



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2015

THESE N° 2015 LYO 1D 019

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le : 7 juillet 2015

par

Béatrice Molle

Née le 15 avril 1989, à Rilleux la Pape (69)

**CHOISIR SON MODE D'EXERCICE FACE AUX MUTATIONS
DE LA PROFESSION : S'INSTALLER SEUL OU EN GROUPE ?**

JURY

Professeur Dominique Seux

Président

Docteur Béatrice Richard

Assesseur

Docteur Bruno Comte

Assesseur

Docteur Yassine Messaoudi

Assesseur

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2015

THESE N° 2015 LYO 1D 019

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le : 7 juillet 2015

par

Béatrice Molle

Née le 15 avril 1989, à Rilleux la Pape (69)

**CHOISIR SON MODE D'EXERCICE FACE AUX MUTATIONS
DE LA PROFESSION : S'INSTALLER SEUL OU EN GROUPE ?**

JURY

Professeur Dominique Seux

Président

Docteur Béatrice Richard

Assesseur

Docteur Bruno Comte

Assesseur

Docteur Yassine Messaoudi

Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F-N. GILLY
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil Scientifique et de la Commission de Recherche	M. le Professeur P-G. GILLET
Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire et de la Commission de la Formation et de la Vie Universitaire	M. le Professeur P. LALLE
Directeur Général des Services	M. A. HELLEU

SECTEUR SANTE

Comité de Coordination des Etudes Médicales	Président : M. le Professeur F-N. GILLY
Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur. J. ETIENNE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. le Professeur Y. MATILLON
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. P. FOURNIER
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Observatoire de Lyon	Directeur : M. B. GUIDERDONI, Directeur de Recherche CNRS
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités

Vice-Doyen : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

Vice-Doyen : M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences

Vice-Doyen Etudiant : Mlle DARNE Juliette

SOUS-SECTION 56-01: **PEDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER
Maître de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ

SOUS-SECTION 56-02 : **ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Maîtres de Conférences : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,

SOUS-SECTION 56-03 : **PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE
ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités : M. Denis BOURGEOIS
Professeur des Universités Associé : M. Juan Carlos LLODRA CALVO
Maître de Conférences : M. Bruno COMTE

SOUS-SECTION 57-01 : **PARODONTOLOGIE**

Maîtres de Conférences : Mme Kerstin GRITSCH, M. Philippe RODIER,
Maître de Conférences Associé : NIHTILA Annamari

SOUS-SECTION 57-02 : **CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION**

Maître de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,
M. Jean-Pierre FUSARI

SOUS-SECTION 57-03 : **SCIENCES BIOLOGIQUES**

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES
Maîtres de Conférences : Mme Odile BARSOTTI, Mme Béatrice RICHARD,
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 : **ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Pierre FARGE, M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Dominique SEUX
Maîtres de Conférences : Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 : **PROTHESE**

Professeurs des Universités : M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
Maîtres de Conférences : M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, M. Gilbert VIGUIE,
M. Stéphane VIENNOT, M. Bernard VINCENT

SOUS-SECTION 58-03 : **SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
OCCLUSODONTIQUES, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE,
RADIOLOGIE**

Professeur des Universités : Mme Brigitte GROSGOGEAT, M. Olivier ROBIN
Maîtres de Conférences : M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET
Maître de Conférences Associé : AYARI Hanène

SECTION 87 : **SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**
Mme Florence CARROUEL

A notre président du jury,

Madame le Professeur Dominique SEUX,

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'université de Lyon I

Habilitée à diriger des recherches

Responsable de la sous-section Odontologie Conservatrice – Endodontie

Vice-Doyen à l'UFR d'Odontologie de Lyon

*Nous vous remercions de nous
avoir fait découvrir une autre
manière de pratiquer
l'odontologie conservatrice et
de nouveaux outils de
prévention (en particulier
lors de nos consultations de
prévention carieuse).
Que cette thèse nous permette
de vous exprimer notre
gratitude.*

A notre directeur de thèse,

Madame le Docteur Béatrice Richard,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Bordeaux 2

Nous vous remercions grandement pour votre soutien, votre accompagnement et votre disponibilité au cours de cette thèse.

Merci aussi d'avoir été présente au centre de soin, dès ma 4^{ème} année il m'arrivait de passer du 4^{ème} étage au 2^{ème} pour venir vous voir sourire, Perrine et vous : un soutien précieux pendant des vac' difficiles !

A notre juge,

Docteur Bruno Comte,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Responsable de la sous-section Prévention

Nous vous remercions de nous avoir fait rire et de nous avoir fait approcher dans la réalité professionnelle lors de nos cours magistraux. Merci de nous avoir accompagné tout au long de la préparation de cette thèse et de nous avoir accueilli dans votre magnifique cabinet pour nous permettre d'utiliser les photos lors de la soutenance.

A notre juge,

Docteur Yassine Messaoudi,

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon

Ancien Interne en Odontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en ODF

Nous n'avons jamais eu l'occasion de travailler avec vous avec vous mais avons apprécié votre sourire dans les couloirs du centre de soin.

Merci de vous être impliqué autant dans la corrections de cette thèse.

2. TRAVAILLER SEUL OU TRAVAILLER DANS UN CABINET AVEC PLUSIEURS PRATICIENS ?	22
2.1. S'installer seul	22
2.1.1. Travailler en solo sans assistante	23
2.1.2. Travailler en solo avec une assistante / secrétaire	25
2.2. Travailler avec d'autres praticiens : les cabinets de groupe	26
2.3. Les autres types de pratiques	28
2.3.1. La collaboration non salariée	28
2.3.2. Les cabinets pluridisciplinaires	29
3. TABLEAUX RECAPITULATIFS DES AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE CHAQUE PRATIQUE	31
- Tableau comparatif des avantages et inconvénients de l'exercice en solo	32
- Tableau comparatif des avantages et inconvénients de l'exercice en solo sans assistante ...	33
- Tableau comparatif des avantages et inconvénients de l'exercice en solo avec assistante ...	34
- Tableau comparatif des avantages et inconvénients de l'exercice à plusieurs praticiens	35
- Tableau comparatif des avantages et inconvénients de l'exercice en cabinet pluridisciplinaire.....	36
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38

INTRODUCTION

Exercer seul ou en groupe ?

S'associer avec un proche camarade de promotion ou un praticien plus expérimenté ?

Reprendre le cabinet d'un confrère ou faire sa propre création ?

Réfléchir à la localisation géographique, la pratique désirée, les investissements...

Toutes sortes de questions se présentent aux chirurgiens dentistes désireux de s'installer.

Ainsi, avant toute installation, chaque praticien devra analyser les différentes options qui s'offrent à lui ; mais il s'agit surtout d'un choix personnel sur ses attentes, sa pratique, ses capacités, son relationnel... Il faudra se poser les bonnes questions avant de se lancer dans son installation et de choisir son mode d'exercice.

Ce travail pose plusieurs questions auxquelles on ne pourra répondre de façon tranchée par oui ou par non, elle permettra plutôt de donner des pistes pour guider une réflexion personnelle, car il s'agit là bien de ceci : un choix qui ne pourra être que praticien dépendant.

Nous commencerons ce travail par un bilan chiffré de la situation de la profession telle qu'elle est aujourd'hui, de son évolution dans le temps et des perspectives d'avenir. Puis nous présenterons les avantages et les inconvénients qu'offre chaque type d'installation. Enfin nous regrouperons nos données en les synthétisant dans des tableaux comparatifs.

1. LA PROFESSION DE CHIRURGIEN DENTISTE

1.1. Modes d'exercices

La confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), dans son « rapport socio-économique de la branche dentaire 2012 » (édition octobre 2014) (1), fait un bilan de la situation actuelle des chirurgiens dentistes en France et classe les dentistes en fonction de leur mode d'exercice : les praticiens exerçant seul (1.1.1.), ceux exerçant dans des cabinets de groupe : associés au sein d'un cabinet (1.1.2.) et les praticiens salariés d'un cabinet ou d'une structure privée ou publique (1.1.3.).

1.1.1. Exercice individuel

En 2012, il concernait 19845 dentistes en France. Depuis 2009, le nombre de dentistes en exercice individuel régresse légèrement (figure 1).

Modes d'exercices individuels	2012			RAPPEL		
	Femmes	Hommes	Total	2011	2010	2009
Titulaires (propriétaires)	5 511	10 288	15 799	16 101	16 600	16 955
Locataires (exercice, contrat de location,)	123	180	303	274	230	206
Collaborateurs	2 306	1 437	3 743	3 545	3 403	3 260
TOTAL	7 940	11 905	19 845	19 920	20 233	20 421

Figure 1 : tableau des effectifs de chirurgiens-dentistes exerçant seuls dans un cabinet (1)

1.1.2. Exercice en association

En 2012, il concernait 16953 dentistes en France. Depuis 2009, le nombre de dentistes exerçant en association progresse légèrement (figure 2).

