

2020

Cabinets dentaires



DE L'ÉTAT DES LIEUX À LA PROSPECTIVE



Étude

Ompl
Observatoire des métiers
dans les professions libérales



105 502
entreprises
employeuses



438 649
salariés



82,9%
femmes



17,1%
hommes

3 SECTEURS



Cadre de vie-technique



Juridique



Santé

13 BRANCHES



Entreprises d'architecture



Études d'administrateurs
et mandataires judiciaires



Cabinets dentaires



Entreprises d'économistes
de la construction



Cabinets d'avocats



Laboratoires de biologie
médicale extra hospitaliers



Entreprises d'experts
en automobile



Offices de commissaires-priseurs
judiciaires et sociétés
de ventes volontaires



Cabinets médicaux



Cabinets de géomètres-
topographes, photogrammètres
et experts fonciers



Études d'huissiers
de justice



Pharmacie d'officine



Cliniques vétérinaires



+ de 100
études



30
baromètres annuels



rencontres régionales
et conférences thématiques



ÉDITO

Explorer les futurs possibles

Cette étude prospective est le second volet de l'étude commandité par la CPNEFP de la branche des cabinets dentaires libéraux. Principalement axée sur une analyse qualitative des évolutions à l'œuvre dans la branche, elle permet, au-delà des statistiques, une compréhension des changements qui s'opèrent.

Elle met notamment en évidence que les cabinets dentaires sont des acteurs majeurs de l'offre de soins dentaires mais qu'ils sont confrontés à des évolutions importantes qui interrogent le modèle actuel du cabinet dentaire libéral.

À partir des constats effectués, elle explore plusieurs scénarios prospectifs et des pistes d'actions possibles. Ces pistes sont proposées à la réflexion des partenaires sociaux afin qu'ils puissent définir leur stratégie emploi-formation dans le cadre de leurs missions au regard des enjeux actuels et futurs.

Partenaire privilégié de la CPNEFP (Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle), l'OMPL met au service de tous les acteurs emploi formation les résultats de son expertise.

Marie-France GUTHEY
Présidente

Jacques NINEY
Vice-président



SOMMAIRE

- 05 Principaux résultats
- 20 Étude financée par l'OMPL et copilotée par la CPNE-FP
- 22 Les cabinets dentaires libéraux en 2019
 - Principaux acteurs de l'offre de soins
 - Une entreprise libérale
 - Une équipe articulée autour de l'acte
 - Les indicateurs économiques
- 47 Les évolutions du contexte par rapport à l'étude précédente
 - Le nombre de chirurgiens-dentistes
 - Impact des non-reprises limité sur l'emploi salarié
 - Maintien des inégalités territoriales
 - Prise en compte des territoires sociaux plutôt que géographiques
 - La convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023
- 56 Regards sur les cabinets en Europe
 - Des systèmes de santé très hétérogènes
 - Repli généralisé de la pratique dentaire isolée
 - Une organisation fondée sur la délégation
- 62 Prospective de la branche
 - Les tendances de fond
 - Les facteurs de scénarios
 - Deux scénarios retenus
- 79 Enjeux d'emploi, de compétences et de ressources humaines pour l'avenir
- 88 Remarques conclusives
- 90 Bibliographie
- 94 Index des figures et des tableaux

PRINCIPAUX RÉSULTATS

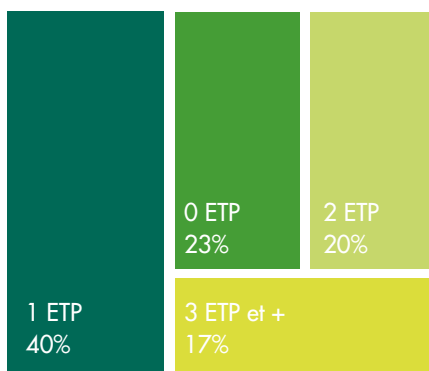
LES CABINETS DENTAIRES AUJOURD'HUI

Les constats réalisés à partir de la mobilisation de sources statistiques et documentaires variées viennent compléter les données exploitées dans le portrait statistique de branche. Le croisement de ces observations permet de dresser l'état des lieux sur lequel est appuyé l'exercice prospectif.

► DES ENTREPRISES ACTRICES MAJEURES DE L'OFFRE DE SOINS DENTAIRES

Comptant plus de 35 500 entreprises en activité sur le territoire métropolitain, la branche des cabinets dentaires est le principal acteur de l'offre de soins odontologiques. En comparaison, les deux autres types d'intervenants ne comptent qu'un nombre marginal d'implantations : un peu plus de 700 pour les centres de santé mono ou pluridisciplinaires et moins d'une cinquantaine pour les établissements hospitaliers.

