assistant universitaire associé</i>

Section 58 : Réhabilitation orale :

Sous-section 58-01 Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux :

Discipline Dentisterie restauratrice, endodontie

DAUTEL Anne	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LE GOFF Anne	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
TURPIN Yann-Loïg	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
PERARD Matthieu	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LE CLERC Justine	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
BINET Sophie	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
VO VAN Thomas	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
LE MOUROUX Rozenn	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
GASTINEAU Richard	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Prothèses

(Mobilité) BEDOUIN Yvan	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
CHAUVEL Brice	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
RAVALEC Xavier	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
PERRIGAULT Sébastien	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
LE BEVER Pierre	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
GOUBIN William	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
LEFRANCOIS Etienne	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>
RAVALEC Paul	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
DESCLOS-THEVENIAU Marie	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>

Discipline Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

CATHELINEAU Guy	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
CHAUVEL-LEBRET Dominique	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
MEARY Fleur	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
MELOU Caroline	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>

Enseignants autres sections

Section 41 - Sciences biologiques

TAMANAI-SHACOORI Zohreh	<i>Maître de conférences des universités</i>
--------------------------------	--

Section 64-65 – Biochimie et biologie moléculaire, biologie cellulaire

GAUTIER-COURTEILLE Carole	<i>Maître de conférences des universités</i>
----------------------------------	--

Remerciements

À notre Président de jury,

Madame le Professeur Dominique CHAUVEL-LEBRET,

vous nous faites l'honneur de présider ce jury, acceptez pour cela nos plus sincères remerciements et le témoignage de notre profonde considération.

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Antoine COUATARMANACH,

nous vous remercions d'avoir accepté la direction de ce travail qui aurait été fort différent sans nos échanges et vos judicieux conseils.

À nos juges,

Monsieur le Professeur Vincent MEURIC,

Toute notre reconnaissance pour votre participation à ce jury et votre enseignement aussi bien à la faculté qu'au centre de soins.

Monsieur le Docteur Brice CHAUVEL,

Toute notre reconnaissance pour votre participation à ce jury et vos conseils cliniques qui nous accompagnent dans notre pratique quotidienne.

À mes parents

*« Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon compte
des propos, citations, ou illustrations déjà publiés »*

Comment la défense de la qualité des soins a-t-elle contribué à définir le métier de Chirurgien-Dentiste ?

Table des matières

Comment la question de la qualité des soins a-t-elle contribué à définir le métier de Chirurgien-Dentiste ?	1
Introduction.....	2
Matériel et Méthodes.....	3
Résultats.....	4
I- Du lien entre la qualité des soins et le contrôle des compétences	4
A) La dentisterie devient une activité profitable : procès et concurrence pour la clientèle des grandes villes.....	4
B) La Garantie de compétence nécessite une définition préalable du statut de l'art dentaire	7
C) Le choix du législateur : avantage à l'état de fait et l'accessibilité des soins.....	10
II-La compétence ne suffit plus : Du lien entre la moralité et la qualité des soins.....	13
A) La pléthore.....	13
B) Nouvelles stratégies corporatives : l'augmentation de la durée et du niveau des études	15
C) Nouvelles stratégies corporatives : du contrôle de compétence au contrôle des pratiques	18
Discussion.....	22
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	26

Introduction

L'apparition de nouvelles formes d'exercice de la chirurgie dentaire telles que les centres « low-cost » ou le développement du salariat interrogent la profession sur son identité et la nature de sa pratique. Ces questionnements ne sont pas sans précédents et des travaux historiques ont déjà étudié l'influence de l'évolution des soins sur l'organisation de la chirurgie-dentaire en France⁽¹⁾.

La période qui va de la fin du XIX^e à la première moitié du XX^e est particulièrement riche en mutations car le soin dentaire devient une pratique réglementée, contrôlée, codifiée. Cette transformation ne s'est pas faite sans débats et les travaux de F. Vidal ont démontré que les différentes idéologies qui s'y opposent sont indissociables des différentes classes de dentistes qui les ont formulé.

L'art dentaire était en effet exercé par plusieurs catégories de soignants jusqu'à la loi de 1892 créant le statut de chirurgien-dentiste. Avant celle-ci, le simple règlement d'une patente permettait de faire métier du soin dentaire, aucun examen d'aptitude n'était requis et cette absence de contrôle permit à différents acteurs de soigner diversement leurs contemporains. Du fait de l'absence en zone rurale de praticiens formés, la majorité de la population consultait des empiriques et des irréguliers qui arrachaient et limaient les dents en complément d'une activité totalement étrangère à la dentisterie comme le forgeage ou la serrurerie dont les outils pouvaient être détournés pour une utilisation en bouche. Les patients plus aisés et urbains avaient le choix entre deux types de dentistes : les « diplômés », titulaires d'un diplôme en médecine, et les « patentés » qui compensaient leurs manques de titres par une grande habileté acquise le plus souvent par l'apprentissage en atelier. Cette dernière classe de travailleurs manuels donna naissance aux praticiens les plus reconnus de cette période, de leurs rangs sortiront les futurs odontologistes qui inscriront leur travail dans le cadre de la grande révolution scientifique et technique de l'époque.

La confrontation de ces deux classes permit d'affirmer des conceptions différentes de l'organisation des soins : les médecins-dentistes, qui deviendront bientôt les stomatologistes, voulurent rendre obligatoire le doctorat en médecine pour la pratique dentaire alors que les patentés souhaitaient maintenir le statu quo et créer un enseignement professionnel indépendant des études médicales^(1 ;2).

Nous avons voulu étudier plus en détail les discours de chacune de ces catégories afin de mieux comprendre comment elles légitimaient leur mode d'exercice, comment se traduisaient les bouleversements techniques, économiques et législatifs dans la rhétorique professionnelle. Il nous est alors apparu que la justification des pratiques et de leur supériorité utilisait la défense de la qualité des soins comme base argumentative, non seulement lors des affrontements autour de la loi de 1892, mais également au XX^e comme par exemple lors des débats des années trente ayant trait à l'instauration des ordres médicaux. Ce travail n'a pas pour but de définir cette qualité ou d'étudier les variations que cette notion aurait pu connaître dans le contexte particulier des métiers du soin ; nous voulons ici étudier comment la défense de la qualité des soins fut intégrée dans la rhétorique professionnelle, comment ces discours ont évolué et dans quelle mesure ils ont influencé l'évolution de la profession.

Matériel et Méthodes

Afin d'étudier la réaction des professionnels aux évolutions de leur métier il a été nécessaire de cibler une époque de l'histoire du soin dentaire où ces bouleversements furent particulièrement intenses. La lecture des travaux historiques de F. Vidal⁽¹⁾ désigna la période allant de la fin de la monarchie de Juillet aux débuts de la Quatrième République comme étant la plus riche en changements: ces cent années firent entrer la dentisterie dans le champ des sciences médicales, lui donnèrent une définition légale et des organisations professionnelles inédites.

Furent donc recherchés, avec l'aide des bases d'archives numérisées, les débats et commentaires des principaux acteurs de ces transformations.

Le législateur est le premier de ces acteurs et ses débats parlementaires permettent de donner un aperçu des différentes opinions et oppositions ; la première étape fut donc de consulter les journaux officiels des débats au parlement et au sénat disponibles sur le site internet de la Bibliothèque nationale de France (Gallica) en se concentrant initialement sur les échanges autour de la loi de 1892 puis en utilisant les moteurs de recherche et les mots clefs « dentiste » « dentisterie » « chirurgien-dentiste » et « dentaire » sur toute la période concernée. Les travaux préparatoires, avis de l'académie de médecine ou rapports de commissions mentionnés dans ces journaux furent à leur tour recherchés et exploités.

L'opinion des professionnels fut analysée à travers le prisme des journaux spécialisés et syndicaux ; les numéros du *Bulletin du cercle des dentistes de Paris*, de *L'Odontologie* et de la *Revue internationale d'Odontologie* accessibles depuis la Bibliothèque numérique Médica livrent la vision de personnalités importantes de toute cette période et nomment les autres protagonistes, organisations et publications qu'ils soient d'un avis similaire ou antagoniste. Toutes ces publications furent étudiées à leur tour et la bibliographie de leurs auteurs systématiquement recherchée sur les bases de données numérisées.

Les dentistes français de cette époque citant régulièrement leurs confrères d'outre-Atlantique, il fut nécessaire d'exploiter les ouvrages numérisés de *l'Internet Archive* ainsi que la Bibliothèque numérique HathiTrust, fruit de la collaboration d'universités américaines qui y regroupent leurs collections numériques, afin d'obtenir un aperçu des revues et des réflexions des dentistes américains. En complément de ces références croisées, les mots clefs « art dentaire » « dentisterie » « dentiste » « dentist » « dentistry » « dental medicine » ont été recherchés sur ces différents moteurs en espérant trouver des praticiens n'appartenant à aucune organisation professionnelle afin de diversifier au maximum l'éventail des réactions et des opinions.

Résultats

Nous allons dans une première partie exposer comment les différentes catégories professionnelles pratiquant l'art dentaire avant sa régulation par la loi défendaient leurs intérêts en liant la question de la qualité des soins à la formation des futurs praticiens.

Nous verrons ensuite dans quelle mesure la crainte d'une surpopulation professionnelle a conduit une part influente des dentistes à faire glisser l'idée d'une qualité des soins garantie par le contrôle de l'aptitude du futur praticien vers l'idée d'une qualité des soins garantie par le contrôle de la pratique des praticiens via l'établissement d'un code de déontologie.

I- Du lien entre la qualité des soins et le contrôle des compétences

A) La dentisterie devient une activité profitable : procès et concurrence pour la clientèle des grandes villes

Tout au long du XIX^e, différents facteurs exacerbent la concurrence et l'animosité entre les différentes catégories de soignants dentaires urbains : la volonté des patentés et des diplômés médecins d'attirer la riche clientèle des grandes villes, la peur de la « pléthore » chez les médicaux ainsi qu'une course à l'innovation technologique et publicitaire provoquent de sérieuses tensions qui pousseront les diplômés à demander une réglementation de l'art dentaire car, selon eux, une pratique qui ne se base pas sur les connaissances délivrées par les études médicales est illégitime et dangereuse. Ils tenteront dans un premier temps de faire interpréter le mutisme de la loi sur la dentisterie comme une inclusion implicite de cette discipline dans la famille médicale, les patentés non-médecins seraient alors coupable d'exercice illégal de la médecine⁽³⁾. Les procès intentés aux patentés les plus célèbres, comme William Rogers en 1846, se solderont par des échecs et la jurisprudence entérinera le principe de la liberté de l'exercice dentaire au grand bénéfice des patentés qui continuent de profiter d'un régime leur ayant déjà offert l'ascension sociale, la richesse et la jalousie des diplômés^(1;4).