D'autres formes de société ne sont pas citées dans cette étude (membre de société en participation, associés, Selas, Selea et associés divers), ce qui porte le nombre de **praticiens exerçant à plusieurs chirurgiens-dentistes** à $16953 + 196 = 17149$,

Ce nombre était de : 16831 en 2011

16683 en 2010

16587 en 2009

	2012			RAPPEL		
	Femmes	Hommes	Total	2011	2010	2009
À frais communs	519	673	1 192	1 203	1 255	1 316
SCM	3 712	6 189	9 901	9 899	10 007	10 046
SCP	414	799	1 213	1 233	1 301	1 326
SELARL	1 422	3 225	4 647	4 292	3 910	3 681
TOTAL	6 067	10 886	16 953	16 633	16 473	16 369

Figure 2 : tableau des effectifs de chirurgiens-dentistes exerçant en association à d'autres dentistes (1)

En se concentrant sur les différents types de sociétés mis en place par les chirurgiens dentistes pour exercer en groupe, on s'aperçoit que si le nombre de dentistes exerçant en SCM se maintient de 2011 à 2012 (+ 2), comme les autres associations elle décroît sur 4 ans sauf ou au bénéfice de la SELARL qui voit ses effectifs croître tous les ans.

À ces 19 845 praticiens en exercice individuel, 17 149 praticiens en exercice sous forme de société, il convient d'ajouter les différentes formes de salariats chez les soignants.

1.1.3. Exercice salarié

Depuis 2009, le nombre de dentistes salariés augmente régulièrement (figure 3).

	2012			RAPPEL		
	Femmes	Hommes	Total	2011	2010	2009
Odontologistes des hôpitaux	52	63	115	96	66	37
Collaborateurs salariés (opérateurs)	332	190	522	500	470	443
Salariés des collectivités	1 679	1 149	2 828	2 749	2 701	2 638
Praticiens hospitaliers	22	13	35	30	17	?
Attachés des hôpitaux	30	39	69	70	78	92
TOTAL	2 115	1 454	3 569	3 445	3 332	3 210

Figure 3 : tableau des effectifs de chirurgiens dentistes salariés (1)

Nous citerons ici les enseignants et les chirurgiens-dentistes conseils (393 enseignants + 308 chirurgiens-dentistes conseils en 2012) mais ils ne seront pas pris en compte dans la suite de ce travail puisque nous nous concentrons sur les praticiens soignants.

1.1.4. Résumé et interprétation de ces données

Si l'on additionne ces chiffres :

19 845 libéraux en exercice individuel
 +17 149 libéraux en association
 +3 569 exercices salariés

40 563 chirurgiens-dentistes soignants en 2012

Sur ces 40 563 chirurgiens-dentistes soignants en 2012, il y avait donc 36 994 praticiens libéraux et 3 569 salariés : soit 8,8% de salariés (contre 8,57% en 2011).

Aux incertitudes de dates de comptage près, il n'y a pas « explosion du salariat », seulement une légère hausse.

Il faudrait en effet tenir compte des doubles exercices (libéral et salarié) comme chez les médecins,

mais les statistiques actuelles ne permettent pas d'aller plus loin. Toutefois, même cet aspect ne jouerait pas beaucoup vu le faible développement des centres de soins dentaires publics. L'exercice libéral concerne donc l'énorme majorité des chirurgiens-dentistes (et 91,2% de libéraux en 2012).

A partir des données du « rapport socio-économique de la branche dentaire 2012 » de la CNSD (1), nous pouvons constater que:

	En 2009	En 2012
praticiens étaient salariés	3210	3569
travaillaient en groupe	16 369	16 953
en individuel	20 421	19 845

En 3 ans on observe une augmentation de **3,5 %** de l'exercice de groupe et une diminution de **2,8%** de l'exercice en individuel.

Idéalement, ces statistiques devraient être comparées avec les chiffres d'il y a 20 à 30 ans mais ces résultats nous donnent une tendance. Ils révèlent que l'évolution des dernières années s'oriente vers une pratique en groupe.

1.1.5. Bilan sur les différents modes d'exercices

Même s'il reste minoritaire, on observe une légère progression du **salariat**. Ces salariés exercent à l'hôpital, en centres de santé, dans des établissements de soins et prévention, dans les organismes de sécurité sociale (centres dentaires CPAM) ou encore dans des cabinets de ville. Le salariat concerne surtout les premières années de pratique : il est choisi particulièrement par les moins de 30 ans qui étaient 11% à avoir opté au moins temporairement pour ce mode d'exercice en 2006 (figure 4).

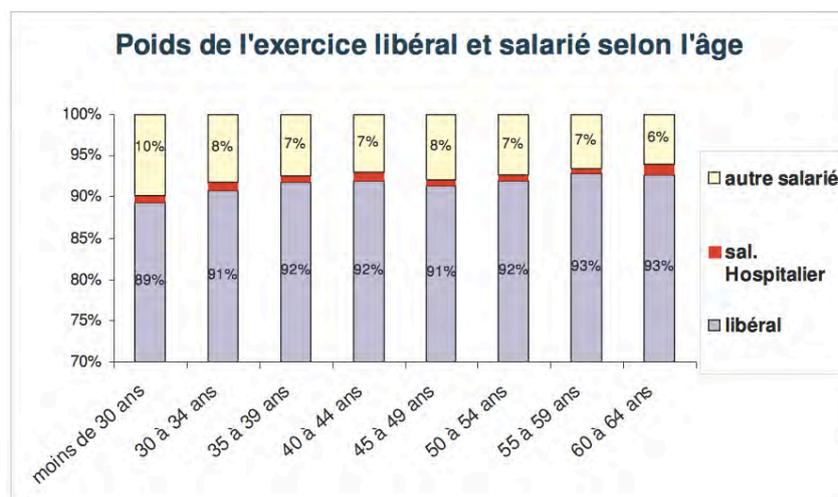


Figure 4 : exercice libéral vs exercice salarié selon l'âge (2)

L'exercice en **cabinet libéral** reste très largement majoritaire dans la profession (90,5%). Les **cabinets de groupe**, avec un à deux associés, se répandent : en 2012, 45,9% des praticiens libéraux exerçaient en cabinet de groupe ou en société (figure 5) (3). L'exercice regroupé permet le partage de charges et d'expérience entre les associés (les collaborations étant plutôt le fait de jeunes praticiens désireux d'acquérir de l'expérience avant de s'installer seul ou avec un associé).

	Rhône-Alpes	France métropolitaine.
Nombre de professionnels en activité	4 025	3 9805
Densité (pour 100 000 habitants)	65	63
Part des chirurgiens-dentistes de 55 ans et plus (en %)	33	34,2
Part des femmes (en %)	38,6	39,7
Part des libéraux ou mixte (en %)	90,3	90,5
Part des salariés (%)	9,7	9,5
Part de chirurgiens-dentistes en cabinet de groupe ou en société (en %)	-	45,9
Part des chirurgiens-dentistes exerçant dans une commune de + de 10 000 habitants (en %)	-	80,7

Figure 5 : tableau récapitulatif des parts de salariat, exercice libéral, cabinet de groupe etc. en 2012 (4).

L'évolution des pratiques chez les dentistes de France. Sur la figure 6, on peut voir que la profession tend vers un exercice de groupe au détriment de l'exercice individuel. A court terme

cette évolution peut sembler légère mais il faut se rendre compte qu'un chirurgien-dentiste, une fois installé, ne change de cabinet ou de mode d'exercice qu'exceptionnellement dans sa carrière. L'évolution se fait donc lentement et de manière assez progressive. (5)

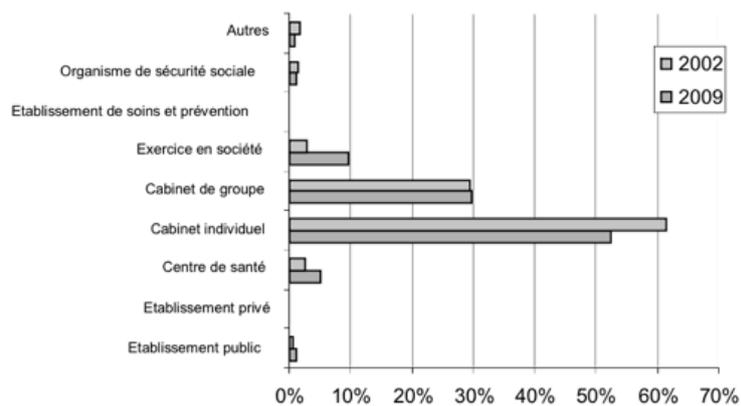


Figure 6 : évolution du secteur d'activité des chirurgiens dentistes entre 2002 et 2009 (6)

1.2. La profession : caractéristiques, changements et perspectives

De manière générale, les conditions d'exercice dont bénéficient les praticiens aujourd'hui en France demeurent satisfaisantes. Cependant, des mécontentements semblent émerger au sein de la profession concernant l'évolution de ces conditions : nouvelles réglementations, nouvelles normes, nouvelles lois... Ainsi, le projet de loi Santé (Avril 2015), proposé par le gouvernement actuel, a fait l'objet de vives réactions, conduisant les praticiens à mener une grève (soutenue pour la première fois par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes). Alors comment évolue le métier de chirurgien-dentiste et faut-il craindre une mutation de la profession ?