📊 Cabinets par nombre d'ETP salariés



Source : Actalians (2018), estimations

Les cabinets dentaires sont des entreprises à part entière. Plus des trois quarts d'entre eux génèrent des emplois salariés et trois cabinets sur cinq sont constitués sous forme de société ou de groupement. Ces entreprises sont de petite taille. Plus de la moitié des cabinets employeurs compte un emploi ETP (équivalent temps plein).

► DES ÉQUIPES DÉDIÉES AUX SOINS

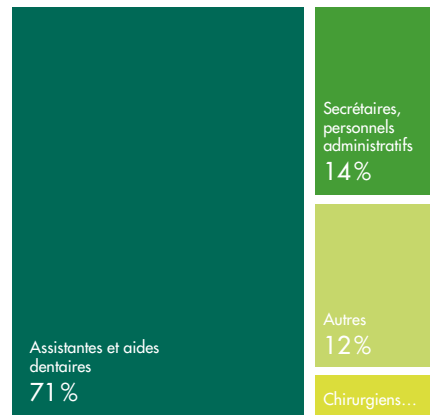
Les assistantes et les aides représentent plus des sept dixièmes des effectifs salariés de la branche. Cette proportion rappelle que l'équipe dentaire type repose sur le binôme composé par le chirurgien-dentiste et l'assistante dentaire ou, le cas échéant, l'aide dentaire¹. L'organisation de l'équipe repose sur une logique de métiers complémentaires directement liés à l'acte de soin. Le modèle est devenu dominant du fait de la recherche d'optimisation qualitative des soins, de la maximisation économique du temps dédié à l'acte par le praticien, de l'innovation technologique et thérapeutique ainsi que de la pression des normes et obligations sanitaires. Incidemment, les chirurgiens-dentistes exerçant en indépendants ou avec le seul recours d'une secrétaire voient leur nombre drastiquement reculer.



1. En raison du taux de féminisation des métiers d'assistant et d'aide dentaire (98 %), le féminin est systématiquement employé.

Le modèle du binôme subit néanmoins d'importantes tensions que révèle un turnover élevé (15,5% en 2016 en progression de 1,6 point sur trois ans). L'analyse montre que ce phénomène n'est que très partiellement lié aux éléments de la qualité de vie ou au modèle de management des cabinets dentaires. En revanche, l'absence de perspectives d'évolution dans le métier d'assistante est une limite prégnante dont l'importance tend à croître pour les nouvelles générations. Le projet de diplôme d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2, porté par les représentants de la branche, pourrait permettre d'atténuer ce phénomène.

Salariés par groupes professionnels



Source : Actalians (2018), estimations.

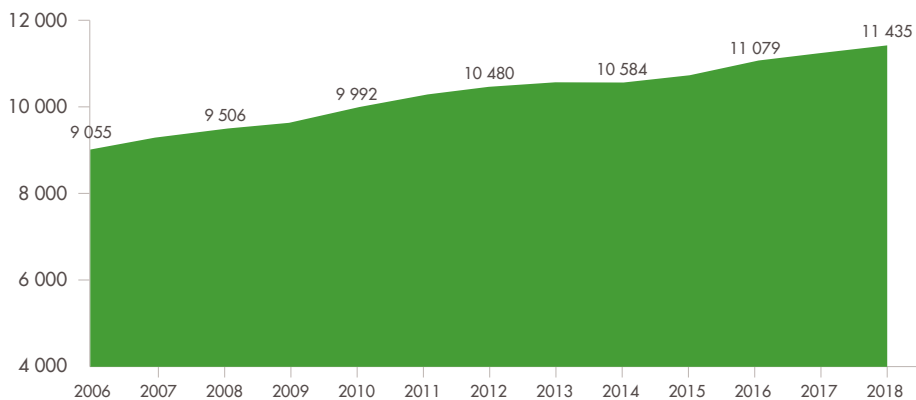
UN ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE FAVORABLE

Bénéficiant des effets d'une politique de santé axée sur la prévention relayée par les acteurs de l'Assurance maladie complémentaire, ainsi que de la valorisation individuelle de l'esthétisme dentaire, la consommation annuelle de soins dentaires est en progression sur longue période (+26% depuis 2006). Ce mouvement est principalement dû à un effet volume, c'est-à-dire au nombre d'actes facturés, principalement porté par les soins conservateurs.