Les diplômés ne vont plus alors chercher à faire interpréter la loi dans un sens conforme à leur intérêt mais directement militer pour une modification de celle-ci afin de réserver le soin dentaire aux médecins. Ce contexte de tensions va encore se renforcer pendant le Second Empire qui voit le développement d'une nouvelle classe de patentés : les dentistes américains. Ces derniers ont bénéficié du premier enseignement dentaire organisé au monde⁽⁵⁾ pour obtenir, de l'aveu même des dentistes français, une supériorité « incontestable et incontestée » sur les praticiens européens ; les innovations américaines leurs permettent d'attirer « la meilleure des clientèles » c'est à dire toute la bourgeoisie et l'aristocratie de la société impériale ; Napoléon III lui-même se fait soigner par l'influent Thomas Evans, dentiste américain qui le conseille sur la guerre de sécession et aidera l'impératrice à fuir en Angleterre après l'écroulement du régime^(4; 6).

Les dentistes français eurent différentes réponses à cette « invasion étrangère »⁽⁴⁾ :

Certains vont chercher à jouer de « l'anglomanie » des patients aisés en exerçant sous un faux nom anglo-saxon afin de pouvoir plus facilement attirer la clientèle; on contacte également les «collèges dentaires [américains] qui expédient leurs diplômes contre remboursement » on compterait alors, avant la promulgation de la loi de 1892, deux cents « Doctors from Philadelphia » ou « from Baltimore ou autres lieux »⁽⁷⁾.

Les diplômés continuent leurs pétitions pour la réglementation de la dentisterie, le combat contre les

empiriques patentés se double maintenant d'une réaction protectionniste ; malheureusement pour eux ils n'ont pas les faveurs du pouvoir et déplorent que « les situations officielles, les distinctions honorifiques, [ne soient] accordées qu'aux étrangers »⁽⁸⁾.

Les patentés français de leur côté subissent plus durement encore cette nouvelle concurrence qui surclasse leur pratique. Si d'aucuns espèrent une protection par l'État de tous les dentistes français, d'autres craignent au contraire toute intervention législative qui se ferait probablement autant contre les étrangers que contre eux. Contrairement aux médecins ils ne veulent d'une législation qui ne pourrait être que liberticide et préfèrent « élever par l'instruction le niveau des dentistes français » qui seront ainsi capable de renverser la domination américaine par le jeu de la concurrence et la préférence des patients pour la qualité de leurs soins.⁽⁹⁾ C'est dans cette intention qu'est ouverte en 1880 la première école dentaire française : l'École dentaire de Paris, créée par le « Cercle des dentistes de Paris », qui sont en fait des « mécaniciens-dentistes » c'est-à-dire des travailleurs issus du milieu de l'apprentissage et des ateliers, rassemblés autour de Charles Godon pour se défendre autant de « l'invasion » que des volontés régulatrices du corps des médecins-dentistes mené par Edmond Andrieu.^(4;9;10) « C'était donc autant pour élever le savoir professionnel des Dentistes français que pour les aider à se défendre contre l'invasion des étrangers que l'école a été fondée »⁽¹¹⁾. « Les [écoles américaines] sont des établissements fondés par des praticiens qui se proposent de retirer un bénéfice immédiat de leur travail. Les [françaises] sont plutôt des instruments de lutte et de propagande, destinés à recruter des adhérents pour les partisans d'une doctrine »⁽¹²⁾ « où la tutelle de l'État est totalement exclue »⁽⁴⁾. L'école doit assurer la « défense de [leurs] intérêts » et la « liberté dans l'exercice de [la] profession » ; la valorisation du travail manuel tient lieu de socle idéologique autour duquel ils développeront une vision de la dentisterie opposée à celle des diplômés dont la sacralisation de la théorie médicale et du doctorat est accusée de n'être qu'un prétexte pour diminuer la concurrence et barrer la route de la profession aux classes sociales ne pouvant se permettre de longues études : « certains de nos confrères » membres de l'« aristocratie de la molaire »⁽⁴⁾ « sont pressés de voir diminuer le nombre des cabinets de dentistes »⁽⁹⁾ « pour plusieurs, la réglementation n'était qu'un prétexte : au fond c'est la protection qui était désirée »⁽⁹⁾ « On veut demander à la loi une protection contre la concurrence, on espère changer le recrutement de la profession, en créant des obstacles à l'établissement des nouveaux venus » par un « stage long et coûteux », « On veut réserver l'exercice de la profession à une classe, en la rendant peu accessible à tous » et les revendications des diplômés ne seraient qu'« un essai de reconstitution de corporation à l'abri de la concurrence »⁽¹³⁾. En se concentrant sur le développement de la théorie scientifique du soin bucco-dentaire les stomatologistes ont délaissé les questions de formation pratique, les patentés les décriront alors comme des savants aussi incompetents qu'arrogants dont les traités sont garnis d'erreurs grossières du fait de l'absence de confrontation entre le théorique et la réalité du soin, le

terme stomatologiste ne serait alors qu'un « vocable pompeux, [abritant] leur insuffisance technique et leur stérilité professionnelle »⁽¹⁴⁾. Un journaliste résumera la lutte entre ces deux groupes : « Vous êtes inhabiles, disent les dentistes. Vous êtes ignorants, répondent les Stomatologistes »⁽¹⁵⁾.

Se concentrant sur le soin des pauvres et des « indigents » afin de ne pas provoquer un « avilissement des prix et le détournement d'une partie de la clientèle » l'école va se parer d'une image désintéressée et philanthropique qui lui permettra de se voir reconnaître d'utilité publique. Les patentés étaient dans une position de faiblesse dans les débats qui les opposaient aux médecins car ils n'avaient rien à opposer à leurs diplômes. La reconnaissance par les autorités de leur utilité sociale et de la qualité de leur soin va plus que compenser ce désavantage.

Le politique va, à partir des dernières années du Second Empire, sortir progressivement de son immobilisme et envisager de réglementer la pratique de la dentisterie en obligeant ses praticiens à obtenir un diplôme national⁽⁸⁾. Les dentistes américains expliquent dans un premier temps ce changement d'attitude par la dévalorisation des titres étrangers provoquée par les usurpations et les diplômes de complaisance offerts par de nombreuses universités américaines^(5,16). Le législateur s'inquiète en fait de l'évolution de la technicité et de la dangerosité des produits utilisés par cette profession libre ; une nouvelle technologie importée des états-unis l'inquiète particulièrement : l'anesthésie. Sa pratique ne souffre d'aucune restriction et il n'existe aucune formation obligatoire pour son utilisation. Les morts par anesthésie occupent des tribunaux qui se questionnent sur la responsabilité des dentistes. Ainsi « la réglementation a été surtout défendue à cause de l'anesthésie »⁽¹⁷⁾ et les pouvoirs publics veulent limiter les conséquences d'un progrès technique incontrôlé en exigeant une garantie de compétence délivrée par des examens réglementés à celui qui est amené à soigner : « L'Art dentaire a pris de nos jours une si grande importance, les accidents occasionnés par l'anesthésie générale ou par les toxiques employés pour le pansement des dents ont été assez fréquents pour que le moment nous semble venu d'exiger des dentistes de sérieuses garanties »⁽¹⁸⁾.

C'est à partir de la III^e République que le personnel politique double ces préoccupations d'une volonté de protection des travailleurs français : outre les députés qui demandent à rester « français jusqu'aux dents », les personnalités scientifiques et politiques se succèdent lors de la cérémonie annuelle d'ouverture des cours de l'école dentaire de Paris et chacun félicite le corps enseignant pour son action contre l'influence des étrangers sur le soin dentaire⁽¹⁹⁾. C'est également en vertu du protectionnisme que le sénateur Ollivier propose le titre de chirurgien-dentiste calqué sur le *surgeon dentist* américain afin de ne pas mettre les diplômés français en infériorité ⁽²⁰⁾. Les défenseurs de la réglementation peuvent en sus faire passer la fin du régime de liberté comme une concession nécessaire pour se débarrasser de la concurrence des américains : « Le désir de M. Brouardel [le rapporteur de la loi de 1892] était de relever la profession et surtout de faire la guerre aux étrangers,

c'est pour cela qu'il a cru bon d'établir un diplôme, afin que celui-ci marquât une différence entre les dentistes français et les dentistes étrangers, car, pour le moment, le public paraissait donner la préférence à ces derniers »⁽²¹⁾ . Le Docteur Brouardel se vantera d'avoir déjoué la « double invasion » des « anglo-américains » et « des déclassés, des serruriers, des casseurs de pierres »⁽²²⁾ .

Ce n'est pas un hasard si en quelques décennies les pays européens, jusque là indifférents au problème dentaire, légifèrent tous sur le statut de la dentisterie et sa formation professionnelle : l'Histoire de l'organisation du soin dentaire en Europe est celle d'une réaction protectionniste des soignants indigènes à la migration d'un corps professionnel plus compétent. De l'aveu même des fondateurs de l'école dentaire : « Il a fallu que nous fussions stimulés par le danger que faisait courir aux dentistes nationaux la concurrence des diplômés des écoles américaines et anglaises[la première nation européenne à recevoir des vagues de dentistes américains et donc la première à réglementer et à ouvrir ses propres écoles] pour qu'à notre tour nous suivissions le mouvement »⁽²³⁾ « Aussi l'éducation et l'organisation professionnelle se sont-elles faites sans eux, presque en dehors d'eux, et même, disons le mot, presque contre eux, non seulement en France, mais dans presque tous les pays d'Europe »⁽²⁴⁾ . Même constat chez la société dentaire américaine d'Europe : « un changement graduel s'est produit et aujourd'hui toute l'Europe est fermée aux dentistes américains désireux d'y exercer à l'avenir, s'ils ne sont pas pourvus d'un grade conféré par les universités indigènes »⁽²⁵⁾ . En réponse à la « barrière douanière protectionniste contre les diplômes américains »⁽²⁶⁾ ils devront maintenant donner « plus d'importance au marché intérieur et moins au commerce d'exportation, qui est terminé »⁽²⁶⁾ .

B) La Garantie de compétence nécessite une définition préalable du statut de l'art dentaire

Vouloir instaurer un diplôme obligatoire pour l'exercice de la dentisterie oblige à s'interroger sur la teneur des examens octroyant ce diplôme et donc à définir les champs de connaissance nécessaires au futur praticien. On voit que le législateur est rapidement pris dans un engrenage et se voit obligé de définir la nature de celui qui exerce l'Art dentaire ainsi que la portée de son exercice. La définition de la dentisterie, maintes fois repoussée par indifférence ou instabilité politique, devient indispensable et implique de trancher entre différents projets de loi aux idéologies comparables dans la structure de leurs raisonnements, mais bien différentes dans leurs conclusions.

Les différents camps ont lié leur intérêt corporatif à un discours reposant sur la défense de la qualité des soins. Chacun présente son modèle d'enseignement comme étant le seul rassemblant les notions indispensables au futur professionnel. Cette formation idéale ne pourra que former un professionnel idéal prodiguant des soins de qualité. La qualité est une conséquence de la compétence du praticien et c'est sur cette compétence que l'on va se disputer.