1.2.1. La mutation

Les vingt dernières années ont vu une transformation forte du métier : la nature des actes a profondément évolué, les contraintes réglementaires se sont intensifiées. Pour des raisons liées aux progrès techniques et des raisons démographiques (vieillesse et féminisation des jeunes générations), on assiste à une évolution assez notable des modes d'exercice. Le cabinet individuel laisserait progressivement la place à des pratiques plus collectives reposant sur une mutualisation des moyens et parfois sur une spécialisation des pratiques.

En raison des choix jusqu'ici retenus par la collectivité pour la prise en charge des soins dentaires, le modèle économique de rentabilité du cabinet pourrait reposer de plus en plus sur l'activité facturée avec dépassement. (2)

D'après Jacotot D. (7), la notion même de profession libérale est en pleine mutation et évolue vers des professions « commerciales... fortement encadrées », il annonce la « mort » de l'exercice libéral du chirurgien dentiste. La fin de l'exercice libéral serait en relation avec le poids de plus en plus fort des Caisses de Sécurité Sociale dans la relation patient/soignant. La Sécurité Sociale a d'un côté permis un meilleur accès aux soins aux assurés sociaux, mais a fini par les transformer en consommateurs avides de soins. En parallèle, le praticien s'est vu contraint de se transformer en chef d'entreprise et d'inclure dans sa pratique des notions de marketing telles que la rentabilité, la productivité... Le rôle des Caisses a alors dû s'adapter à ces changements. Hier, la Sécurité Sociale remboursait ses assurés, aujourd'hui elle a aussi un rôle de régulation qui est de plus en plus pesant sur l'exercice du praticien.

On assiste ainsi à la mise en place d'un marché de soins imprégné de la logique marchande avec l'idée suivante : gagner de l'argent avec la santé. On entend parfois les expressions telles que la "rentabilité au fauteuil", la "gestion du temps d'exercice", la "productivité", etc. Ce vocabulaire est bien connu... des entreprises, des sociétés commerciales. S'il devient compliqué de gérer son cabinet tant les obligations du professionnel de santé s'intensifient, doit-on rechercher le remède dans les techniques chères aux entreprises ? La disparition du "désintéressement" pourrait contribuer à la disparition de la notion de profession libérale.

Le chirurgien dentiste doit s'adapter aux changements de mentalités et à la nouvelle manière de consommer des patients. C'est ainsi que naissent des sociétés d'offre de formation et de conseil tels que Efficience, Groupe Edmond Binhas, IDO santé... Les nouvelles exigences du métier rendent nécessaire la maîtrise des outils de l'entreprise moderne qui n'est généralement que survolée lors de la formation initiale (8).

Par exemple Efficience propose aux chirurgiens dentistes une formation de « gestion du cabinet », « un accompagnement personnalisé permanent dans le management » du cabinet afin de « préserver une démarche de qualité en maintenant une bonne rentabilité » (9).

Ou encore IDO santé (10) : « formation et coaching auprès des professionnels de santé libéraux »

« Management, Communication, Organisation, Développement, Transmission »

Mais l'état réagit face à l'ambiguïté que tout cela révèle. Les caisses surveillent, contrôlent et sanctionnent. Par exemple, elles sanctionnent les irrégularités relatives aux honoraires comme le dépassement de tarifs conventionnels, le manquement à l'obligation de tact et mesure et la dissimulation d'honoraires (notamment par fausse déclaration sur la feuille de soins). L'état tente d'encadrer les pratiques des chirurgiens-dentistes par différentes lois qui peuvent parfois brouiller les pistes et éloignent un peu plus les praticiens d'un exercice libéral.

Par exemple, le Code de la consommation tente de soumettre les honoraires au même régime juridique que les prix et notamment à "l'information du consommateur sur les prix". Ainsi l'arrêté du 11 juin 1996 imposa aux médecins libéraux d'afficher de "manière lisible et visible, dans la salle d'attente, les indications suivantes : 1) leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie... 2) les honoraires ou fourchettes d'honoraire des prestations. C'est avec cette même optique qu'aujourd'hui le dentiste devra indiquer le prix de la prothèse dentaire qu'il fait faire à son

prothésiste, ce que certains dénoncent ; « nous ne sommes pas des revendeurs de prothèse », c'est le slogan de la CNSD face à ce projet de loi (11).

1.2.2. Une profession médicale à part

1.2.2.1. Une pratique différente des autres professions médicales et des praticiens isolés

En France, le chirurgien-dentiste a une pratique assez différente des autres professions médicales et les praticiens sont plus isolés. Comme nous l'avons souligné plus tôt, les dentistes exercent en très grande partie en libéral dans des cabinets privés. Rares sont ceux qui travaillent à l'hôpital, c'est ce qui différencie leur exercice de celui des autres professions médicales. Les chirurgiens-dentistes ont, de fait, une approche très individuelle des soins. Le dentiste exerce de manière libérale et reste très isolé dans sa pratique.

Les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé, dotés du titre de Docteur, au service du patient au même titre que les médecins, cependant il est difficile de situer la profession de chirurgien-dentiste au sein des professions médicales.

D'ailleurs la profession de chirurgien-dentiste est parfois répertoriée à tort parmi les professions paramédicales, ainsi on peut lire dans « le droit de la santé publique » par J. Moreau et D. Truchet (12) : « structures des ordres des professions paramédicales : les ordres des chirurgiens dentistes, des sages femmes... ».

Comme pour les médecins, la relation avec le patient et la notion de confiance sont au cœur du métier. La première année de médecine est d'ailleurs commune entre les étudiants en médecine et les futurs étudiants en dentaire, de même lors de leur remise de diplôme les étudiants en odontologie prononcent le serment d'Hippocrate.

Cependant, on observe assez peu de relation entre les dentistes et les autres professionnels de santé : dans sa vie professionnelle un dentiste n'a que quelques contacts avec certains spécialistes ou professions para-médicales (ORL, stomatologue, orthophoniste...). Et en dehors de la cardiologie, il y a peu de spécialités médicales qui portent de l'attention à l'état de la bouche.

Mais ce constat pourrait bien changer dans les années à venir avec le développement des cabinets médicaux, l'émergence de l'occlusodontie dans les pratiques de posturologie (chez les kinésithérapeutes ou les ostéopathes, professions en plein essor).

1.2.2.2. Une profession « oubliée » des programmes de santé publique

De toute évidence, la profession a été mise de côté des programmes de santé publique : les pathologies dentaires sont fréquemment rencontrées dans la population (carie, maladie parodontale...), mais elles sont le plus souvent sans gravité. Cela suffit peut-être à expliquer pourquoi les politiques de santé publique n'accordent que peu d'importance à la santé bucco-dentaire ! En effet la profession est très faiblement représentée au sein des instances en charge de la santé publique, la nomination de chirurgiens-dentistes experts au sein de la Haute Autorité de Santé et du Ministère de la santé ne date que d'il y a quelques années seulement ! Il n'y a pas de dentiste du travail, de dentiste scolaire...

Ce n'est qu'en novembre 2005 que pour la première fois un plan national de prévention bucco-dentaire a été annoncé par le ministre chargé de la santé (13). Bien que la loi hospitalière de Juillet 1991 ait intégré l'Odontologie dans les activités des établissements publics de santé, les services sont encore très rares (21 services en France) et fonctionnent souvent de manière autonomes car mal intégrés dans leurs hôpitaux. De même sur 22 SROS (schéma Régionaux d'Organisation des Soins), seuls 3 (Lorraine, Bourgogne, Réunion) comportent un volet Odontologie.

La santé bucco-dentaire ne fait donc qu'entrer dans les préoccupations des services de santé publique et malgré leurs récentes actions on voit que l'intégration de l'Odontologie n'est pas encore acquise.

D'ailleurs, le système de remboursement des soins dentaires est bien spécifique :

Les soins de base (soins conservateurs et chirurgie) sont remboursés par la Sécurité Sociale à 70%, les 30% restant étant pris en charge par une complémentaire santé si le patient en dispose. Les actes prothétiques, eux ont une base de remboursement par la sécurité sociale qui ne représente qu'une très petite part de leur valeur réelle pour le patient, ce sont des actes à honoraires libres.

Ainsi, de manière globale, le taux de couverture des dépenses dentaires par l'assurance maladie n'est que de 30%, la couverture par les organismes complémentaires est de 35% et il reste 35% à la charge des ménages. Une grande part de l'activité des chirurgiens-dentistes échappe ainsi au champ conventionnel. D'un point de vue tarifaire les chirurgiens-dentistes sont dans la situation de médecins en secteur II (qui ne représentent qu'un quart des médecins libéraux) (2).