En revanche, l'impact sur les honoraires perçus est assez réduit pour les chirurgiens-dentistes non spécialisés. La multiplication des soins conservateurs favorise une progression des honoraires conventionnels plutôt modeste : + 6,8% contre 26,5% pour les praticiens spécialisés ODF sur la période 2010 à 2017. Dans tous les cas, la santé économique des entreprises reste très satisfaisante. Sur la période 2010-2018, même lorsque des réajustements tarifaires ont été mis en place, le revenu courant avant impôt moyen des cabinets a progressé.

Depuis 2015, le montant total des soins remboursables qu'ils ont généré a progressé de plus de **46%**

Consommation de soins dentaires (millions €)



Source : DREES (2019).

► RENFORCEMENT DES PERTURBATIONS CONCURRENTIELLES

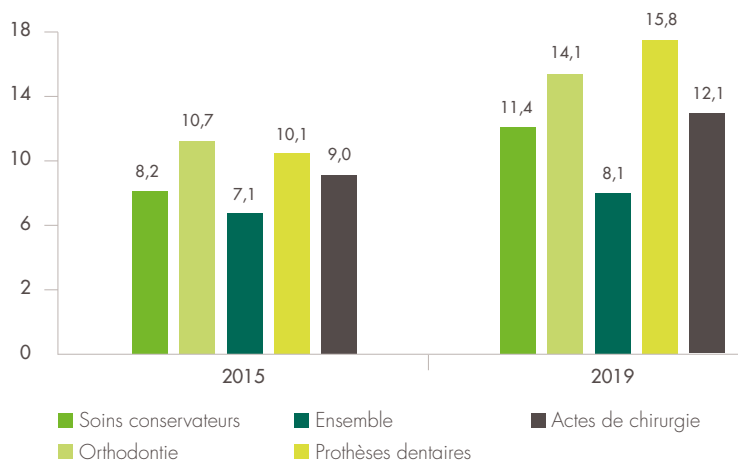
Les entreprises de la branche font face à une pression concurrentielle qui doit être prise en compte. Si le tourisme dentaire est un phénomène qui reste contenu – mais aussi statistiquement invisibilisé – la place conquise par les centres de santé dentaires dans l'offre de soins tend à s'élargir de manière notable. Depuis 2015, le montant total des soins remboursables qu'ils ont générés a progressé de plus de 46% pour représenter 12,1% des dépenses de soins dentaires remboursables hors établissements hospitaliers.

Parallèlement, un renforcement de la concurrence interne à la branche émerge avec le développement des plateformes de santé. Ces sociétés d'intermédiation se positionnent à l'interface des acteurs de l'Assurance maladie complémentaire et des praticiens. Par un système articulé autour de conventionnements et de référencement, une partie de la patientèle est incitée à s'orienter prioritairement vers les chirurgiens-dentistes référencés par ces plateformes. Selon les données disponibles, au moins 22% des praticiens feraient partie des réseaux ainsi constitués.

“

Un renforcement de la concurrence interne à la branche émerge avec le développement des plateformes de santé.

📊 Part des soins dentaires remboursables générés par les centres de santé (%)



Source : CNAMTS (2019).



LES ÉVOLUTIONS CONTEXTUELLES PAR RAPPORT AU DERNIER EXERCICE PROSPECTIF

“

Le modèle d'un exercice en binôme – associant une assistante dentaire et un praticien – est devenu la norme.

Le dernier exercice prospectif explorait les conséquences d'une évolution des cabinets vers des structures d'urgence en réaction à une raréfaction de l'offre de soins. Cette mécanique reposait essentiellement sur les projections du nombre de praticiens qui anticipaient un repli massif de la densité de chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Le contexte a depuis fortement évolué et d'autres paramètres doivent être pris en compte.