On distingue trois camps :

1-Les médicaux, diplômés, estiment que la dentisterie est une branche de la médecine et qu'il faut donc, pour qu'elle soit pratiquée scientifiquement, exiger autant de connaissances que pour toute autre spécialité médicale. Ce dogme repose sur l'« unité de la pathologie humaine »⁽²⁷⁾ et de sa thérapeutique : la dent n'est pas un organe isolée et interagit avec l'organisme, il faut donc connaître le fonctionnement général du corps humain, il faut donc que le dentiste soit médecin. « Où finit l'art dentaire et où commence la médecine ? Quoique l'on puisse invoquer, nous persistons à penser que les manifestations dentaires de toutes sortes ne peuvent être soignées que par des médecins, parce qu'elles mettent souvent sur la piste d'affection d'ordre général, que seul un médecin peut diagnostiquer »⁽²⁸⁾. Les chefs de ce mouvement ont un infini mépris pour le dentiste non médecin qui à leur yeux n'est qu'un « empirique »⁽²⁷⁾ obscurantiste guère plus estimable que le « sorcier, [le] guérisseur »⁽²⁹⁾ ou le « rebouteur »⁽³⁰⁾ du village, ses succès relevant plus du heureux hasard et de l'habitude que de la science et de la méthode ; ces « dignes descendants des charlatans »⁽²⁹⁾ sont « une anomalie et un danger »^(28 ;31) car « ils accomplissent, au moyen de gestes *rituels*, des actes dont ils ne peuvent comprendre l'importance »⁽²⁹⁾. « Le dentiste a précédé le stomatologiste, comme l'alchimiste a précédé le chimiste » et ne pas exiger un diplôme de médecine pour l'exercice de la dentisterie c'est perpétuer un « état d'esprit qui considère le dentiste comme une sorte de manucure ou de pédicure, uniquement chargé d'entretenir l'éclat ou l'élégance de la bouche et des dents, comme les autres le font des mains ou des pieds »⁽²⁷⁾.

2- Les libertaires, qui ont dans leur rang les fondateurs du cercle et de l'école dentaire de Paris, déclarent que la science dentaire emprunte certes des notions et des connaissances à la médecine mais elle en emprunte également à d'autres disciplines comme la métallurgie ou la mécanique. La dentisterie serait donc une discipline indépendante car elle fait appel à un éventail de notions qui ne se superpose qu'en partie seulement avec celui de la médecine.⁽³²⁾ Contrairement aux médecins qui favorisent le théorique et la connaissance générale, les dentistes libertaires affirment que les études du futur soignant doivent donner une part majoritaire aux travaux manuels. L'acquisition de la dextérité nécessaire à ces travaux exige que l'on s'y consacre exclusivement or le médecin-dentiste ne peut apprendre son art qu'à un âge avancé et sur une durée de temps réduite du fait de l'organisation des études médicales. Ces libertaires militant pour le statu quo veulent empêcher absolument la réglementation de l'État : pénétrés de l'idéologie libérale et du culte du libre marché ils vivent chaque intervention législative comme une atteinte à leur liberté, ils maudissent les « budgétivores » et le jacobinisme, souhaitent « achever la déroute de l'état-providence »⁽²⁴⁾. Les écoles dentaires produisent déjà des praticiens à la qualité reconnue par les patients comme par les représentants publics : pourquoi légiférer quand les lois du marché obligeront les praticiens qui n'ont pas suivi le cursus des écoles à augmenter leur niveau de compétence et à se former aux nouvelles méthodes s'ils veulent survivre et pouvoir espérer attirer des clients ? : « Rendons l'existence impossible aux charlatans, en faisant progresser notre art, c'est là le seul moyen pratique »⁽³³⁾ : la main invisible du marché dans ce système vient compléter l'action de la formation afin de fournir des soins de qualité aux patients.

3- Les réglementateurs sont issus des mêmes milieux que les libertaires. Ils partagent leurs analyses sur le contenu de la formation et sur la nature du dentiste mais ils font scission des libertaires à la suite d'un désaccord sur le jusqu'au-boutisme libéral de ces derniers. Ils déclarent stérile et contre-productive l'opposition de leurs confrères à la volonté de réglementation du pouvoir politique : consommer de l'énergie et du temps de parole à défendre une liberté professionnelle condamnée par les exigences de santé publique c'est laisser le champ libre aux médecins pour imposer leurs thèses. Accepter une dentisterie réglementée et un enseignement surveillé par l'État serait le meilleur moyen de voir cette dentisterie reconnue comme discipline indépendante. Plus encore que lors des débats entre patentés et médecins, les confrontations entre libertaires et pro-réglementation multiplieront les procès d'intention : les libertaires dénoncent comme hypocrite ceux qui se soumettent à la doctrine d'une supposée inévitabilité de la loi. Cette nouvelle génération qui se déclarait plus généreuse que la précédente n'avait en fait pas eu l'occasion de se montrer égoïste, la résignation cache mal la volonté de « tirer l'échelle »⁽³⁴⁾ après avoir monté, c'est à dire d'empêcher les générations suivantes de bénéficier du même régime de liberté qui permettait l'ascension sociale et la prospérité⁽²¹⁾. Une telle mesure limiterait la concurrence et couperait les futurs mécaniciens et

ouvriers, le milieu d'origine de ceux qui ont construits l'école dentaire, de toute possibilité d'émancipation. Pour relever le statut d'une profession il est toujours plus juste de gonfler la considération sociale sur laquelle elle repose que de la réserver à une classe plus élevée sur l'échelle des richesses or les réglementateurs semblent vouloir élever socialement la dentisterie en mettant fin à l'élévation sociale permise par celle-ci : ils pensent que « La réglementation [donnera au dentiste] une considération égale à celle du médecin », sans elle on continuerait à voir « des déclassés, des gens sans aveu, sans instruction professionnelle ni même primaire, embrasser cette carrière ouverte à tous », « Tant pis si quelques intérêts sont lésés et si la profession de dentiste devient moins accessible au premier venu » « D'autres carrières s'offriront à ceux qui ne pourront faire leurs études et puis... ne le dit-on pas toujours : l'agriculture manque de bras »⁽²¹⁾.

C)Le choix du législateur : avantage à l'état de fait et l'accessibilité des soins

Quand deux candidats excellent dans un domaine donné on va pour les départager examiner leurs compétences dans des domaines secondaires. C'est ce qui se passera pour la régulation des soins dentaires : le débat sur la qualité des formations ne permettant pas de trancher sur l'appartenance ou non du soin dentaire à la médecine, on va étudier l'applicabilité, le coût et l'impact sur la démographie professionnelle de chacune des propositions.

La classe des patentés en démontrant les effets positifs et concrets de ses doctrines obtient un avantage considérable qui fera pencher la décision du côté des écoles dentaires. Les stomatologues peuvent bien clamer leur supériorité sur les dentistes et affirmer avec aplomb que le doctorat en médecine rendra la dentisterie meilleure, leurs conclusions n'en restent pas moins des constructions théoriques contrairement aux cliniques dentaires philanthropiques reconnues d'utilité publique. Charles Godon se vantera du rôle des écoles sur l'opinion publique : « Les dentistes du XIX^e ont fait triompher leurs revendications parce que [...] leurs revendications ne se sont pas formulées seulement en réclamations d'avantages strictement professionnels auxquels le public se serait peut-être peu intéressé et qu'il n'aurait pas toujours compris, mais qu'elles ont porté en même temps sur le droit à l'enseignement, le droit à l'assistance des pauvres ». Il insiste ensuite sur la nécessité d'obtenir l'appui de scientifiques reconnus et d'hommes politique sans oublier de rechercher « la sympathie des légitimes puissances souveraines de notre époque : la presse et l'opinion publique »⁽³⁵⁾. Quarante ans plus tard l'académie de médecine confirmera le rôle prépondérant de l'état de fait lors des débats autour de la proposition de loi Milan-Rio de 1931 où elle se prononcera contre l'incorporation de la dentisterie dans la médecine. Ses déclarations reprennent les conclusions des législateurs de 1892 : l'enseignement indépendant de la dentisterie s'est rendu trop indispensable et sa suppression serait dommageable pour la démographie médicale ⁽³⁶⁾.

Autre état de fait qui aura son importance : très peu de médecins se consacrent exclusivement à la science bucco-dentaire.^(36;37) Les stomatologues relativisent le faible pourcentage de médecins parmi la population de dentistes en expliquant que ce pourcentage est en augmentation et qu'il augmentera de façon beaucoup plus importante une fois que la pratique dentaire sera reconsidérée, c'est à dire après que l'on en ai expulsé les gens de toutes conditions avec qui les docteurs ne veulent pas être confondus.⁽³⁸⁾ Cela ne semble pas convaincre les décideurs politiques qui ne voient que la grave crise qui résulterait de la fermeture d'une voie qui, sans rien coûter à l'État, forme la majorité de la population dentaire^(36;39); des mesures transitoires permettant aux patentés actuels de continuer à exercer ne feraient que retarder le problème. Le nombre de médecins se dirigeant vers les soins de la bouche serait-il au moins aussi important que celui des dentistes sortant des écoles dentaires ? Rien ne le prouve, confier dans ces conditions les soins dentaires aux seuls médecins devient un pari risqué. Les stomatologues paient chèrement le manque de preuves concrètes sur quoi appuyer leurs théories ; tirant les leçons de leur défaite et déplorant la « stérilité » de leur militantisme, ils copieront les dentistes patentés et ouvriront en 1909 une école de formation en stomatologie pour mettre leur discours en pratique ^(3 :40;41;42).

La défaite des stomatologistes ne consacre pas pour autant la victoire de la dentisterie indépendante. La chirurgie dentaire se voit réglementée par une loi portant sur l'organisation générale de la médecine. Les médecins se voient reconnaître le droit de pratiquer la dentisterie sans formation supplémentaire. Pourquoi ce privilège a-t-il été donné aux médecins ? Classer la dentisterie dans le champ des soins médicaux n'a rien d'évident à l'époque et est loin de faire consensus si on s'en réfère au Journal Officiel des débats de la chambre des députés où le Dr Isambard déclare qu'elle semble plus s'apparenter à la pédicure ou à la coiffure et que sa réglementation n'a rien à faire dans une loi portant sur la médecine⁽⁴³⁾. Il faut alors se remémorer le cheminement de la loi et son contexte social : la volonté première est de se prémunir des accidents causés par l'anesthésie et les « poisons » ; les études médicales sont perçues comme délivrant les compétences nécessaires à l'utilisation de ces nouvelles technologies à tel point que l'on envisage même de laisser les dentistes pratiquer leur art mais d'interdire l'utilisation des anesthésiques à ceux qui ne passent pas le doctorat en médecine^(21;43). La formation médicale est à ce point liée à la compétence anesthésique dans l'esprit du législateur que les écoles dentaires devront augmenter la proportion d'enseignement médical dans leur programme et faire passer à leurs élèves un examen oral en faculté devant un jury composé de docteurs en médecine : les patentés bénéficient d'un règlement transitoire les autorisant à pratiquer la dentisterie mais les interdisant d'anesthésier sans avoir passé l'examen en faculté octroyant le nouveau diplôme.