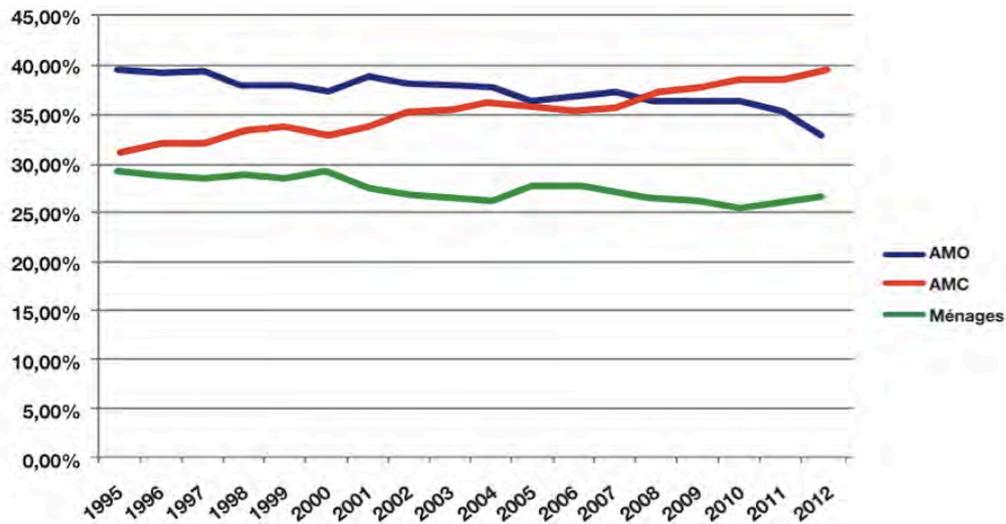
Un rapport de la CNSD (Confédération Nationale des Chirurgiens Dentistes) révèle ces quelques statistiques (14) :

- a) La consommation de soins dentaires représente 5,72 % de la consommation de soins et biens médicaux, mais seulement 2,38 % des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire.
- b) 15,7% de l'activité des omnipraticiens en France sont représentés par des actes non remboursables, bien que reconnus par la classification commune des actes médicaux (CCAM).
- c) Les prothèses ont représenté 58% des honoraires totaux en 2012 pour seulement 12,6% de l'activité des chirurgiens dentistes.

Ces données montrent que :

- a) la sécurité sociale rembourse proportionnellement moins les soins dentaires que les autres soins médicaux.
- b) la sécurité sociale se décharge petit à petit des remboursements des soins dentaires en « négligeant » toute une partie de l'activité des dentistes.
- c) les dentistes réalisent une grosse part de leur chiffre d'affaire sur les actes soumis à honoraires libres comme la prothèse, en opposition aux actes dont les tarifs sont fixés par la sécurité sociale (ce qui révèle une inadéquation entre la valeur de ces actes et leur rémunération).

La figure 7 montre une diminution progressive du reste à charge des ménages et une augmentation de la part « complémentaire » ; mais qui finance cette part ? N'est-ce pas le patient qui paye sa mutuelle ?



Source : Comptes Nationaux de la Santé (CNS)

AMO= assurance maladie obligatoire

AMC= assurance maladie complémentaire

Figure 7 : évolution du financement des actes dentaires entre 1995 et 2012 (14)

1.2.2.3. Une mauvaise image de la dentisterie

Les professionnels voient leur métier de chirurgien-dentiste comme un métier technique faisant appel à leurs capacités manuelles, leurs connaissances et leur réflexion pour proposer un traitement à leurs patients. Mais du côté des patients les clichés perdurent : aller chez le dentiste serait synonyme de douleur. Pourtant une étude de l'UFSBD en 1997 et une autre en 2002, réalisées auprès des patients, montrent qu'en grande majorité les soins ne sont plus douloureux (2). Un autre point ressort de ces études : les soins reçus chez le dentiste sont des « actes invasifs et de coût élevé » ; en effet les honoraires des dentistes sont souvent perçus comme abusifs par les patients.

Un autre élément vient peser dans la mauvaise opinion qu'ont les gens du dentiste : l'image que renvoie la Presse ! On y trouve régulièrement des articles évoquant la dentisterie en des termes très péjoratifs, « les dentistes sont vénaux, les soins hors de prix, les matériaux toxiques... »

Voici quelques exemples de titres d'articles ou d'émissions qui montrent ce que peut retrouver le grand public dans la presse récente :

- **Alerte au mercure.** Emission télévisée du dimanche 31 janvier 2015 à 20h30 sur France 5 (15)
- **Les soins dentaires sont devenus inabordables.** Article du Monde du 9 mars 2012 (16)
- **Les dérives inacceptables des tarifs des soins dentaires.** Article du Monde du 25 novembre 2013 (17)
- **Les dentistes font grève pour obtenir des hausses de tarifs.** Article du Figaro du 24 janvier 2014 (18)
- **Les dérives tarifaires des soins dentaires.** Article du Figaro économie du 25 janvier 2013 (19)
- **La dentiste dépouillait ses clients.** Article du Parisien du 10 décembre 2003 (20)

1.2.3. L'évolution des soins

1.2.3.1. Une amélioration de la santé bucco-dentaire

L'hygiène bucco-dentaire en France s'est considérablement améliorée en 20 ans. Plusieurs phénomènes expliquent cette amélioration : l'accès aux soins pour tous, les campagnes de prévention, l'information, le développement des pâtes et des sels fluorés (depuis le début des années 80)... En témoigne la consommation de brosses-à-dents : elle est passée de 1 brosse pour 9 personnes en 1967 à 1,54 brosse par personne en 2007 (2). Un autre témoin de cette amélioration de la santé bucco-dentaire est l'indice carieux CAO (il représente le nombre de dent(s) cariée(s), absente(s), ou obturée(s) pour une personne). A l'âge de 12 ans, l'indice CAO était de 4,20 en 1987, de 1,94 en 1998 et de 1,23 en 2006 (21).

1.2.3.2. Une demande de soin qui évolue

La société change, les mentalités évoluent, les patients suivent ce mouvement. Si on caricature le schéma : autrefois le patient consultait lorsqu'il souffrait, le praticien soulageait la douleur. Aujourd'hui le motif de consultation n'est plus uniquement la douleur, on consulte pour des raisons esthétiques : avoir les dents plus blanches, plus propres, plus alignées... pour des raisons « bio » on veut gérer les matériaux que l'on porte : on ne veut plus de mercure ou de métal en bouche, pour des raisons sociales, fonctionnelles...

Le dentiste doit répondre à toutes ces demandes dans un cadre éthique et savoir mettre une limite entre le soin « utile » ou fonctionnel et le soin purement esthétique ! Il existe un « symptôme bar à sourire » (8) apparu dans la société du paraître et qui s'est développé en parallèle de la chirurgie esthétique, de la consommation de produits cosmétiques... Les bars à sourire révèlent l'évolution de la demande et le manque de réponse à cette mutation par les cabinets dentaires.

Le patient lorsqu'il consulte pour un autre motif que sa santé devient un consommateur. On peut se demander si le dentiste ne perd pas alors son rôle de professionnel de santé pour devenir commerçant ? Il faut donc adapter la réponse aux nouvelles exigences, qui représentent une réalité indéniable, en restant dans le cadre déontologique imposé à toute profession de santé.

1.2.4. Vers une complexification de la gestion d'un cabinet dentaire

Aujourd'hui, on parle souvent du cabinet dentaire comme d'une entreprise de santé. C'est pourquoi certains conseillent aux dentistes d'adopter un comportement de chef d'entreprise de santé pour pouvoir répondre avec efficacité aux nouveaux impératifs de la profession. Les dentistes peuvent ainsi se former aux bases de la gestion d'entreprise afin d'apprendre à prendre les bonnes décisions aux bons moments. C'est d'ailleurs ce que proposent les entreprises de gestion dont nous parlions précédemment.

D'autre part, la profession est confrontée à un autre phénomène qui ira en s'amplifiant dans les années à venir : toujours plus de papiers à remplir, de normes de qualité à respecter, de contraintes

administratives, etc. De manière générale, les contraintes s'accumulent et la branche dentaire n'y échappe pas. Ces formalités s'ajoutent aux rapports avec les services fiscaux, les organismes sociaux, à la comptabilité, à la rédaction des devis, aux normes de sécurité et d'asepsie des cabinets de plus en plus contraignantes, aux divers formulaires à remplir pour le personnel et aux contraintes sociales. Alors face à la quantité grandissante de contraintes, une des solutions est de déléguer !

D'après le groupe Edmond Binhas « les praticiens qui voudront développer, demain, leur cabinet sont ceux qui ont compris qu'un travail sans assistante, aboutit, à plus ou moins long terme, à un déclin inéluctable. Ce sont ceux qui ont compris que sans un travail d'équipe, la profession devient un esclavage » (22). Il faut certes relativiser ces termes mais l'idée est qu'un dentiste qui ne ferait pas appel à une aide (secrétaire, assistante...) serait soumis à de fortes contraintes et à une dose de stress qui pourraient être réduites en recrutant du personnel, en le motivant et en le manquant d'une main de chef d'entreprise. Pour reprendre les mots de cet article : « l'homme-orchestre qu'était le chirurgien dentiste doit devenir un chef d'orchestre ».

1.3. Réflexion sur le projet personnel et professionnel

Les enquêtes menées en France auprès des chirurgiens-dentistes et notamment l'étude de Rigal et Micheau réalisée pour l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé en 2007 montrent que de manière globale, les praticiens sont satisfaits d'exercer un métier utile, en mode libéral, comportant une importante dimension relationnelle avec les patients (2).