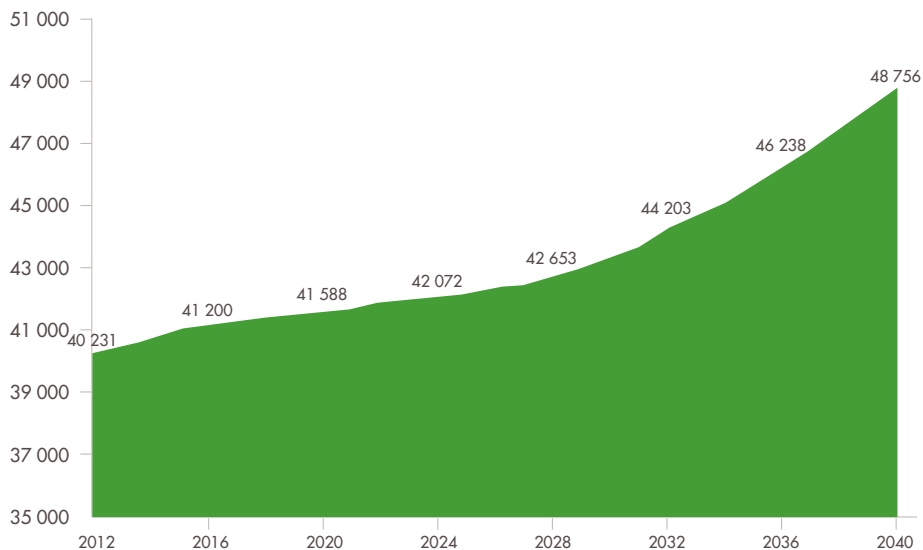
► 8 000 CHIRURGIENS-DENTISTES DE PLUS EN 2040

Sous l'effet de la multiplication des jeunes chirurgiens-dentistes ayant été formés à

l'étranger et du recul de l'âge de liquidation des retraites, le nombre de praticiens – tous statuts confondus – devrait fortement progresser à l'horizon 2040.

Cette progression devrait mécaniquement jouer en faveur de l'emploi salarié. L'impact des non-transmissions des cabinets envisagé lors de l'exercice prospectif précédent devrait s'éteindre du fait même de l'accroissement du nombre de nouveaux chirurgiens-dentistes. De plus, le modèle d'un exercice en binôme – associant une assistante dentaire et un praticien – est devenu la norme.

📊 Projection du nombre de chirurgiens-dentistes (tous statuts)



Source : DREES (2017).

► DES TERRITOIRES PHYSIQUES AUX TERRITOIRES SOCIAUX

Malgré la progression du nombre de praticiens, les inégalités territoriales dans la répartition des cabinets vont perdurer. Les zones rurales et les territoires à faible dynamisme économique continueront d'être sous-dotés. En revanche, de récentes approches économétriques montrent que c'est moins la distance physique aux cabinets dentaires qui joue dans la renonciation aux soins dentaires que la distance sociale. Ces constats sont d'ailleurs à l'origine de l'impulsion donnée aux centres de santé par les politiques de santé. L'objectif est de favoriser l'adéquation d'une offre de soins à une demande fortement contrainte par des paramètres socioéconomiques individuels.

► LA CONVENTION NATIONALE 2018-2023

Les éléments introduits par les pouvoirs publics lors de la négociation de la nou-

velle convention nationale vont dans le sens d'une recherche d'intensification des soins conservateurs – ces derniers ont été revalorisés –, associée à une stratégie d'élargissement de l'accès aux soins dentaires pour l'ensemble de la population. L'encadrement des soins prothétiques sur la base d'une prise en charge modulée en fonction de trois paniers de soins (100% santé, maîtrisé et libre) est le dispositif phare de cette stratégie. Au niveau des cabinets et à court terme, un effet direct de rattrapage de soins différés pour raison financière peut être envisagé. À plus long terme, le système de financement des paniers de soins 100 % santé et maîtrisé renforce drastiquement le rôle des organismes d'Assurance maladie complémentaire. Ce positionnement ouvre sans conteste la voie au développement de stratégies de régulation des coûts par ces acteurs.

“

Recherche d'intensification des soins conservateurs, associée à une stratégie d'élargissement de l'accès aux soins dentaires pour l'ensemble de la population.

—

L'OBSERVATION DES CABINETS EUROPÉENS

Alors que les systèmes de santé et les cadres réglementaires nationaux sont caractérisés par de profondes dissemblances, le regard porté sur les cabinets dentaires européens fait émerger deux congruences notables.

► FORT DÉVELOPPEMENT DES CABINETS DE GROUPES

Quelle que soit la structure juridique sous-jacente, un repli massif de la pratique dentaire isolée est constaté, notamment dans les zones urbaines. La tendance au regroupement des praticiens est aussi observée en France. Au niveau européen, les cabinets rassemblant plusieurs praticiens – qu'ils

soient associés, salariés ou franchisés selon les dispositions légales nationales particulières – se développent suivant quatre motifs non exclusifs :

- la rationalisation des coûts fixes et la capacité d'accéder à des équipements novateurs mais très coûteux ;
- le développement de stratégies concurrentielles reposant sur la richesse du panel de soins réalisables ;
- la recherche d'économies d'échelle dans le traitement des tâches administratives ;
- une demande sociétale des jeunes générations qui souhaitent accéder au salariat afin de s'affranchir des contraintes entrepreneuriales.