D'autres éléments nous confortent dans l'idée que l'art dentaire proprement dit n'est paradoxalement qu'une question secondaire pour ceux qui se sont chargés de le réguler : Les médecins pro-régulation ont dénoncé régulièrement les dangers de l'incompétence de l'opérateur lors d'une extraction dentaire ; ces dangers préoccupent si peu le législateur qu'il permet à tout un chacun d'extraire sous la simple condition qu'il n'en fasse pas commerce régulier. Cette mesure doit se voir comme une conséquence de l'absence de politique sérieuse d'accès au soin et de régulation de la démographie médicale : les campagnes abandonnées par les soignants seraient par trop pénalisées si tous ceux qui soulagent les douleurs se retrouvaient dans l'illégalité alors qu'aucune autre solution de soin n'est disponible.^(20;44) Le titre de chirurgien-dentiste, copié sur le *dental surgeon* américain, trouve en partie sa justification dans la protection de ces extracteurs occasionnels. Le raisonnement des sénateurs qui imposent ce titre par amendement est le suivant : tout les parlementaires sont d'accord pour dire qu'un particulier qui extrait une dent afin de soulager autrui ne doit pas être poursuivi ; or, en arrachant une dent il pourrait être accusé de pratiquer illégalement le métier de dentiste c'est pourquoi, en préférant la dénomination de chirurgien-dentiste, le législateur indique qu'il ne sanctionne que l'usurpation de titre et la pratique régulièrement rémunérée.^(20;44) L'extraction, vu comme un acte anodin, sera donc pratiquée longtemps par qui voudra dans les déserts médicaux et sur les populations qui ne peuvent se permettre les honoraires d'un dentiste. Une autre partie importante de l'Art dentaire désintéresse totalement le législateur : la prothèse et ses prises d'empreintes. Le rapporteur du projet de loi, dans un autre échange avec les sénateurs, déclare que le but de la loi n'est pas de réguler ce domaine, que le mécanicien prothésiste sans diplôme ne sera pas dans l'illégalité s'il ne pratique que cette branche du soin et qu'il n'usurpe pas le titre de chirurgien-dentiste ^(45;46).

La loi du 30 novembre 1892 ne dissout pas la chirurgie-dentaire dans la médecine mais elle ne l'en rend pas indépendante pour autant : la dentisterie devient un champ autonome de la médecine⁽⁴⁷⁾.

La fin de la liberté de l'exercice dentaire et son rattachement à la médecine ne doivent pas être vus comme une défaite des patentés, bien au contraire c'est la reconnaissance de la spécificité d'un art dentaire scientifique et autonome, la légitimation du chirurgien-dentiste par son utilité sociale et la qualité de sa pratique⁽²³⁾. En créant un statut spécial pour l'exercice de l'art dentaire, « la loi qui, tout en semblant incorporer le dentiste au corps médical et à la médecine, l'en a en réalité détaché ou chassé »⁽²⁷⁾. Autre victoire pour les patentés réglementateurs : « Le délit d'exercice illégal et d'usurpation du titre de chirurgien-dentiste classe la profession au rang des professions privilégiées, c'est-à-dire des quelques corporations dont l'État, en dehors du droit commun, garantit et protège l'exercice sous certaines conditions, en punissant ceux qui l'exercent sans droit, en excluant ceux qui en deviennent indignes »⁽⁴⁷⁾.

II-La compétence ne suffit plus : Du lien entre la moralité et la qualité des soins

A) La pléthore

Nous avons vu dans le précédent chapitre que la défense de la qualité des soins fut revendiquée et intégrée dans les discours des différents camps cherchant à s'imposer dans des débats autour de la loi de 1892. On va retrouver dans les décennies suivantes cette instrumentalisation chez les professionnels voulant combattre la « pléthore » dentaire.

Comme les médecins avant eux, les dentistes vont être en proie à une crainte grandissante de la surpopulation professionnelle. Le nombre croissant de dentistes diplômés, après avoir été un argument décisif en faveur de l'autonomie de la profession, vient maintenant nourrir une grande peur qui va motiver les revendications syndicales. En luttant contre la « pléthore », formule qui permet d'éviter l'emploi du terme « concurrence », des dentistes vont se parer du masque respecté de la défense de la qualité des soins pour mieux imposer une régulation à la baisse de la démographie dentaire.

La majorité des français n'ayant pas accès aux traitements dentaires, cette omniprésence du combat contre la pléthore dans le discours professionnel pourrait surprendre : en 1898, six ans après la promulgation de la loi, il y avait 6.49 dentistes pour 100 000 habitants en France contre 6.53 en Allemagne 11.47 en Angleterre 35.26 aux États-Unis ^(25 :48); à titre de comparaison l'ONCD avance un taux de 66.65 pour mai 2020 en France. Les chiffres de 1898 réjouissaient le Dr Sauvez lors du congrès annuel de la FDN : « la situation de la profession en France est sensiblement meilleure que dans la majorité des pays analogues » « si la profession était libre aujourd'hui comme elle l'était avant la loi [...] le chiffre des dentistes qui s'établissent en France annuellement serait plus que doublé par l'invasion des dentistes étrangers ». Il n'était pas prévu d'augmentation importante de la population dentaire : « la profession de dentiste sera encore meilleure, comme exploitation commerciale, pendant au moins une dizaine d'années, c'est-à-dire que dans dix ans nous serons encore plus favorisés que nos confrères d'Angleterre et d'Amérique ne le sont actuellement »⁽⁴⁸⁾. Il nous faut donc préciser que le sentiment de surpopulation ne se base pas sur le ratio entre soignants et population générale mais sur le sentiment chez certains dentistes d'un déséquilibre entre l'offre de soins dentaires et la demande. La lutte pour capter l'attention de la classe moyenne urbaine, l'augmentation du nombre des praticiens compétents par l'action des écoles et le coût croissant du matériel ou des nouvelles technologies rendent cette lutte plus intense ; l'exercice dentaire est vu comme moins rentable et les discours optimistes des écoles ou du docteur Sauvez fédèrent moins

que celui des syndicats⁽⁴⁹⁾.

Les organisations professionnelles recommandèrent dans un premier temps d'augmenter la demande en soin pour diminuer la concurrence ; « La propagande de l'Hygiène » est souvent le premier « remède d'ordre économique » préconisé par les assemblées professionnelles étudiant « la pléthore dentaire et les moyens à employer pour l'arrêter et combattre ses mauvais effets »⁽⁴⁹⁾ et ceci parce qu'il fut observé qu'aux États-Unis « le cercle de la clientèle s'est agrandi par la propagande pour soins dentaires dans les institutions privées, les écoles publiques, les compagnies d'assurances et les fabricants de pâtes dentifrices »⁽⁵⁰⁾ ; en France « la population n'a pas encore assez d'éducation et ne se fait pas soigner suffisamment » le jour où le public sera suffisamment instruit « il pourra y avoir 5 à 6000 dentistes en France qui vivront cependant très facilement »⁽⁴⁸⁾.

Les dentistes français n'obtiendront cependant pas dans l'immédiat un accroissement de la population des demandeurs de soin aussi important que celui qui s'est produit en Amérique car les classes populaires de l'autre côté de l'Atlantique ont bénéficié d'une baisse globale des honoraires, conséquence de la concurrence acharnée d'une surpopulation de diplômés que les organisations dentaires françaises veulent à tout prix éviter^(12;51). La pauvreté des populations ne limitant que trop l'augmentation de la demande⁽¹⁴⁾ les dentistes continuent d'engorger les grandes villes : selon les statistiques du ministère de l'intérieur de l'année 1898 il n'y avait rarement plus de 5 dentistes dans un département alors qu'on comptait 582 dentistes à Paris^(25;48).

L'augmentation de la demande ne pouvant suffire à diminuer la pléthore, les syndicats vont activement s'employer à réduire l'offre et poursuivre avec un zèle mesquin tous ceux dont la pratique n'est pas strictement comprise dans les dispositions transitoires de la loi de 1892: « Au lieu de donner de nouveaux dentistes au public on supprime ceux qui exercent, c'est toujours quelque chose et ce quelque chose constitue un très bel avantage au profit des dentistes ayant droit d'exercer »⁽⁵²⁾. Le régime transitoire autorisait la pratique de la dentisterie à celui qui présentait quelques années de patentes au moment de la promulgation de la loi, l'utilisation des produits anesthésiant était cependant réservée aux détenteurs du nouveau diplôme.⁽⁴⁷⁾ Cette disposition permit aux syndiqués de chasser les concurrents qui ne possédaient pas le bon nombre d'années de patentes ou encore les vieux patentés s'approchant de la retraite qui ne songeaient pas à passer les examens officiels pour continuer à anesthésier. Des voix s'élevèrent contre la vague de procès s'abattant sur les patentés, la dénonciation des plus vieux patentés par leurs anciens élèves et apprentis étaient jugée particulièrement indigne. Les opposants à cette intense campagne de procès iront témoigner en faveur des mécaniciens prothésistes quand ceux-ci seront accusés d'exercer illégalement la dentisterie en prenant des empreintes et en réalisant des prothèses.^(46;53;54) Parmi ces opposants on distingue les grand noms de l'école dentaire de Paris, tous anciens mécaniciens et qui

quitteront le syndicat des chirurgiens-dentistes de France à la suite de la « politique judiciaire » de ce dernier : ils dénonceront les « nouvellement promus » qui ont « traqués sans pitié » « leurs frères de la veille » « pourtant moins riches et moins heureux » frappant sans distinction même ceux qui « exerçaient honorablement » ^(52 ;55).

La « guerre à outrance contre les illégaux »⁽⁵⁶⁾ n'est pas la seule mesure visant à corriger le déséquilibre de l'offre et de la demande : les syndicats vont en parallèle s'attaquer à ce qu'ils considèrent être des problèmes structurels. Parallèlement à la « propagande collective en faveur des soins dentaires », du « respect des décisions syndicales en ce qui concerne les honoraires » et de la « répression sévère de l'exercice illégal », les syndicats vont préconiser comme « remède à la pléthore », un « accès rendu plus difficile aux études dentaires, la sélection à la base par l'exigibilité du baccalauréat »⁽⁵⁶⁾. « Grisés sans doute par la possession d'un diplôme d'état, un certain nombre de dentistes ne pensèrent plus d'une part qu'à renforcer les privilèges que leur conférait ce parchemin et d'autre part qu'à restreindre le plus possible le nombre de ceux qui pouvaient aspirer à la possession d'un diplôme qui pouvait faire d'eux leurs concurrents de demain »⁽⁵⁷⁾.