Rigal et Micheau ont également interviewé des étudiants au sujet de leurs premières années d'exercice et de leur stratégie d'installation. Il en ressort les éléments suivants :

- Les étudiants sont satisfaits de leur formation scientifique mais manquent de préparation à la gestion d'un cabinet. Ils envisagent dans leurs premières années d'exercice de faire d'abord des remplacements et des collaborations puis de développer leurs projets qui dépendront aussi des opportunités. Si la préférence va à l'exercice en libéral, le salariat est envisageable.
- Une tendance très forte pour le cabinet de groupe : les jeunes souhaitent moins travailler seuls que leurs aînés.
- Le lieu d'installation : les étudiants sont peu nombreux à avoir une idée précise du territoire où ils veulent s'installer mais ils ont des critères rédhibitoires du type « pas en ville », « pas à la campagne » et globalement ils ne désirent ne pas s'éloigner du lieu de formation université.

Concernant plus spécifiquement les étudiants en chirurgie-dentaire de Lyon, Ventura (23) a mené une enquête réalisée auprès d'étudiants de 6ème année. Il apparaît qu'une très grande majorité des répondants souhaitent exercer en tant que libéral (95%), avoir une activité d'omnipraticien (79%), en zone périurbaine (60% contre 11% en zone urbaine et 20% en rural).

Choisir comment s'installer c'est répondre à une multitude de questions : Où ? Quand ? Seul ? Associé ? Avec qui ? Créer ? Racheter ? Il faut choisir sa pratique évidemment mais aussi faire des choix personnels puisque la vie professionnelle aura forcément des répercussions sur la vie personnelle.

Ainsi chacun devra faire son choix en fonction de ses envies, de son caractère, de sa famille, de ses orientations professionnelles...

Quelle différence existe-t-il entre un praticien qui s'épanouit toujours dans son travail après 20 ans (ou plus) de vie professionnelle et celui qui compte les jours le séparant de la retraite ? Il s'agit peut-être dès le départ, de faire le bon choix de sa vie professionnelle. Souvent, l'installation se fait un peu par hasard à l'occasion d'une collaboration, d'un remplacement ou encore d'un départ à la

retraite. Une analyse objective préalable, ou un comparatif chiffré n'est pas forcément réalisé. On risque alors d'aboutir rapidement à une frustration provenant du décalage entre l'exercice que l'on aimerait avoir et la réalité quotidienne. C'est pour cela que la première (et la plus importante) des lois à respecter pour réussir sa vie professionnelle est de clarifier le type de vie que l'on veut vivre.

Selon Binhas, 5 lois aident à réussir son installation (24) :

LOI 1 : « Choisissez votre vie ! » :

Il ne faut pas subir ses choix mais se fixer des objectifs et se donner les moyens de les accomplir. Il faut anticiper ! Appliqué à l'installation cela consiste à analyser avec soin tous les paramètres susceptibles d'assurer le succès de son cabinet plutôt que de s'installer intuitivement.

De manière plus générale, lors du choix de son installation, on décide bien plus que de sa vie professionnelle on décide aussi de nombreux aspects de sa vie personnelle :

- Le lieu d'installation déterminera en grande partie le lieu de résidence. Il faut donc choisir son mode de vie : urbain, rural... En effet un dentiste choisissant de s'installer dans un désert médical, prendra peu de risque quant à la quantité de patients qu'il traitera mais devra aussi faire le choix d'une vie à la campagne. C'est d'ailleurs ce qui freine beaucoup de jeunes qui ont commencé leur vie d'adulte en ville du fait de leurs études - les facultés d'odontologie de France se trouvant toutes dans des « grandes » villes- et qui n'ont pas toujours envie de quitter cette vie pour vivre à la campagne.

- Le choix de la structure déterminera aussi les investissements financiers que devra faire le dentiste. Choisir un cabinet avec un bloc opératoire, plusieurs assistantes, un système de stérilisation à la pointe de la technologie, un système de radiographie 3D.... c'est avoir des frais importants, le dentiste devra donc assurer un certain chiffre d'affaire pour assumer ces dépenses et pour ce faire il ne devra pas compter les heures passées au cabinet (au moins au début...). Il faut donc réfléchir à la vie que l'on veut mener parallèlement à son activité professionnelle et ne pas voir « trop grand » afin de ne pas avoir le sentiment de « passer à côté » des choses importantes de la vie, mais choisir une structure qui permette de s'épanouir au cabinet afin de ne pas être « blasé » par son métier. Il s'agira donc d'un choix personnel puisque chacun n'a pas les mêmes ambitions de vie que ce soit dans son métier ou dans sa vie personnelle.

LOI 2 : « Choisissez le bon cabinet »

Quel type de cabinet et quel type d'exercice ? Omnipratique ? Orienté vers la parodontologie,

l'implantologie, l'endodontie ? Totalement spécialisé ? En groupe, en solo ? En libéral ou au sein d'une mutuelle ? Les choix possibles sont nombreux. Le cabinet doit réellement correspondre au dentiste. Il semble difficile a posteriori de modifier les habitudes prises au départ.

Créer, s'associer ou racheter un cabinet ?

- Les praticiens qui souhaitent créer doivent investir plus de temps et de réflexion que les autres. Ils doivent établir une solide stratégie et un plan prévisionnel détaillé pour la première année. En effet, celle-ci est une période critique concernant la trésorerie. Il est également important de connaître précisément ses besoins personnels.

- L'association semble être l'option qui présente le moins de risques financiers. Toutefois, les risques de désaccords existent, il faut donc être prêt à faire des concessions. Idéalement, elle est précédée d'une période de collaboration d'une durée de 12 à 18 mois.

- Enfin, le rachat de cabinet est aujourd'hui une option intéressante en raison de la démographie professionnelle, les cabinets à vendre sont plus nombreux que les acheteurs. Cependant, les patientèles de ce type de cabinet sont généralement vieillissantes et très attachées à leur praticien. Dans ce cas, il est prudent de prévoir une perte d'approximativement 30 % de patients.

Pour note les 3 lois suivantes, qui sont :

LOI 3 : Choisissez bien vos partenaires

LOI 4 : Choisissez avec soin votre personnel

et LOI 5 : Développez un potentiel de patients motivés

2. TRAVAILLER SEUL OU TRAVAILLER DANS UN CABINET AVEC PLUSIEURS PRATICIENS ?

2.1. S'installer seul

Quand c'est un choix fait par le praticien et s'il est bien organisé, ce mode d'exercice peut apporter beaucoup de satisfactions professionnelles et personnelles.

Un praticien décidant d'exercer seul sera dentiste mais aussi, gestionnaire, manager, producteur, responsable administratif, financier, promoteur...

Un praticien peut exercer seul dans son cabinet mais s'entourer de personnes compétentes dans d'autres domaines : un comptable, un conseiller de gestion..... Ainsi pour cette pratique en « solo » on distinguera : le praticien travaillant seul sans personnel et le praticien s'entourant d'une assistante, et ou d'une secrétaire.

On peut dresser la liste des avantages et des inconvénients qu'ont en commun les praticiens exerçant en solo (25):

- Avantages :

- La liberté totale de choix de son cabinet : lieu, équipement, matériel, pratique, ambiance, gestion, patientèle... le tout en fonction de son ambition, ses moyens d'installation...
- L'indépendance dans sa pratique : personne à qui rendre des comptes (si ce n'est à ses patients et à soi-même)
- Pour certains caractères : pas de problèmes de mésentente avec un autre praticien
- Le patient sait qu'il sera pris en charge par « son » dentiste et pas par l'un des dentistes de la structure

- Inconvénients :

- Un exercice solitaire signifie pratiquer sans aucun regard extérieur, pas d'échange possible ou de partage avec un confrère... Parfois un regard différent peut apporter des clés lors d'un problème de plan de traitement par exemple, ou peut tout simplement conforter ses choix en cas de doutes... L'échange de point de vue, d'expérience, comme dans toute

profession permet d'évoluer et les occasions d'échanger avec des confrères sont plutôt rares pour les praticiens exerçant seuls.

- Un inconvénient directement chiffrable : pas de possibilité d'amortir à plusieurs les équipements qui peuvent être lourds en solo (dispositif de radiographie panoramique, matériel de stérilisation...).
- Contrepartie de la liberté, il faut prendre seul et assumer seul toutes ses décisions (management, investissement, évolution du cabinet...).
- La qualité de service offert au patient est plus difficile (permanences, urgences...) quand on est en solo.
- L'insécurité : être seul dans une structure induit un manque de sécurité dans certaines situations (confrontation avec un patient agressif par exemple) en particulier pour une femme.

2.1.1. Travailler en solo sans assistante

Cet exercice peut paraître inenvisageable pour certains praticiens exerçant dans de plus grosses structures et s'étant habitués au confort qu'engendrait le fait de déléguer ! Cependant ce mode d'exercice permet de gérer son temps, son rythme de travail, ses revenus...