“

Un repli massif de la pratique dentaire isolée est constaté.

—



► UNE TENDANCE À LA DÉLÉGATION D'ACTES

Comme en France, la présence d'au moins un auxiliaire au sein du cabinet devient la norme. L'assistante dentaire reste un acteur clé dans l'organisation. En revanche, une grande hétérogénéité est observée en termes de formation et de tâches réalisées. En Espagne et en Grèce, le titre d'assistante n'est pas reconnu et elles sont formées directement par le praticien. À l'opposé, en Allemagne, un système de formation modulaire raffiné leur permet de gagner en compétences dans différents domaines de l'activité du cabinet.

Dans la plupart des pays où le titre d'assistante est renforcé par des formations qualifiantes, une délégation partielle des actes simples est constatée. Outre l'éducation à l'hygiène dentaire, la délégation d'actes s'étend fréquemment à la réalisation des radiographies et au détartrage supragingival. Mais la délégation d'actes s'effectue aussi auprès des hygiénistes, généralement salariés des cabinets, qui bénéficient d'une qualification sanctionnée par un diplôme. Ces derniers peuvent pratiquer des soins préventifs comme le détartrage sous-gingival ou le polissage.

En fonction des paramètres du système de soins, deux logiques principales gouvernent à la délégation de soins vers les assistantes dentaires ou les hygiénistes :

- le déploiement d'une politique de santé axée sur la prévention peut générer une demande massive d'actes prophylactiques et conservateurs peu rémunérateurs. C'est le cas en Allemagne et en Suède par exemple. La délégation d'actes au fauteuil permet alors d'absorber cette demande tout en permettant aux praticiens d'assurer pleinement les actes techniques plus rémunérateurs mais aussi plus exigeants du point de vue qualitatif ;
- dans un contexte de pénurie de praticiens, la délégation des actes de base permet une meilleure prise en charge des patients et la rationalisation économique des cabinets. Cette configuration est rencontrée au Pays-Bas notamment.

PROSPECTIVE DE LA BRANCHE



Croissance du nombre de salariés

+ 11,1%

Le recoupement de l'ensemble des données et des informations recueillies auprès des professionnels – employeurs et salariés – conduit à retenir trois tendances de fond. Ces dernières sont croisées avec des hypothèses plausibles permettant d'articuler deux scénarios prospectifs.

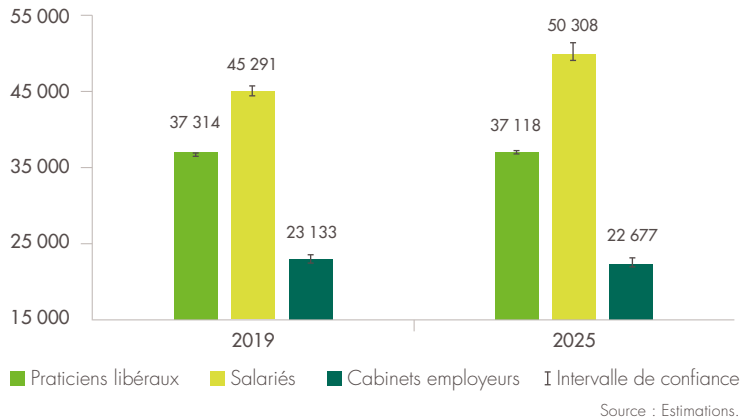
► TROIS TENDANCES DE FOND

S'appuyant sur les prévisions statistiques de la DREES (Direction de la recherche, études, de l'évaluation et des statistiques) et les données collectées à l'occasion du portrait statistique, la première tendance

concerne les **effectifs de la branche**. Les estimations conduisent à anticiper à l'horizon 2025 :

- un léger recul du nombre de praticiens libéraux par rapport à 2019 (-0,5% soit 196 personnes) pour atteindre 37 118 personnes en activité ;
- une croissance du nombre de salariés (+11,1% soit 50 308 personnes) qui devrait représenter 50 308 personnes ;
- une diminution modérée du nombre de cabinets employeurs (-2,0% soit 456 cabinets) qui se situerait à 22 677 à l'horizon prospectif.