B) Nouvelles stratégies corporatives : l'augmentation de la durée et du niveau des études

Chaque année depuis l'ouverture de la première école dentaire, de nouvelles promotions de praticiens formés aux dernières techniques de soins entrent sur le marché du travail. Les syndicats s'inquiètent de cette augmentation constante, de l'accroissement d'« une profession qui ne peut faire vivre ses membres », le nombre des étudiants trop élevé provoquant déjà « la ruine matérielle et la déchéance morale de bon nombre de nos confrères » ^(49;58;59). Les écoles françaises sont accusées de suivre le chemin de leurs grandes sœurs américaines : les écoles parisiennes, qui commencent à faire des émules en provinces, ouvriraient leurs portes à beaucoup trop d'étudiants et ceci dans une logique de rentabilité déconnectée des besoins en soins de la population.⁽⁴⁹⁾

Pour réduire le nombre de candidats aux écoles dentaires et donc la concurrence future, les syndicats vont se réapproprier la défense de la qualité des soins, conséquence d'une formation de qualité. L'enseignement supposément médiocre que délivrent les écoles mettrait en danger les patients et la réputation des chirurgiens-dentistes dans leur ensemble, il serait urgent de relever le niveau des étudiants en rallongeant la durée des études et surtout, en exigeant le baccalauréat avant toute inscription. Il nous faut préciser qu'à cette époque la dentisterie attire des populations plus modestes que celles se destinant à la médecine précisément parce qu'elle nécessite des études plus

courtes, donc au coût plus supportable, et qu'elle ne nécessite pas le baccalauréat.⁽²⁾ Les classes populaires ne dépassent que rarement le certificat d'études, les contraintes économiques écourtant rapidement leur scolarité pour les diriger vers les ateliers ou les champs⁽¹⁷⁾, l'exigence du baccalauréat devient alors un puissant outil d'épuration sociale^(59;60) et de diminution de la démographie professionnelle : Charles Godon estimait qu'en 1907 ses étudiants détenaient à 80% le certificat d'enseignement secondaire, à 10% le certificat d'études primaires supérieures, les bacheliers ne représentaient que 10% des effectifs⁽⁶¹⁾. Lavisse dira de ce baccalauréat qu'« il n'est plus une garantie de bonnes études, il est devenu une sorte d'institution sociale, un procédé artificiel qui tend à diviser la nation en deux castes dont l'une peut prétendre à toutes les fonctions publiques, dont l'autre est formée des agriculteurs, des industriels, des commerçants, de tous ceux qui vivent de leur travail » ; ce diplôme n'aurait d'ailleurs que peu de valeur : « les jurys ont, en somme, des habitudes de large indulgence (si large qu'être bachelier ne signifie à peu près rien » « un trop grand nombre de candidats ont recours à la fraude »⁽²⁸⁾.

La justification de l'exigence du baccalauréat lie la valeur morale et la sélection selon une formule qui avait déjà été employée par les docteurs en médecine dans leur lutte contre les officiers de santé^(62;63) et qui sera plus tard réutilisée lors des débats sur le numerus clausus : le soin nécessite de « grandes qualités morales, en raison *des responsabilités exceptionnelles* qui pèsent sur les praticiens » or « de telles qualités intellectuelles et morales seraient peu répandues » il est donc nécessaire que les futurs étudiants subissent « des épreuves supposées attester de leurs hautes dispositions intellectuelles et morales et les distinguer du *troupeau*, du *flot* ou de la *masse* », « Cette sélection doit ensuite être sévère, la qualité des futurs médecins étant inversement proportionnelle à leur quantité »⁽⁶⁴⁾. d'autres voient l'exigence de diplôme comme un moyen d'homogénéiser la profession par le haut, le baccalauréat élevant le statut de leur art en y attachant le prestige des professions bourgeoises. La culture générale serait indispensable pour extraire l'individu de ses conceptions utilitaires, la hauteur de vue conférée par de longues études ne permettrait pas aux diplômés de laisser des préoccupations pécuniaires dicter leur existence. « Il faut en quelque sorte s'infuser le plus possible de science pure, pendant les premières années professionnelles, pour corriger l'influence du positivisme de la pratique. La limitation de la culture intellectuelle, [...] un accroissement rapide dans toute profession du nombre d'hommes dont la vue est bornée à l'étroit horizon de leurs occupations spéciales, et qui n'ont rien de cette libéralité généreuse qui est le fruit d'une noble éducation. C'est par cette étroitesse primitive de pensées et par cette petitesse de vues dans les projets qu'il forme pour son existence, [...] qu'un dentiste n'a aucune position sociale »⁽⁶⁵⁾. Les médecins américains de la fin du XIX^e avaient déjà désigné l'exigence d'une éducation préliminaire forte comme le meilleur moyen de faire à la fois baisser la population de soignants et d'augmenter la reconnaissance sociale des praticiens⁽⁶⁶⁾. C'est cet esprit qui guide par exemple La

Fédération Dentaire Internationale quand elle préconise en 1902 que « les mêmes [études] qui sont requises d'un étudiant en médecine ou en droit » soient demandées à celui qui veut entrer dans une école dentaire⁽⁶⁷⁾.

Pour être bien certain de se débarrasser de certaines populations, les syndicats demanderont en sus « la suppression [...] des bourses d'études accordées aux étudiants pauvres par le conseil municipal de la ville de Paris, le Conseil général de la Seine etc »⁽⁶⁸⁾; ils imiteront également la confédération des syndicats médicaux en faisant le tour des écoles et des collèges pour décourager les vocations par la distribution de brochures décrivant le triste « encombrement » dont souffriraient les métiers du soin^(52;69). Toutes les actions entreprises en trente ans de luttes syndicales ne semblent cependant pas avoir eu l'effet escompté par leurs auteurs et les tensions vont s'accroître sous l'effet des crises économiques de l'entre-deux-guerres qui n'épargnent pas les professions libérales. Henri Villain observe alors que ces crises ont provoqué une « sociétite » qu'il définit comme une explosion du nombre de groupements et de mouvements professionnels hostiles les uns aux autres : « lorsqu'il n'y a plus de foin au râtelier les chevaux se battent »⁽⁵⁶⁾. La lutte entre odontologue et stomatologue va alors s'intensifier, chacun continuant de présenter son modèle d'étude comme étant le seul enseignement complet capable de fournir au futur praticien les connaissances nécessaires au soin des dents. Le débat sur la formation professionnelle va croiser celui sur la pléthore quand des transfuges vont rejoindre le camp des stomatologues et militer pour le doctorat en médecine obligatoire et l'intégration des études bucco-dentaires au cursus médical.

Ces « odontoïatres » décrivent la formation qu'ils ont reçue en école dentaire comme très insuffisante^(70;71) et ils voient la fin de la dentisterie autonome comme un « remède à la pléthore » radical où les dentistes déjà en place bénéficieraient de mesures transitoires généreuses⁽⁵⁶⁾. Cette nouvelle thèse progresse si rapidement qu'elle semble faire douter la nouvelle génération de dirigeants des écoles dentaires parisiennes qui pensent alors le statut de chirurgien-dentiste condamné. Ils acceptent de négocier avec les stomatologues en présence du ministre de l'éducation nationale afin de déterminer les termes de la capitulation de l'odontologie : toutes les parties signent le protocole de Monzie de 1933 qui prévoit le doctorat en médecine obligatoire pour la pratique de la dentisterie et la mort du grade de chirurgien-dentiste.⁽⁵⁶⁾ Contre toute attente ce sont les syndicats de médecins qui sauveront malgré eux le chirurgien-dentiste : une des clauses du protocole imposée par les odontologistes précisait que si la dentisterie devenait effectivement uniquement accessible aux diplômés en médecine, ceux qui désireraient la pratiquer devront subir un enseignement spécial validé par un diplôme de spécialité.⁽⁵⁶⁾ Cette disposition devait permettre aux négociateurs odontologistes de prétendre devant leurs assemblées professionnelles que le protocole se plaçait dans la lignée des combats précédents en garantissant la qualité de la formation des soignants

bucco-dentaires ce qui est très contestable : les négociateurs sacrifient l'autonomie pour la qualité là où leurs prédécesseurs sauvaient l'autonomie en défendant la qualité. Cette clause va fortement irriter les syndicats médicaux qui se déchirent à l'époque sur la question de la régulation de l'exercice des spécialités. Certains demandent la reconnaissance des spécialités médicales par la création de nouveaux diplômes obligatoires, d'autres refusent absolument de renoncer à l'unicité de la médecine : le doctorat en médecine doit permettre d'exercer toutes les branches du soin sans restriction.⁽²⁾ Les médecins signataires du protocole de Monzie sont incapables dans ce contexte d'imposer à une profession aussi divisée un traitement de faveur pour la spécialité dentaire ; leur appel à l'union afin d'exploiter une opportunité unique d'absorber la dentisterie sera vain, le protocole sera sans suite et la défense d'une formation professionnelle de qualité vient de sauver une nouvelle fois la dentisterie autonome.

Nous venons de voir que l'idée d'une qualité des soins dépendante de la qualité de la formation professionnelle est de nouveau employée, cette fois dans la rhétorique des combattants de la « pléthore » dentaire. Ces derniers tiennent en parallèle un autre type de discours qui vise à réguler les pratiques concurrentielles par l'établissement de chartes déontologiques : la qualité des soins dépendra bientôt de l'éthique des pratiques et de leur contrôle.