- Avantages:

- Le premier est représenté par l'absence de charges fixes et donc la totale liberté d'exercice. C'est un choix que font par exemple certains jeunes dentistes qui pourront ainsi exercer au rythme qui leur convient (et ainsi libérer du temps pour l'éducation de leurs enfants, ou la poursuite de leur formation...).
- Le chiffre d'affaire minimum à réaliser sera moindre, en effet s'il n'y a pas de salaire fixe à verser à une assistante, la pression de réaliser du chiffre sera moins importante et le praticien pourra se verser un salaire même les « petits » mois.
- Pas de personnel à manager, pas d'assistante en permanence à ses côtés. Ceci dépendra de la personnalité de chacun, mais gérer du personnel et « diriger » des salariés peut être quelque chose de stressant pour certains.
- Pas de personnel = pas de gestion de fiche de paie.
- Pas de personnel = pas de recrutement ni de licenciement.
- Les changements d'organisation du cabinet sont faciles à réaliser car ils ne dépendent que du praticien.

- Inconvénients :

- Exercice solitaire, sans personne avec qui partager. Le praticien ne pourra compter que sur lui même quelles que soient les circonstances et portera sur ses épaules toute la charge du cabinet. Il pourra lui manquer un échange avec un confrère qui peut à la fois enrichir et soulager le praticien dans ses décisions, dans ses traitements...
- Le praticien devra tout assumer ; stérilisation, téléphone, accueil des patients, gestion des rendez-vous, relationnel avec la patientèle, encaissement, préparation de la salle de soin, préparation des instruments, gestion des stocks, relation avec le prothésiste, secrétariat, entretien des locaux...D'autant qu'aujourd'hui cette partie du travail se complexifie : normes de stérilisation changeantes, nouvelles contraintes administratives (nouvelles modalités de rédaction des devis (2), récemment passage à la CCAM...).
- Le praticien ne pourra pas déléguer et passera plus de temps au reste des tâches au dépend de la pratique en bouche. Selon les études menées par le Groupe Edmond Binhas (26), les statistiques prouvent qu'un praticien travaillant seul passe 50% de son temps hors du fauteuil. Ce pourcentage avoisine les 30% maximum lorsqu'il est secondé par une assistante à laquelle incombent les tâches non cliniques.
- Le chiffre d'affaire est donc limité et le développement du cabinet aussi !
- Certains actes de chirurgie complexe ou d'implantologie sont aujourd'hui difficilement réalisables sans assistante au fauteuil.

Cette pratique en solitaire peut être envisagée les premières années de l'exercice ou en fin de carrière pour tous les avantages financiers qu'elle offre.

- Elle permet de diminuer son activité en fin de carrière et de ne travailler plus que quelques jours par semaine et de continuer à se verser un salaire sans avoir trop de frais fixes.

- Un jeune praticien qui veut travailler dans une autre structure en parallèle (faculté, collaboration dans un autre cabinet, centre de santé, mutuelle...) ou qui veut continuer sa formation pourra choisir cette pratique pour ne pas avoir trop de frais et ne travailler que quelques jours dans son cabinet.

- Un chirurgien-dentiste créant un cabinet pourra pratiquer ainsi la première année le temps de se créer une patientèle et attendre que l'exercice se développe avant de recruter.

En effet, ce mode d'exercice ne paraît envisageable que provisoirement puisque si le volume de patientèle est suffisant, le salaire d'une assistante est largement assuré par le surcroît de production que réalisent les praticiens du fait de la présence de celle-ci (26).

Que le chirurgien-dentiste décide de travailler seul plutôt qu'avec un salarié relève de la liberté du professionnel libéral. Ce qui est un point de faiblesse de la profession, c'est que ce choix est, semble-t-il, le plus souvent un choix par défaut. En effet, il semble que les chirurgiens-dentistes qui font ce choix le font avant tout parce qu'ils ne savent pas travailler autrement et non parce qu'ayant expérimenté avec succès ces deux types d'organisation, ils ont décidé au regard de leurs aspirations professionnelles, de travailler en solo (8).

2.1.2. Travailler en solo avec assistante(s) / secrétaire(s)

Un employé, secrétaire ou assistante permettra au praticien de déléguer certaines tâches « non thérapeutiques » (stérilisation, téléphone, rendez-vous, administratif...) et de se concentrer sur le travail en bouche. Ainsi le praticien sera plus productif et beaucoup moins fatigué en fin de journée.

Exercer seul permet de n'embaucher qu'une seule personne ce qui évitera les rivalités entre les assistantes des différents praticiens (qui arrivent vite et qui peuvent être à l'origine d'une mauvaise ambiance dans le cabinet). Cette personne sera une présence au quotidien pour le praticien qui pourra échanger et partager avec celle-ci ; cependant il ne s'agit pas d'un échange entre confrères, le praticien ne pourra pas comparer sa technique et la faire évoluer, ni se conforter dans un traitement en le soumettant à un confrère...

De plus, le chirurgien-dentiste se retrouve alors dans une fonction d'employeur et de responsable hiérarchique, il devra : diriger, recruter, manager, encourager, valoriser, réprimander, voire licencier... Ce à quoi les jeunes diplômés ne sont pas formés et qui peut être à l'origine d'un stress.

Pour conclure, une étude de l'OMPL (Observatoire des Métiers des Professions Libérales) regroupe les sentiments des dentistes pratiquant avec ou sans assistante :

Les chirurgiens-dentistes qui travaillent avec une assistante n'envisagent pas de s'en passer. Ils jugent cet emploi favorable à : la rentabilité du cabinet, la qualité de la pratique, la qualité de vie professionnelle.

Les chirurgiens-dentistes qui n'ont pas d'assistante redoutent : le coût salarial, la gestion du personnel en général, la gestion des absences (par exemple dans le cas d'une reconduction -tardive- d'arrêt maladie qui rend difficile de suppléer le salarié absent) (8).

L'emploi dans les cabinets dentaires est une problématique importante : un tiers des chirurgiens dentistes n'a pas de salarié (figure 8). D'ailleurs la France est un des pays d'Europe à avoir le moins de personnel salarié par praticien soignant (1) (à noter que certains pays d'Europe embauchent plus aussi parce qu'il existe du personnel formé pour effectuer plus de tâches : les hygiénistes par exemple ont droit de travailler en bouche et de pratiquer les détartrages par exemple).

	Nombre d'entreprises dentaires
Entreprises avec salariés Source DCASPL 2007	23 460
Source AG2R 2007	22 079
Entreprises sans salariés Source DCASPL 2007	12 640
Total Source DCASPL 2007	36 100

Figure 8 : Nombre de cabinets dentaires avec et sans salarié(s) en 2012 (8)

Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que le futur chirurgien-dentiste n'est pas formé à la gestion d'un cabinet et de ses employés.

Il peut en résulter une difficulté à faire le choix d'employer du personnel ou des comportements inappropriés vis à vis des salariés. La formation et le parcours du chirurgien-dentiste contribuent à conforter une identité professionnelle que l'on pourrait stigmatiser par « je sais et je fais tout seul » qui trahit une difficulté à travailler en équipe et à la mobiliser efficacement (8).

2.2. Travailler avec d'autres praticiens : les cabinets de groupe

L'exercice en association est en croissance régulière depuis quelques années. Par cabinet de groupe nous entendons ici cabinet dentaire regroupant plusieurs dentistes, à différencier de la notion de cabinet pluridisciplinaire dans lequel plusieurs professions se côtoient.

Un praticien peut créer ou intégrer un cabinet en tant qu'associé dès sa sortie de la faculté, cependant les associations font le plus souvent suite :

- à une collaboration entre un jeune praticien et un autre plus expérimenté ;
- à un exercice en cabinet individuel suivi d'un regroupement de cabinets individuels dans le cadre d'une association ;
- à une intégration dans une association existante.

- Avantages :

- Facilité de management du cabinet : réflexion à deux (ou plus) pour les décisions concernant le cabinet, management du personnel simplifié (on n'a plus qu'un seul patron ce qui facilite les relations hiérarchiques), responsabilités conjointes.
- Investissements partagés (local, matériel commun, ameublement...) : l'acquisition de certains équipements sera facilitée (panoramique, stérilisation...). De plus un regroupement de praticiens aura une plus grande puissance d'achat vis-à-vis des fournisseurs.
- Partage de frais fixes : secrétaire commune, femme de ménage, informaticien... les praticiens pourront avoir en parallèle une assistante chacun.
- Collaboration technique : les associés peuvent s'aider mutuellement, par exemple dans la réflexion sur des plans de traitement complexes. De plus travailler à plusieurs permet de s'encourager, chacun contribuant à la réussite de l'association.
- Complémentarité dans les soins aux patients : chaque praticien pourra se spécialiser dans son domaine de prédilection (en continuant l'omnipratique ou en se consacrant exclusivement à sa « spécialité »), ce qui permettra une prise en charge globale du patient au sein du cabinet. Par exemple, un des praticiens de la structure peut poser les implants pour le (ou les) autre(s) ne pratiquant pas l'implantologie.
- Qualité du service au patient : à plusieurs, il est plus facile d'assurer des permanences dans le cabinet (vacances, congés, formations...). En cas d'urgence, les praticiens peuvent se dépanner les uns les autres, de même pour les assistantes.