Prévisions des effectifs et du nombre de cabinets



Entre 2019 et 2025, les seuls centres de santé dentaires devraient voir leur nombre croître de

55,4%

L'approche statistique laisse donc envisager un renforcement des équipes dentaires qui, en moyenne, compteraient 2,2 salariés et 1,6 chirurgien-dentaire libéral. En contrepartie de la continuation du mouvement de regroupement des praticiens et du grossissement des équipes qu'il induit, le nombre de cabinets continuerait mécaniquement de s'infléchir.

Au-delà de l'évolution moyenne, la seconde tendance de fond concerne **la composition de l'équipe dentaire**. Elle s'orienterait vers un cabinet type regroupant :

- deux à trois praticiens ;
- deux à trois assistantes dentaires ;
- une aide dentaire ;
- une secrétaire.

Le cœur organisationnel formé par le binôme praticien-assistante serait donc démultiplié et renforcé par des personnels en charge des fonctions supports hors fauteuil et administratives. La présence ou l'absence de prothésistes et d'autres personnels (en charge de l'entretien par exemple) restent difficilement perceptibles en raison du recours à la sous-traitance.

La troisième tendance consiste en **la pres-**

sion concurrentielle de plus en plus marquée des structures d'offre de soins hors branche. Les données convergent et mettent en perspective une augmentation du nombre d'établissements appartenant aux centres de santé et une prise de part de marché en progression constante. Selon les données disponibles, les seuls centres de santé dentaires devraient voir leur nombre croître de 55,4% entre 2019 et 2025. À cette date, 1 350 structures d'offre de soins dentaires devraient être dénombrées.

► TROIS FACTEURS DE SCÉNARIOS

L'**orientation de l'activité des cabinets** est un paramètre faisant l'objet d'un manque de consensus assez marqué pour qu'il soit intégré parmi les facteurs de scénarios. Deux hypothèses concurrentes sont retenues :

- une spécialisation des cabinets sur quelques types d'actes fondée sur une segmentation assez fine des besoins en termes de soins. Dans ce cadre, l'équipe type s'articule autour de praticiens hautement spécialisés et le cabinet oriente son activité vers un segment populationnel ou une catégorie de pathologie particulière ;



L'approche statistique laisse envisager un renforcement des équipes dentaires qui compteraient 2,2 salariés et 1,6 chirurgien-dentaire libéral.

- l'articulation d'un socle d'omnipraticque et d'une ou deux spécialités. Au sein d'une équipe travaillant en pleine synergie, un ou deux spécialistes viennent compléter l'offre d'omnipraticque proposée par un noyau de deux à trois praticiens. Le choix des spécialités relève de l'affinitaire individuel tout autant que des besoins sanitaires repérés au niveau local.

“

L'influence des financeurs sur la dépense de soins dentaires est un facteur puissant pouvant jouer à très court terme.

L'influence des financeurs sur la dépense de soins dentaires est un facteur puissant pouvant jouer à très court terme. Les modalités de **contrôle de la dépense par les organismes d'Assurance maladie complémentaire (AMC)** font donc l'objet de deux hypothèses influençant fortement les trajectoires de scénarios :

- un attentisme des acteurs de l'AMC qui ne modifie pas les données de solvabilisation au-delà des dispositifs prévus par la loi ;
- le déploiement de stratégies offensives par les organismes de l'AMC fondées sur une plus grande maîtrise des dépenses de santé. Ces stratégies impliquent le renforcement de réseaux de cabinets contractualisant – directement ou par le biais d'un tiers de médiation – avec les assureurs.

L'évolution comportementale des patients peut avoir des répercussions profondes sur la pratique quotidienne des métiers mais surtout sur la structuration de l'offre de soins dentaires tant en termes d'organisation que de qualité. En la matière, des données et des informations de terrain antagonistes imposent de retenir deux hypothèses :

- les patients adoptent de plus en plus massivement un comportement consumériste démultiplié par une plus grande accessibilité aux soins, le rôle des plateformes d'intermédiation et la disponibilité croissante d'informations comparatives ;

- les comportements de la patientèle sont majoritairement mus par une recherche de qualité et de relationnel. Les vecteurs d'information et de recommandation ne jouent qu'au moment du choix initial du praticien.

► INDUSTRIALISATION ET PERTE DE CONTRÔLE : LE SCÉNARIO DE LA CLINIQUE DENTAIRE

Ce scénario retient les hypothèses d'une prise de contrôle de la demande de soins dentaires par les acteurs de l'AMC, d'une stratégie de spécialisation des cabinets dentaires libéraux et d'une patientèle minimisant le coût des soins par le biais des contrats de couverture maladie complémentaire.