C) Nouvelles stratégies corporatives : du contrôle de compétence au contrôle des pratiques

En complément d'une régulation à la baisse de la démographie professionnelle, le contrôle de l'offre de soins dentaires va se traduire par une volonté de limiter la concurrence entre praticiens via l'élimination des pratiques « déloyales » telles que la publicité outrancière promettant les dernières innovations aux tarifs les plus abordables. Les organisations professionnelles condamnaient ces pratiques depuis le XIX^e et elles les attribuaient à un manque de moralité des dentistes les moins instruits ⁽²³⁾. Cette thèse fut vite démentie par la persistance de la réclame après la loi de 1892, le développement d'une presse généraliste vivant des publicités servant de catalyseur à cette charlatanerie légale et donc non condamnable par les tribunaux ⁽⁷²⁾; les docteurs en médecine n'étaient d'ailleurs pas les derniers à abuser de la réclame et Andrieu lui-même, le leader des médecins-dentistes, y avait eu recours pour la vente de solutions miracles ce qui lui valut les moqueries de ses adversaires odontologistes : « l'inventeur de la liqueur anti-hémicrânienne vous appelle charlatan ! » ^(33 ; 73)

Les exemples de pratiques exacerbant la compétition des dentistes entre eux et ternissant l'image de

la profession aux yeux du grand public sont légions : « Font de la réclame les plus grands comme les plus humbles, français ou étrangers, gradés ou non, avec des différences de page et de prix. L'un s'intitule professeur et fait annoncer des conférences, des leçons quelconques, des représentations en son Institut. Un autre, à propos d'un procès célèbre, d'une question controversée, fait exprimer dans le compte rendu donné par le Gil-Blas ou le Figaro son opinion personnelle qui n'a nullement figuré dans les débats. »⁽¹⁷⁾ . Les titres de professeur de prothèse fleurissent sur les cartes de visites⁽⁷⁴⁾, et de nombreux témoignages font état de la course à l'innovation charlatanesque chez les dentistes : outre l'« eau efficace pour remettre à leur place les dents branlantes »⁽⁴⁾, « Certains dentistes avaient inauguré, dans un esprit de lucre, la *Boîte à Dentiers*. Elle consistait à répondre à une réclame tapageuse, donnant des prix tellement dérisoires, qu'ils étaient en dessous du prix de revient des matières de meilleur marché. Aussi, quand le *client* se présentait pour bénéficier des avantages énoncés par les prospectus, on apportait une grande boîte où se trouvait une certaine quantité d'appareils dentaires. Naturellement malgré l'essayage de tous, aucun ne répondait au cas du *client*. On lui expliquait alors *que le sien n'existait pas*. Sur sa réclamation, le praticien lui spécifiait aussitôt : *qu'en effet on serait dans l'obligation de lui faire son appareil spécialement, mais que cela coûterait plus cher* ». ⁽⁴⁶⁾

Voulant lutter contre l'exacerbation de la concurrence, les syndicats compensèrent le mutisme de la loi par la rédaction de chartes, ancêtres du code de déontologie. Chaque membre devait se plier à la charte du syndicat ; si les chartes variaient d'un syndicat à un autre elles étaient suffisamment imprégnées des mêmes valeurs et références pour pouvoir être fusionnées et adoptées par des associations de syndicats. La réflexion sur les pratiques de bonne confraternité s'inspiraient de ce qui existait déjà chez les médecins français mais aussi de ce qui avait été appliqué par les syndicats dentaires américains où la reconnaissance de l'utilité de ces règlements fut à ce point unanime parmi les chefs des groupements professionnels qu'ils rédigèrent un *code of ethics* commun applicable dans tous les états.^(23;75) Les dentistes ou associations qui refusaient d'observer le code, les « *black legs* », furent marginalisés et on leur refusa même l'accès à certains congrès dentaires^(23;76). Ce *code* est un symbole de la transition des chartes de défense corporatistes en codes déontologiques avec des chapitres mentionnant les devoirs envers les confrères mais aussi envers les « *clients* »⁽²⁴⁾. Ces mesures limitant la concurrence ne sont pas toutes liées à une dignité particulière de la pratique du soin : des professions commerciales établissent leur propre déontologie codifiant les relations entre les différents acteurs et on peut retrouver le principe de certains impératifs déontologiques dans les règlements des corporations de l'Ancien Régime.

Les syndiqués souhaitent par les chartes bannir le détournement de clientèle mais aussi de mécaniciens : à cette époque des dentistes possèdent encore des ateliers attachés à leur cabinet où

travaillent des apprentis et des prothésistes. Ce mode d'exercice diminua avec l'avènement de l'atelier « à façon » mais il reste suffisamment présent pour que certains syndicats codifient l'interdiction à leurs membres d'attirer par la promesse d'un meilleur salaire le mécanicien de l'atelier du confrère. Parmi d'autres mesures destinées à limiter la concurrence entre les syndiqués citons l'entente sur une fourchette de tarifs ou encore le cas particulier des dentistes mobilisés pendant la première guerre à qui les autres syndiqués promettent de limiter, dans la mesure du possible, les soins prothétiques sur leurs patients afin de ne pas les priver des soins les plus rémunérateurs à leur retour des tranchées⁽⁷⁷⁾.

Lors d'une réunion de l'association générale syndicale des dentistes de France en 1923, W. Brodhurst donne lecture du rapport « Déontologie - Code moral à l'usage des chirurgiens-dentistes ». Une des premières tentatives de rédaction d'un *code of ethics* à la française qui se donne pour mission de définir l'« ensemble des devoirs spéciaux inhérents à l'exercice de cette profession ». Ce code préconise l'auto-discipline et repousse l'examen de la pratique du dentiste par une entité extérieure car la chirurgie dentaire est une « profession libérale sans contrôle d'aucune sorte ». Le code interdit l'usage d'artifices de langage pour tromper les patients, considère que c'est une faute grave que d'accorder plus ou moins d'attention aux soins selon la condition sociale du malade, il rappelle l'importance du secret médical. On retrouve également les impératifs classiques des chartes syndicales : la confraternité, l'absence de réclame etc⁽⁷⁸⁾.

Le respect de la dignité et l'image de la profession, l'indépendance du dentiste, l'interdiction de la réclame et des démonstrations publiques publicitaires, l'interdiction de faire varier les prix pour attirer le client, le respect du travail des confrères en présence des patients.... De nouvelles exigences vont s'imposer aux dentistes afin de limiter la concurrence, source de conflits et d'une baisse du niveau de vie des praticiens. Ces mesures n'ont cependant qu'une portée limitée car elles ne contraignent que ceux qui se portent volontaires pour s'imposer une telle discipline. Les autres peuvent toujours se moquer d'être pointés du doigt et ostracisés par leurs confrères, l'adhésion à un syndicat n'étant pas obligatoire chacun peut jouir de la liberté de suivre sa propre morale aussi longtemps qu'elle respecte le cadre de la loi. Les syndiqués souhaiteront supprimer cette liberté et imposer leurs standards déontologiques à tous les dentistes : ils bénéficieront du militantisme des médecins qui désirent instaurer des ordres professionnels à adhésion obligatoire.

Les groupements médicaux se questionnaient en effet dès la Restauration sur la pertinence de la création d'une « police médicale » : « ceux qui réclament les chambres de discipline se fondent sur l'extrême concurrence qui s'est établie en médecine » ; si on ne voulut pas dans un premier temps livrer le soignant à une juridiction exceptionnelle où ses confrères-concurrents pourraient faire régner la « basse tyrannie et la vile jalousie » ^(79:80:81), l'incapacité de l'Académie de médecine à

imposer dans des procès médiatisés le principe de l'irresponsabilité du médecin provoqua un changement de paradigme et la défense de l'indépendance du praticien vis-à-vis de ses confrères compta moins que la création d'une juridiction spéciale soustrayant les docteurs de l'autorité des juges avec qui ils entretiennent une rivalité^(82;83). Le projet de création d'une institution se calquant sur l'ordre des avocats sera un serpent de mer de la IIIe République et prendra une intensité particulière dans les années trente où crises économiques et migration de praticiens étrangers provoqueront le ralliement d'un nombre croissant de soignants à l'idée d'institutions régulatrices ; celles-ci auraient probablement été votées sans l'opposition des juristes à la création d'un ordre qui leur rappelle par trop d'aspects les corporations abolies de l'Ancien Régime et leur justice d'exception injustifiée ^(83;84). L'Ordre des médecins sera finalement créé dans les premiers mois du régime de Vichy, l'Ordre des dentistes suivra peu après en 1941 sous la forme d'une section attachée ⁽⁸⁵⁾; ces institutions auront pour mission de dresser un tableau des soignants autorisés à exercer et de chasser les praticiens « marrons » tombant sous le coup des lois sur le statut des juifs et la révision des naturalisations^(86;87). L'ordre des médecins sera refondé à la libération et les dentistes obtiendront un ordre indépendant avec à sa tête des personnalités de l'ancienne section dentaire telles que Chactas Hulin qui participera à la rédaction du code de déontologie imposant définitivement à tout dentiste des règles de conduite héritières des mesures syndicales de limitation de la concurrence^(86;88;89)

C'est la fin d'une ancienne conception de la défense de la qualité des soins : Jusqu'aux débats demandant la création d'ordres professionnels elle était la conséquence d'une formation de qualité sur laquelle se concentraient les revendications et les réformes. En affirmant la nécessité d'une réglementation du comportement individuel, les partisans de l'Ordre impliquent que l'ancienne conception était insuffisante et que la qualité découle également d'une pratique éthique ce qui nécessite la création d'organes chargés à la fois de définir des règles déontologiques mais également de contrôler leur respect par les chirurgiens-dentistes. Cette nouvelle organisation va se faire au détriment de l'influence des écoles dentaires sur le progrès de la profession qui sera maintenant d'avantage dicté par l'interaction de l'État avec le conseil de l'ordre et les syndicats.

La crainte d'une surpopulation professionnelle a conduit une part influente des dentistes à vouloir redéfinir la formation puis à faire glisser l'idée d'une qualité des soins garantie par le contrôle de l'aptitude du futur praticien vers l'idée d'une qualité des soins garantie par le contrôle de la pratique des soignants via l'établissement d'une déontologie héritière des chartes syndicales.

Discussion

Nous avons vu dans quelle mesure la qualité des soins, employée comme argument dans les luttes corporatives, a influencé le statut de chirurgien-dentiste, la nature du soin dentaire, la formation du professionnel ou encore l'autonomie de la dentisterie. L'évolution de cette dentisterie, telle que nous l'avons décrite jusqu'à présent, a fait intervenir deux protagonistes principaux : le professionnel de santé et le politique. Or, Les transformations du soin et des soignants ne naissent pas seulement d'un échange entre des préoccupations politiques de santé publique et des théories corporatives. Le contexte économique, le progrès technologique, la montée en puissance des mutuelles à partir des années trente, puis la sécurité sociale à partir de 1945, sont autant de facteurs qui vont se mêler pour transformer le soin en France. Il serait donc nécessaire de rédiger une histoire parallèle du soin dentaire qui s'intéresserait aux influences conjuguées de la jurisprudence, des avancées technologiques et du contexte économique et social afin de relativiser la portée du militantisme corporatif et de ses discours.