- Inconvénients :

- Les décisions seront prises à plusieurs (locaux, décor, style de cabinet, investissement, équipement commun, orientation des pratiques, recrutement, ...). Tous ces choix communs seront autant de renoncements individuels !
- Le management des équipes est plus compliqué : plus de personnel entraîne plus de petits conflits humains, il faudra donc se coordonner avec ses associés pour un management constructif de son équipe.
- Les praticiens exerçant en cabinet de groupe devront assumer une part des erreurs de leurs associés et de leurs conséquences. L'image du cabinet est commune, bien que chaque praticien exerce individuellement avec sa méthode et sa conscience professionnelle, les praticiens devront donc autant que possible avoir une vision commune de la dentisterie et un style de pratique similaire.
- Ambition, rythme d'évolution, choix personnels et professionnels se modifiant avec le temps, c'est une adaptation réciproque permanente que les praticiens devront gérer ! Il faudra être plus conciliant et savoir faire les bonnes concessions.
- Il n'est pas rare que des couples travaillent ensemble au sein de ce genre de structure (couple dentiste/dentiste ou dentiste/assistante). Si cette situation peut ne pas poser de problèmes, elle peut aussi être à l'origine de discordes ou de conflits pour les autres membres de l'équipe soignante.

Les praticiens se lançant dans un cabinet de groupe devront partager leurs envies, leurs projets, leur vision de l'avenir et avoir certaines qualités afin d'éviter des séparations plus ou moins brutales : communication, écoute et compréhension réciproque.

Il s'agira ensuite de choisir le mieux possible son mode d'exercice et son contrat (SCM, SEL...) en se faisant conseiller et guider lors de créations.

2.3. Les autres types de pratiques

2.3.1. La collaboration non salariée

Dans ce mode d'exercice, le praticien travaille dans un cabinet dont il n'est pas titulaire ; il a sa propre patientèle mais n'est propriétaire ni du cabinet ni du matériel, il est donc indépendant de la structure dans laquelle il travaille mais devra rétrocéder un pourcentage de son chiffre d'affaire au cabinet.

Pour distinguer le statut de collaborateur libéral de celui de salarié, la loi Dutreuil (août 2005) précise que la collaboration (activité libérale) se fait en toute indépendance, sans lien de subordination, avec la faculté de compléter sa formation professionnelle et, surtout de se constituer une patientèle personnelle (27).

La collaboration est un mode d'exercice dans lequel le collaborateur a le statut social et fiscal du professionnel libéral, il paye des impôts, des charges et des cotisations afférentes à son exercice.

Ce mode d'exercice est très fréquemment emprunté par les jeunes chirurgiens-dentistes : il leur permet de travailler dans différentes structures afin de trouver le type de pratique qui leur correspond et de compléter leur formation auprès de praticiens expérimentés avant de s'installer ; il permet également de tester une entente avant une association.

Cet exercice est généralement provisoire mais il permettra au chirurgien-dentiste de travailler dans une structure sans s'y engager !

2.3.2. Les cabinets pluridisciplinaires

On peut créer un cabinet dentaire au sein d'un cabinet médical avec d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, kinésithérapeutes, ostéopathes, cardiologues, radiologues....). Au sein de ce type de structure, le chirurgien-dentiste peut travailler seul ou associé à un autre praticien, les comparaisons de ces deux sortes d'installations sont alors les mêmes que vu précédemment. Un cabinet au sein d'une maison médicale apporte cependant quelques avantages et inconvénients supplémentaires :

- Avantages :

- Une patientèle amenée au cabinet via la maison médicale (un patient venant consulter chez le médecin généraliste de la structure pourra choisir son dentiste à côté par « facilité »).
- Un travail en collaboration avec les autres spécialistes : on pourra travailler sur la posture avec un kinésithérapeute ou un ostéopathe, sur des problèmes de phonation ou de rééducation en ODF avec un orthophoniste... De plus, les autres professionnels pourront envoyer des patients au cabinet ce qui augmentera la patientèle du praticien.
- Une entraide entre les différentes spécialités (le médecin pourra éclairer le dentiste sur le traitement prescrit à un de ses patients par exemple). Dentisterie et cardiologie sont des spécialités qui ont besoin l'une de l'autre ; le cardiologue enverra son patient chez le dentiste pour éliminer les foyers infectieux avant une intervention par exemple et le dentiste travaillera en lien avec le cardiologue pour les patients « à risques ».

Il existe de nombreuses structures et presque autant de fonctionnements différents : certaines structures ne partagent que l'emplacement (et les charges de copropriété), d'autres ont tout en commun (accueil, personnel, salle d'attente...). Les inconvénients de ces structures dépendent donc de la proportion d'entités mises en commun ou non. Il peut être compliqué de mettre un cabinet dentaire en commun avec d'autres professionnels puisque comme nous l'avons vu plus tôt l'exercice du chirurgien-dentiste est particulier et différent des autres professions médicales libérales. Les dentiste a en effet besoin de beaucoup de surface (stérilisation, radio, bloc opératoire...) par rapport à un médecin généraliste et a des charges nettement supérieures (matériel, prothésiste, assistante, bloc, stérilisation...) ce qui rend une mise en commun (même des locaux) difficile à gérer de manière équitable. Or pour que ce genre de structure fonctionne il faut d'abord une bonne entente entre les différents professionnels !

3. TABLEAUX RECAPITULATIFS DES AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE CHAQUE TYPE DE PRATIQUE

Dans cette partie les différents points évoqués auparavant sont résumés sous forme de tableaux afin de lister de manière claire les avantages et les contraintes que représentent les différents choix d'installations.

Ces tableaux présenteront successivement :

- Les avantages et inconvénients de l'exercice en solo (page 32)
- Les avantages et inconvénients de l'exercice en solo sans assistante (page 33)
- Les avantages et inconvénients de l'exercice en solo avec assistante (page 34)
- Les avantages et inconvénients de l'exercice à plusieurs praticiens (page 35)
- Les avantages et inconvénients de l'exercice en cabinet pluridisciplinaire (page 36)

SOLO

(points communs aux dentistes exerçant avec ou sans assistante mais sans confrère)



AVANTAGES :

- liberté totale (lieu, équipement, matériel, pratique, ambiance, planning...)
- indépendance
- aménagement du cabinet à son goût personnel
- pas de risque de mésentente



INCONVENIENTS :

- devoir assumer ses erreurs seul
- pratique très individuelle et solitaire
 - pas de partage de frais
- décisions à prendre seul (management, investissement, évolution professionnelle...)
- pas d'échanges professionnels
- difficulté d'assurer des permanences pour les patients
- risque financier à assurer seul



POUR QUI ?

- personnalité solitaire n'ayant pas peur d'assumer seules décisions et choix
- personne ayant des difficultés à trouver un confrère avec qui s'entend dans le cadre d'une pratique commune
- personne sûre d'elle avec suffisamment d'expérience pour pouvoir faire face à chaque situation

SOLO SANS ASSISTANTE



AVANTAGES :

- pas de charges salariales fixes
- pas de "gros" chiffre d'affaire minimum à assurer
- pas de personnel à manager
- pas de personnel à gérer (contraintes liées à l'embauche, au salariat, aux congés, aux arrêts, au licenciement...)
- liberté dans la gestion du planning, du rythme de travail, et par conséquent du revenu
- changements faciles (organisation, planning, fonctionnement, gestes...)



INCONVENIENTS :

- limitation de son chiffre d'affaire (conséquence de la moindre rentabilité)
- obligation de tout gérer (stérilisation, téléphone, RDV, relationnel, patients, préparation...) : perte de temps, d'énergie et diminution du temps de travail au fauteuil
- difficulté de certains actes sans aide opératoire
- évolution limitée de son exercice



POUR QUI ?

- dentiste installé depuis longtemps travaillant ainsi depuis toujours et ne souhaitant pas modifier ses habitudes
 - personne effrayée par la gestion de personnel
- dentiste se lançant dans une création : en attendant de se créer une patientèle suffisante et d'avoir un chiffre d'affaire plus confortable pour embaucher
 - dans un cabinet avec une très petite activité

SOLO AVEC ASSISTANTE



AVANTAGES :

- permet de se concentrer sur son métier de chirurgien-dentiste :
travail en bouche, relation avec le patient
- délégation à l'assistante des tâches non thérapeutiques:
stérilisation, téléphone...
 - travail en équipe
 - choix personnel de l'assistante
- pas de rivalité entre assistantes de plusieurs praticiens



INCONVENIENTS :

- devoir manager du personnel
 - charges fixes à assurer
 - contraintes liées au salariat



POUR QUI ?

- évolution d'un cabinet auparavant sans employé
- dentiste assez indépendant et autonome mais désireux d'avoir une pratique plus poussée et de se débarrasser des tâches "non dentaire"
- dentiste ayant peur de gérer une structure avec d'autres dentistes et ne souhaitant pas faire de concessions sur certains aspects de sa vie personnelle

ASSOCIÉS (2 OU +) AVEC PERSONNEL



AVANTAGES :

- partage de dépenses (local, employés, certains équipements comme la stérilisation, panoramique...)
- conseils réciproques
- dépannage en cas d'urgence
- encouragement mutuel
- négociation d'achats à plusieurs
- possibilité de diversifier les spécialités des associés pour proposer un service complet de qualité au patient
- facilité d'assurer une présence permanente dans le cabinet (vacances, formations...)