Pour limiter l'impact des remboursements induits par la réforme du reste à charge zéro et développer un avantage concurrentiel, les assureurs construisent des réseaux de cabinets dentaires partenaires. Ces derniers bénéficient de la mise à disposition d'outils permettant une meilleure gestion des paiements et des dossiers patients mais, surtout, d'une orientation systématique des patients organisée par les assureurs. En retour, des cahiers des charges spécifiant des référentiels de services associés aux soins, de tarifs et de protocoles doivent être respectés sous peine d'exclusion des réseaux.

Les cabinets libéraux, déjà en concurrence avec les centres de santé dentaires, voient la concurrence intra-branche s'intensifier. En réaction, une stratégie de spécialisation permettant d'importants rendements d'échelle par la massification de certains types d'actes est privilégiée. Parallèlement, le mouvement de regroupement est accéléré afin de permettre, au niveau des cabinets, une plus large mobilisation des investissements visant

“

Les cabinets libéraux, déjà en concurrence avec les centres de santé dentaires, voient la concurrence intra-branche s'intensifier.

à garantir le respect des cahiers des charges, tant en matière de personnels disponibles que d'équipements demandés. Le phénomène est plus marqué en milieu urbain en raison de la forte densité de structures d'offres de soins.

Au sein d'un modèle de cabinet tendant vers le regroupement de plus de trois chirurgiens-dentistes, l'équipe dentaire moyenne évolue. Elle se structure en pôles de compétences clairement identifiés :

- les personnels d'accueil et administratif deviennent plus nombreux dans la branche (30% des salariés). Le secrétariat prend en charge l'intégralité de la gestion des dossiers « clients » à toutes les phases de la relation de soins, y compris la réalisation des devis sur indications des praticiens ;
- la ou les aides dentaires voient leur champ d'action centré sur la gestion tech-

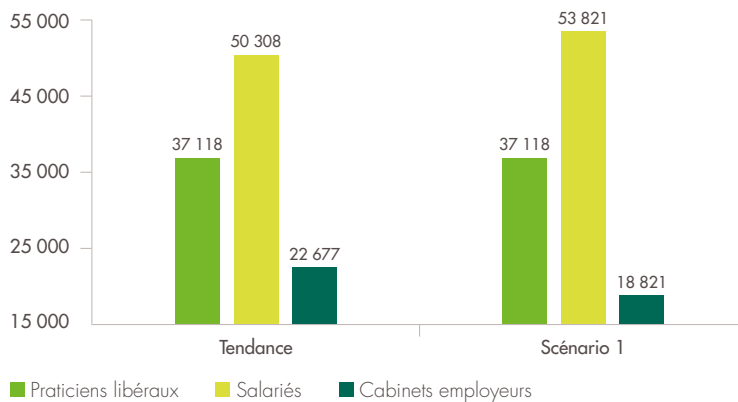
nique du cabinet (stocks, maintenance des équipements, interface fournisseurs, stérilisation, etc.). Néanmoins, une partie de ces tâches pouvant être soustraite, la présence d'aides dentaires tend à se raréfier ;

- les assistantes dentaires sont intégralement occupées aux tâches d'auxiliaires de soins en périphérie du fauteuil. La gestion des plannings et de l'affectation des personnels étant largement facilitée par la standardisation des tâches et des matériels, la rotation des équipes est simplifiée et le modèle du binôme praticien-assistante tend à s'effacer. La délégation d'actes à destination des assistantes (réalisation des clichés radiologiques, détartrage supra-gingival, etc.) prend un caractère de nécessité pour accroître la rentabilité du temps des praticiens.

“

La délégation d'actes à destination des assistantes (clichés radiologiques, détartrage supra-gingival, etc.) prend un caractère de nécessité pour accroître la rentabilité du temps des praticiens.

④ Évaluation des effectifs et du nombre de cabinets : scénario 1



Source : évaluations à nombre de chirurgiens-libéraux inchangés.



► CONCURRENCE ET MANAGEMENT : LE SCÉNARIO DU CABINET ENTREPRENEURIAL

Les hypothèses retenues dans ce scénario articulent une posture attentiste des acteurs de l'AMC, la valorisation de la qualité des soins par les patients et la combinaison d'omnipraticque et de spécialisation dans les cabinets dentaires libéraux.

Avec la pleine montée en régime des dispositifs de la réforme de santé, le nombre de renoncements aux soins recule. La demande bénéficie d'un surcroît de dynamisme notamment dans les segments des soins conservateurs et du panier « 100% santé ». Pour faire face à la hausse des remboursements induite, les assureurs modulent leurs garanties et accroissent le montant des cotisations. En réaction, les patients attendent un surplus qualitatif dans les soins et/ou les services connexes.