Le seul remboursement des soins contribuera à redéfinir les pratiques autour de la valeur qualité : des dentistes, dans leurs négociations avec les organismes complémentaires, réutiliseront la défense de la qualité dans une argumentation dont la structure nous est maintenant familière. Ainsi, la qualité des soins est conséquence d'un système vertueux qui sera atteint lorsque les défaillances de la situation actuelle seront éliminées : une valorisation des soins insuffisante obligerait les soignants à faire primer des critères de productivité au détriment de la qualité. Après la formation et le contrôle des pratiques, c'est la valorisation pécuniaire des actes qui est garante de la qualité du soin et quelques praticiens vont se reposer sur cette nouvelle notion pour proposer à une clientèle aisée des prestations plus onéreuses échappant aux grilles de tarifs négociés. La qualité n'est alors plus la conséquence d'un système idéal : elle va s'émanciper pour devenir une valeur autonome qui sera directement recherchée et évaluée selon des critères objectifs. Cette qualité autonome segmente l'offre de soins et les praticiens devront se questionner sur leur rapport à celle-ci afin de définir leur exercice professionnel⁽⁹⁰⁾. Si la qualité dépend de la valorisation des tarifs, les pratiques les plus chères s'imposent alors implicitement un devoir d'efficacité qui favorisera le glissement de statut de l'acte de soin, qui de composante de l'obligation de moyen va devenir une marchandise à part entière jugée selon des critères standardisés⁽⁹¹⁾. Les soignants deviennent des prestataires de service et le traitement n'est plus seulement la conséquence d'un diagnostic mais résulte également du choix d'un patient-consommateur mettant en balance les avantages et les qualités afin de trancher entre les différentes thérapeutiques qui lui sont proposées⁽⁹²⁾. Ce choix est purement théorique dans le cas où

la capacité financière du patient limite son accès aux différentes options, la diversité des pratiques relève alors d'avantage d'un ciblage de part de marché que de la réelle alternative thérapeutique, l'offre de soins n'est pas un éventail mais une échelle que seuls les plus aisés peuvent gravir.

L'autonomisation de la valeur qualité pourrait alors poser des problèmes éthiques si elle venait à se détacher des préoccupations de santé publique et ne plus dépendre d'une organisation uniforme de la formation professionnelle, d'un contrôle de la déontologie des pratiques ou encore d'une politique tarifaire cherchant l'équilibre avec l'accessibilité des soins.

Cette mutation réalise la transition entre un modèle standardisant les pratiques afin d'apporter des soins de qualité au plus grand nombre et un modèle standardisant une qualité qui doit servir à objectiver les résultats de la pratique individuelle selon des critères quantifiables et une hiérarchie des valeurs. Dans le domaine de l'esthétique, les pratiques se rapprochant le plus de l'idéal qualité sont inaccessibles financièrement à une majorité de la population qui reste pourtant soumise aux jugements associés à cette hiérarchisation des valeurs.⁽⁹³⁾ Les études tendent d'ailleurs à confirmer que « le sourire est un devoir social »⁽⁹⁴⁾ : l'insertion sociale et le bien-être psychologique de l'individu sont influencés par sa position dans cette hiérarchie de normes esthétiques^(95,96) ce qui est particulièrement problématique dans une société où le progrès technologique constant tirera les standards vers le haut jusqu'à les mettre hors de portée de ceux qui n'auront pas accès à la haute technologie ; les soignants pourraient alors se faire les vecteurs d'une dérive transhumaniste s'ils venaient à délaisser leur mission de soignant pour se faire architecte. « A mesure que la civilisation étend ses progrès, nos infirmités s'accroissent avec nos besoins »⁽⁹⁷⁾ : l'action conjuguée de la valorisation de l'esthétique du sourire et du développement technologique consolide les inégalités sociales lorsque ces deux facteurs ne sont pas accompagnés d'une politique égalitaire d'accès aux soins.

Cette problématique met en relief la relation souvent contradictoire entre les notions de qualité et d'accès aux soins ; la recherche de cette dernière par les décideurs politiques ayant transformé la pratique des soignants, il est surprenant que la littérature et les réflexions professionnelles que nous avons pu analyser au cours de ce travail ne lui accordent qu'une place anecdotique en comparaison des grandes mobilisations qu'ont entraînées les disputes sur la formation dentaire ou les négociations tarifaires .

Il nous faut donc rappeler que malgré nos efforts pour diversifier les sources bibliographiques, cette thèse repose avant tout sur les publications des sociétés et syndicats dentaires ainsi que leur relation avec le milieu politique, elle pourrait donc donner du soin en France une vision corporatiste, les praticiens isolés ne faisant partie d'aucune organisation et ne s'impliquant pas dans les polémiques corporatistes laissant moins de traces historiques.

Elle pourrait également laisser croire que l'Histoire du soin des dents se confond avec celle du praticien formé et urbain. Il nous faut alors insister sur le fait que, jusqu'aux mesures de remboursement des soins par les mutuelles puis par la sécurité sociale, la majorité de la population française n'avait accès qu'aux empiriques, aux irréguliers, aux médecins s'improvisant dentiste.

Les praticiens urbains, diplômés ou non, qui s'écharperont sur les questions du statut de la dentisterie ou de la « pléthore » sont les seuls à se doter d'une littérature spécialisée ou à communiquer dans les journaux ; leur trace historiographique est disproportionnée par rapport à leur poids démographique. L'histoire du soin dentaire des populations pauvres, et en particulier des ruraux, reste donc à approfondir, l'histoire des progrès techniques ne se superposant qu'en partie avec l'histoire du soin tant les nouvelles technologies étaient réservés à une fraction de la population.

Le dentiste diplômé a trop souvent été rare et ses prestations inaccessibles pour une majorité de la population: le soin dentaire en France au XIX^e est d'abord le fait des sans-voix sédentaires que sont les forgerons, serruriers, cantonniers et casseurs de pierres qui se partagent le soin des français avec les dentistes itinérants vendant potion et « cueillage »⁽⁹⁸⁾ sur les places de village pendant les jours de marché. L'histoire de cette population de soignants reste encore à écrire, leur rôle dans l'évolution du soin dentaire ayant été longtemps minimisée par des dentistes et des stomatologistes qui préféraient se chercher une ascendance plus noble.

Conclusion

Protéger la population des abus, garantir la qualité des soignants, réglementer leur formation professionnelle puis favoriser l'accès au soin des populations... L'étendue de la mission de santé publique dont se charge l'État grandit considérablement à partir du XIX^e, elle va bouleverser les organisations professionnelles et transformer le soin lui même.

Les soignants, pour se faire entendre et influencer sur ces changements, ont dû présenter leurs revendications corporatives comme des conséquences logiques d'un discours reposant sur des valeurs partagées avec l'action étatique. Parmi ces valeurs on retrouve la volonté de garantir aux français des soins de qualité. Cette volonté peut se décomposer en deux objectifs parfois contradictoires : le développement de la démographie professionnelle d'une part, la recherche d'une qualité des soins optimale de l'autre. C'est d'abord au nom de cette seconde notion que vont être créés le titre de chirurgien-dentiste, la délimitation des pratiques et la notion d'exercice illégal de l'art dentaire. C'est par un souci d'équilibre entre l'exigence de qualité des soins et la démographie professionnelle que l'on réalise l'autonomie de la profession vis-à-vis de la médecine, concrétisée par un enseignement de la dentisterie séparé des études médicales et un ordre professionnel indépendant.

La logique des discours se réclamant de la défense de la qualité des soins a considérablement varié au fil du temps et des bouleversements du contexte économique. La qualité des soins ne devait d'abord qu'être la conséquence de la qualité du praticien que l'on a cherché à garantir par le contrôle des connaissances et des aptitudes à l'issue d'une formation obligatoire. Il fut affirmé dans un second temps que le seul contrôle de la compétence était insuffisant pour garantir la qualité des pratiques qui devront maintenant être jugées selon leur respect d'une charte déontologique.

Bibliographie

- (1) Vidal F. Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours. 2007 <https://academiedentaire.fr/wp-content/uploads/2019/09/Regards-sur-lhistoire-de-lart-dentaire.pdf>
- (2) Une brève histoire de la stomatologie, F. Legent, <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/orl/i.php>, mars 2012
- (3) Fondation de la société de chirurgie dentaire de Paris, Audibrant, Joseph, Paris, 1847
- (4) Bulletin du cercle des dentistes de Paris, Paris, 1879 Cote : PF32.Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (5) L'Odontologie, tome 25., Paris, 1901. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (6) L'Odontologie, tome 18., Paris, 1897. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (7) Les malfaiteurs de profession / par Louis Puibaraud, Docteur en Droit, ancien chef du cabinet du préfet de Police, Inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, Paris : E. Flammarion, 1893
- (8) A. Fanton, chirurgien-dentiste à Orléans : sa vie, son temps, son œuvre, R. Fanton, J.-B. Baillièrre et fils (Paris), 1887
- (9) L'Odontologie, Volume 1. - Paris, 1881. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (10) Fondation de l'Ecole et de l'hôpital dentaires libres de Paris, Amiens : T. Jeunet imprimeur, 1880
- (11) Le Monde dentaire : journal des dentistes français, Paris, 1893/01 (A7,N69)-1893/12 (A7,N80), ark:/12148/bpt6k57280793
- (12) L'enseignement et l'organisation de l'art dentaire aux Etats-Unis : rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Instruction publique, Kuhn, Paris, 1888

- (13) L'Odontologie, Volume 2. - Paris, 1882. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (14) L'Odontologie, tome 32., Paris, 1904. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (15) L'Odontologie, tome 46., Paris, 1911. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (16) L'Odontologie, tome 26., Paris, 1901. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (17) L'Odontologie, Volume 7. - Paris, 1887. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (18) Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner 1^ole projet de loi : 2^o les propositions sur l'exercice de la médecine, Chevandier, Paris, 1890
- (19) L'Odontologie, Volume 4. - Paris, 1884. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (20) Code chirurgien-dentiste : explication de la loi du 30 Novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne exclusivement les Chirurgiens-Dentistes, Roger Emile Godon Charles , 1893 Paris : J.-B. Bailliere et Fils
- (21) L'Odontologie, Volume 11. - Paris, 1891. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (22) L'Odontologie, tome 13. Paris, 1893, Cote : PF92, Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (23) L'évolution de l'art dentaire : L'école dentaire, son histoire, son action, son avenir, Godon, Charles, 1901, Paris J-B Bailliere et fils
- (24) L'Odontologie et la revue internationale, tome 15, Paris, 1895, Cote : PF92, Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (25) L'Odontologie, tome 23., Paris, 1900. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (26) L'Odontologie, tome 36., Paris, 1906. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)

- (27) La stomatologie : l'art dentaire et son évolution contemporaine, Cruet, Ludger, Paris : G. Steinheil, 1907
- (28) L'Odontologie, tome 38., Paris, 1907. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (29) L'Odontologie, tome 65., Paris, 1927. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (30) Quelques Vérités sur la manière actuelle de remplacer les dents. Le bon sens en prothèse dentaire, E. Andrieu , Paris, 1876
- (31) Traité complet de Stomatologie, E. Andrieu, Paris, 1868
- (32) L'Odontologie, Volume 9. - Paris, 1889. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (33) L'Odontologie, Volume 3. - Paris, 1883. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (34) Le Monde dentaire : journal des dentistes français, Paris, 1891/01 (A6,N57)-1891/12 (A6,N68)
- (35) L'Odontologie, tome 20., Paris, 1898. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (36) L'Odontologie, tome 69., Paris, 1931. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (37) Proposition de loi sur l'exercice de la médecine -- présentée par MM. David, Lockroy, Georges Trouillot, Signard, Gacon, Isoard, Vacherie, Cosmao-Dumenez, François Deloncle, Paris :Q, 1890
- (38) L'Union médicale, Troisième série, n° 32. - Paris : aux Bureaux du journal, 1881. Cote : 90068. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (39) L'Odontologie, tome 41., Paris, 1909. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (40) Revue internationale d'odontologie, volume 2 ,Paris, 1893, Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)