INCONVENIENTS :

- engagements réciproques à tenir
- concessions sur certains points et choix à faire à plusieurs (organisation, ambiance, pratique... en fonction de ses associés)
- risque de mésentente et de conflits
- au delà de 2, risque de "ligue" majorité vs minorité



POUR QUI ?

- nouvelle génération (envie des jeunes de travailler en groupe)
- praticien désirant se spécialiser (faire de l'endodontie au sein d'un cabinet d'omnipraticque par exemple) et cherchant une complémentarité professionnelle
- dentiste prêt à faire quelques concessions au sein d'une équipe où règne une bonne entente

CABINET PLURIDISCIPLINAIRE



AVANTAGES :

- investissements partagés
- flux de patients complémentaires (en fonction des spécialistes présents réfléchir aux complémentarités)
- entraide et conseils inter-professionnels
- plus de puissance de négociation face aux partenaires extérieurs (banques, assureurs, fournisseurs...)
- énergie de groupe



INCONVENIENTS :

- gestion plus complexe de l'association
- éventuels frais supplémentaires de conseillers, aides, comptables...
- plus de personnes donc autant de possibilités de mésentente et de désaccords
- engagements réciproques à tenir
- lourdeur du groupe
- équipe importante à gérer, décisions plus longues à prendre et à mettre en place



POUR QUI?

- praticien cherchant une complémentarité inter-professionnels (par exemple : passionné d'occlusodontie désirant travailler avec des médecins du sport, ostéo/kinés...)
- praticien rassuré par la présence de médecins dans sa structure
- dentistes désireux d'avoir une patientèle "assurée" par la structure (rassurant lors d'une création par exemple)

CONCLUSION

Il nous paraît impossible de poser une seule conclusion à ce travail. En effet chaque personne désireuse de s'installer comme chirurgien-dentiste aura sa propre conclusion puisqu'il ne peut s'agir là que d'un choix personnel.

Toutefois, l'analyse des conditions d'exercice de la profession montre que son évolution tend vers une mise en commun des frais (de plus en plus nombreux) dans des cabinets de groupes plutôt que vers une pratique en solo.

D'autre part, la pratique en solo dans un cabinet sans employé, pratique courante chez nos aînés, paraît aujourd'hui dépassée et inappropriée pour la nouvelle génération, de plus en plus confrontée à des complications logistiques (règles d'aseptie, formalités administratives...).

On notera également un important développement des maisons médicales, regroupant plusieurs spécialités, notamment en zone rurale, permettant ainsi de répondre à un nouveau type de consommation de soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNSD (confédération nationale des syndicats dentaires). Rapport socio-économique de la branche dentaire 2012. 2014:43-45
2. Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative. ONCD plein sens Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. 2007
3. Medina P, Giovanini E, Pangaud M, Bolamperti P, Fontaine-Gavino K, Pepin P. Les chirurgiens dentistes dans les zones sous dotées de Rhône-Alpes. Observatoire Régional de la santé Rhône-Alpes ; février 2014. http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/URPS_Chirurgiens-Dentistes.pdf
4. Sicart D. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012, Série statistiques : document de travail n° 168 mars 2012. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) mars 2012
<<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat168.pdf>> (consulté le 10-12-2014)
5. Deschaux S, Burn-out des chirurgiens dentistes, enquête spéciale ADF 2014. Clinic. n°3 novembre 2014; éd CdP, Paris
6. Amer N, Bernard S, Bonaiti C, Bonnet E, Carel C, Caussat L, et al. Démographie, activité et revenu des chirurgiens dentistes. Rapport à la commission des comptes de sécurité sociale. juin 2010; 124-127
7. Jacotot D. Le praticien et les conditions d'exercice actuelles. Bulletin de l'académie nationale de chirurgie dentaire. 2005; bul 48: 45-51
8. Cabinet Pollen. Cabinets dentaires : de l'état des lieux à la prospective. Paris : Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales ; juillet 2012.
9. Confédération Nationale des Syndicats Dentaires. Vidéo : prothèsez-moi ! 2 minutes de vidéo pour tordre le cou aux idées reçues sur la prothèse. CNSD : mars 2015
<http://www.cnsd.fr/actualite/news/1268-video-prothesez-moi>

10. Moreau J, Truchet D. Droit de la santé publique. 5ème éd. Paris : Dalloz ; 2000. p 76
11. Direction Générale de la Santé, Sous direction Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques. Le plan de prévention bucco-dentaire 2005. Paris : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; 2005
12. Mojaïsky C. Chirurgiens-dentistes...Données chiffrées. CNSD (confédération nationale des syndicats dentaires). fiches actualisées août 2014 ; 1-2
13. Bonnet S. Alerte au mercure. Emission France 5 du 31 janvier 2015.
non-au-mercure-dentaire.com (consulté le 10.03.15)
14. Clavreul L. Les soins dentaires sont devenus inabordables. lemonde.fr ; novembre 2012 ; disponible sur :
http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/03/09/les-soins-dentaires-sont-devenus-inabordables_1655396_3224.html#EsDowgyU784Gv6OJ.99 (consulté le 15.01.15)
15. Clavreul L. Les dérives inacceptables des tarifs des soins dentaires. lemonde.fr ; novembre 2013 ; disponible sur :
http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/11/25/les-derives-inacceptables-des-tarifs-des-soins-dentaires_3519628_1651302.html (consulté le 15.01.2015)
16. Guichard G. Les dentistes font grève pour obtenir des hausses des tarifs. lefigaro.fr ; février 2014 ; disponible sur :
<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/01/24/20002-20140124ARTFIG00235-les-dentistes-vont-faire-greve-pour-obtenir-des-hausses-de-tarifs.php> (consulté le 20.03.2015)
17. AFP, AP, Reuters Agences. Les dérives tarifaires des soins dentaires. Le Figaro ; mars 2013
18. Constant J. La dentiste dépouillait ses clients. leparisien.fr ; décembre 2003 ; disponible sur :
<http://www.leparisien.fr/seine-saint-denis/la-dentiste-depouillait-ses-patients-10-12-2003-2004601717.php>

19. UFSBD. Fiche synthétique : la santé bucco-dentaire des enfants de 6 à 12 ans en France en 2006. Paris : DGS ; novembre 2006
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_buccodentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf (consulté le 18.12.2014)
20. Binhas E. Comment et pourquoi travailler avec une assistante dentaire? Positionnement du problème et perspectives. Le fil dentaire. Décembre 2006; 11:37-9
21. Ventura J. Perspectives d'installation professionnelle à l'issue des études en chirurgie dentaire de Lyon. Thèse d'exercice : Chir Dent : Lyon1 ; 2012
22. Binhas E. Chirurgiens-dentistes : les 5 lois d'une installation réussie. Le fil dentaire. 2008; 30:33-5
23. Binhas E, Harel Y, Sabek M et al. S'installer, déménager, réaménager son cabinet dentaire. 2^e éd. Paris : CdP ; 2008. Guide clinique ; Paris. ISBN 10: 2843611202
24. Binhas E. L'assistante dentaire, une alliée indispensable ? Le fil dentaire. Article en exclusivité pour le site internet. Juillet 2010 ; disponible sur :
<http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/81-lassistante-dentaire-une-alliee-indispensable-#.VOXvR0LrOXo> (consulté le 08-11-14)
25. Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises ; J.O.R.F. Lois et décrets ; 3 août 2005 : 12639

MOLLE (Béatrice) – Choisir son mode d'exercice face aux mutations de la profession : s'installer seul ou en groupe ?

(Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2015.1D 019)
N° 2015 LYO 1D 019

La profession de chirurgien dentiste est en pleine mutation. En effet, la société évoluant, il en va de même pour les demandes des patients, la consommation de soins, l'image du dentiste... En parallèle la pratique change : les techniques évoluent rapidement ainsi que les moyens dont disposent les praticiens (nouveaux matériaux, nouvelles technologies...). De plus, on observe une augmentation des contraintes administratives qui détourne le dentiste du travail dit « au fauteuil » (normes de stérilisations, télétransmission, traçabilité, lourdeurs informatiques...).

Ce travail propose de réfléchir sur les avantages et les inconvénients des différents modes d'exercice (seul, en cabinet de groupe, en maison médicale...) afin de choisir sa pratique.

Après un bilan chiffré de la situation de la profession, de son évolution dans le temps et des perspectives d'avenir, les avantages et les inconvénients de chaque mode d'installation seront évalués et synthétisés dans des tableaux comparatifs, permettant ainsi au jeune praticien de se poser les bonnes questions avant de se lancer dans son installation et de choisir son mode d'exercice.

Rubrique de classement : Exercice professionnel

Mots clés :

- Installation professionnelle
- Cabinet dentaire de groupe
- Cabinet dentaire individuel
- Assistante dentaire

Mots clés en anglais :

- professional move
- group dental surgery
- individual dental surgery
- dental assistant

Jury : **Président :** Madame le Professeur Dominique Seux
Asseseurs : Madame le Docteur Béatrice Richard
Monsieur le Docteur Bruno Comte
Monsieur le Docteur Yassine Messaoudi

Adresse de l'auteur : Béatrice Molle
236 rue Garibaldi
69003 LYON