- (41) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie + Le mercredi médical, série 2, tome 30b. - Paris : G. Masson, 1893. Cote : 90166, 1893, série 2, tome 30b.
- (42) L'Odontologie, tome 43., Paris, 1910. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (43) Le progrès médical : journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, 1891, série 02, tome 13. - Paris, 1891. Cote : 90170. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (44) L'Odontologie, Volume 12. - Paris, 1892. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (45) Le Monde dentaire : journal des dentistes français, Paris, 1894/01 (A8,N81)-1894/12 (A8,N92),
- (46) Rapport sur le programme professionnel des mécaniciens dentistes, publié par le Syndicat des mécaniciens-dentistes, Etampes (S.-et-O.) , 1922
- (47) Revue internationale d'odontologie, volume 1 ,Paris, 1892, Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (48) L'Odontologie, tome 27., Paris, 1902. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (49) De la pléthore dentaire et des moyens à employer pour l'arrêter et combattre ses mauvais effets, V. Hamonet, Vannes, 1908
- (50) L'enseignement médical en France : à l'usage des médecins et étudiants français ou étrangers, Paris : la presse médicale, 1929
- (51) L'Odontologie, Volume 8. - Paris, 1888. Cote : PF92 Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (52) L'Odontologie, tome 33., Paris, 1905. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (53) Le Monde dentaire : journal des dentistes français, n°194 mai 1903

- (54) L'Odontologie, tome 73., Paris, 1935. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (55) L'Odontologie, tome 16., Paris, 1896. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (56) L'Odontologie, tome 72., Paris, 1934. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (57) L'Odontologie, tome 35., Paris, 1906. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (58) L'Odontologie, tome 39., Paris, 1908. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (59) L'Odontologie, tome 47., Paris, 1912. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (60) L'Odontologie, tome 57., Paris, 1919. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (61) L'Odontologie, tome 37., Paris, 1907. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (62) Rapport de MM. Brouardel et A.-J. Martin, 15 février 1886. Recueil des travaux du Comité, consultatif d'hygiène, p. 91 consultable sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/numerisations/CCHP_TOME16_1886.pdf
- (63) L'exercice de la médecine et le charlatanisme, P. Brouardel, Paris : Librairie J.-B. Baillière, 1899
- (64) « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la « sélection » », Déplaudé, Marc-Olivier., *Sociétés contemporaines*, vol. 73, no. 1, 2009, pp. 21-45

- (65) Traité théorique et pratique de l'Art du dentiste Austen PH, H. Harris C. A ;
traduction E. Andrieu , Paris, J.- B. Baillièrè,1874
- (66) Higher education of medical men and and its influence on the profession and the
public, F.D. Lente, Direction of The American Academy of Medicine, 1880
- (67) L'Odontologie, tome 28., Paris, 1902. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé
(Paris)
- (68) L'Odontologie, tome 40., Paris, 1908. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé
(Paris)
- (69) Le Médecin de France : journal officiel de la Confédération des syndicats médicaux
français juillet 1937
- (70) L'Odontologie, tome 63., Paris, 1925. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU
Santé (Paris)
- (71) L'Odontologie, tome 66., Paris, 1928. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU
Santé (Paris)
- (72) Le Médecin de France : journal officiel de la Confédération des syndicats médicaux
français février 1937 p216
- (73) Le charlatanisme et les charlatans en médecine : étude psychologique, Verdo B.,
Paris J-B Baillièrè et Fils, 1867
- (74) Notice sur l'art dentaire, Léon Hettier , Albi, 1872
- (75) L'Odontologie et la revue internationale,tome 14, Paris, 1894, Cote : PF92,
Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (76) L'art dentaire aux États-Unis en 1893 : une mission en Amérique : rapport adressé à
M. le Ministre de l'instruction publique sur l'enseignement et l'organisation de l'art dentaire
aux États-Unis,Godon, Charles, ; Ronnet, A, 1894, Paris : J.-B. Baillièrè

- (77) L'Odontologie, tome 56., Paris, 1918. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (78) L'Odontologie, tome 61., Paris, 1923. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (79) Quelques idées relatives à la discipline médicale, ou Projet d'établissement de collèges de docteurs en médecine et de collèges d'officiers de santé, pour répondre aux questions adressées par le ministre de l'Intérieur sur l'établissement des chambres de discipline ; Geoffroy de Villeneuve, René-Claude / Lullier-Winslow, Alexandre-Louis-Marie ; Paris : A. Pihan-Delaforest, 1828
- (80) Rapport lu à la Société de médecine pratique de Paris, dans la séance du 1er octobre 1829, au nom d'une commission chargée d'examiner une série de questions relatives à un projet de loi sur l'exercice de la médecine, adressées en 1828 à l'Académie royale de médecine, et aux diverses Facultés du royaume, par son Excellence le ministre de l'Intérieur., Paris : impr. D'Everat, 1829
- (81) Evleth, Donna. « La bataille pour l'Ordre des médecins, 1944-1950 », *Le Mouvement Social*, vol. 229, no. 4, 2009, pp. 61-77.
- (82) Congrès international de médecine professionnelle compte rendu de la 1ère session, Paris, Masson, 1900
- (83) Barbot, Janine. « Aux frontières de l'irresponsabilité médicale. Les médecins en procès au début du xix^e siècle », *Sciences sociales et santé*, vol. vol. 36, no. 4, 2018, pp. 65-92
- (84) Nye, Robert A. « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, vol. no 214, no. 1, 2006, pp. 19-36.
- (85) L'Odontologie, tome 78-79-80, Paris, 1940-1942. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)

- (86) L'action de la section dentaire du Conseil de l'Ordre des Médecins et du Commissariat général aux questions juives (CGQJ) dans la spoliation des dentistes juifs de France (1940-1945), H. Morgenstern, 1998
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/vol3/art10/article.htm>
- (87) La xénophobie et l'antisémitisme dans le milieu médical sous l'Occupation vus au travers du Concours Médical, Bruno Halioua Med Sci (Paris). 2003 Janvier; 19(1): 107–115.
- (88) L'Odontologie, tome 84, Paris, 1946. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (89) L'Odontologie, tome 86, Paris, 1948. Cote : PF92. Exemplaire numérisé : BIU Santé (Paris)
- (90) Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions, une étude qualitative ; observatoire national de la démographie des professions de santé ; septembre 2007
- (91) « Les médecins et les malades face au droit », Laude Anne, *Revue française d'administration publique*, vol. no113, no. 1, 2005, pp. 113-120
- (92) Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. Batifoulier, P., Domin, J. & Gadreau, M. (2008). *Revue Française de Socio-Économie*, 1(1), 27-46. doi:10.3917/rfse.001.0027.
- (93) Vers un sourire idéal : comprendre la demande esthétique actuelle, Lise Rakotozafy, Thèse pour le diplôme d'état en chirurgie dentaire, Université de Lorraine, 2016
- (94) Notice sur la vie et les travaux de M. Roland Delachenal. Gsell Stéphane. , Bibliothèque de l'école des chartes. 1924, tome 85. pp. 233-250
- (95) The impact of dental appearance on the appraisal of personal characteristics. Newton, Jonathon & Prabhu, Neeta & Robinson, Peter. *The International journal of prosthodontics* (2002).16. 429-34.

- (96) Physical attractiveness and the accumulation of social and human capital in adolescence and young adulthood: assets and distractions. Gordon, R. A., Crosnoe, R., & Wang, X. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, (2013) 78(6), 1–137. <https://doi.org/10.1002/mono.12060>
- (97) *Esculape et Thémis ou les dentistes au XIXe siècle*, Henoque J-B, Coulon-Pineau, 1854.
- (98) *Un contemporain aussi, Duchesne, le dentiste*, Charles Pradier, Paris, 1857

Serment d'Hippocrate modifié et actualisé pour les Médecins dentistes

Au moment d'être admis à exercer une profession médicale, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de préserver, de promouvoir ou de rétablir la santé dans toutes ses dimensions, physique et mentale, personnelle et sociale.

Pour cela, je travaillerai en partenariat respectueux avec mes confrères et avec toutes les autres professions qui partagent les mêmes objectifs.

J'aiderai les autorités sanitaires dans leurs efforts pour préserver et améliorer la santé de la population.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, d'ethnie, de classe sociale ou de revenus viennent s'interposer entre mes patients et moi.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

J'aurai comme objectif de prodiguer à mes patients les soins reconnus comme les plus efficaces par les sciences médicales du moment.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ces missions.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences et je considérerai comme un devoir absolu de perfectionner sans cesse celles-ci.

Je respecterai toutes les personnes, et leur autonomie.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je tiendrai compte de leurs choix et de leurs préférences pour leur procurer la qualité de vie la meilleure. Je ne ferai rien pour forcer leur conscience.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

DUCHÊNE, Thomas .- Comment la défense de la qualité des soins a-t-elle contribué à définir le métier de Chirurgien-Dentiste ?

40 feuilles, 30 cm.- Thèse : Odontologie ; Rennes 1; 2020 ; N° 42.2020. .

Résumé

L'apparition de nouvelles formes d'exercice de la chirurgie dentaire telles que les centres «lowcost» ou le développement du salariat interrogent la profession sur son identité et la nature de sa pratique. Ces questionnements ne sont pas sans précédents : la période qui va de la fin du XIX^e à la première moitié du XX^e est particulièrement riche en mutations et le soin dentaire devient une pratique réglementée, contrôlée, codifiée. Cette transformation ne s'est pas faite sans débats et les différentes idéologies qui s'y opposent sont indissociables des différentes classes de dentistes qui les ont formulé.

Nous avons voulu étudier plus en détail les discours de chacune de ces catégories de praticiens afin de mieux comprendre comment elles légitimaient leur mode d'exercice, comment se traduisaient les bouleversements techniques, économiques et législatifs dans la rhétorique professionnelle. Il nous est alors apparu que la justification des pratiques et de leur supériorité utilisait la défense de la qualité des soins comme base argumentative.

Nous avons voulu par ce travail montrer comment la défense de la qualité des soins fut intégrée dans la rhétorique professionnelle, comment les discours évoluèrent et dans quelle mesure ils ont influencé l'évolution de la profession.

Rubrique de classement : HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Mots-clés : Histoire de l'Odontologie, Histoire de la dentisterie, Histoire de la Médecine, Qualité des soins

Mots-clés anglais MeSH : History of dentistry, History of Odontology, Quality of Care

Président : Madame le Professeur Dominique CHAUVEL-LEBRET

JURY : Assesseurs : Monsieur le Docteur Antoine COUATARMANACH

Monsieur le Professeur Vincent MEURIC

Monsieur le Docteur Brice CHAUVEL