Le modèle organisationnel des centres de santé dentaires leur permet d'absorber

rapidement la demande supplémentaire de soins faiblement rémunérateurs. Ils font notamment valoir la rapidité de prise en charge, la disponibilité permanente d'une équipe de praticiens et la gestion intégrale des démarches administratives. La patientèle des cabinets libéraux, notamment des plus anciens, commence à s'éroder par les segments visés.

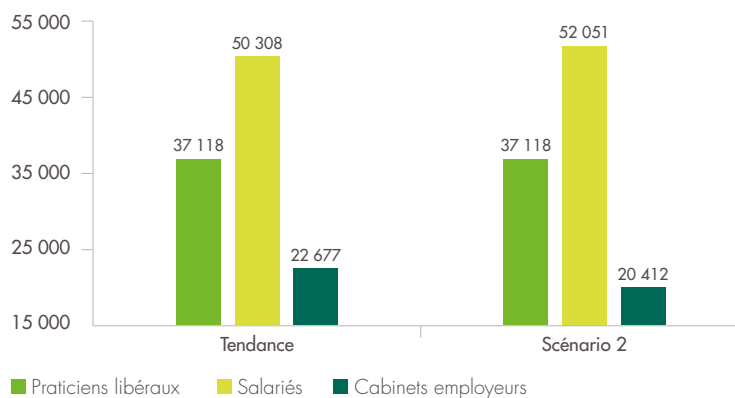
En réaction, les cabinets dentaires libéraux développent des avantages comparatifs en termes de qualité et de personnalisation des soins. Le mouvement de regroupement des chirurgiens-dentistes s'accélère sur tous les types de territoires – urbains et ruraux – avec un modèle de structure intégrant trois à quatre praticiens dont certains peuvent être salariés. L'activité articule un socle d'omnipraticque et une à deux spécialités fondées sur des segments d'actes et/ou des segments populationnels. Le cabinet libéral est redéfini. Le groupement devient un projet de développement d'une structure de soins. Il ne s'agit pas de réunir des binômes praticien-assistante exerçant en parallèle dans

“

Le mouvement de regroupement des chirurgiens-dentistes s'accélère sur tous les types de territoires – urbains et ruraux – avec un modèle de structure intégrant trois à quatre praticiens dont certains peuvent être salariés.

—

④ Évaluation des effectifs et du nombre de cabinets : scénario 2



Source : évaluations à nombre de chirurgiens-libéraux inchangés.

un même lieu mais bien de constituer une équipe dentaire coordonnée autour du projet que représente le cabinet sous le pilotage d'un ou deux praticiens fondateurs.

Les grandes proportions de la répartition des CSP (catégories socioprofessionnelles) dans la branche ne sont pas modifiées. Les compétences et métiers évoluent avec une segmentation en trois pôles de fonctions principaux :

- une fonction managériale opérationnelle est assumée par le ou les chirurgiens-dentistes dirigeants qui mettent en pratique des compétences organisationnelles et entrepreneuriales ;
- les personnels d'accueil, de secrétariat et administratif voient leurs compétences et responsabilités renforcées par rapport

aux configurations actuelles. Ils intègrent notamment des fonctions d'organisation, d'interface avec les assureurs, de chiffrage des devis, etc. ;

- les assistantes dentaires recentrent leurs compétences dans le domaine du support direct aux soins et du fonctionnement technique du cabinet. Elles peuvent choisir d'assumer un rôle plus important dans un segment de fonctions – éducation à l'hygiène dentaire, interface avec les prothésistes, etc. – clairement identifié par toute l'équipe. La délégation d'actes en leur direction constitue un levier supplémentaire de développement en fluidifiant l'activité des praticiens et en optimisant le temps d'utilisation des fauteuils.

“

Le cabinet libéral est redéfini. Le groupement devient un projet de développement d'une structure de soins.

—

ENJEUX D'EMPLOI ET DE COMPÉTENCES

Les deux scénarios prospectifs retenus anticipent un accroissement du nombre de salariés au sein de la branche impliquant une plus grande segmentation des tâches. Parallèlement, ils mettent en relief la nécessité pour la branche, comme pour les cabinets, de développer l'attractivité des emplois par un développement de la mobilité professionnelle des salariés. Ces évolutions mettent en perspectives trois enjeux de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

► DÉVELOPPER UNE CULTURE DE L'ÉQUIPE MANAGÉE PLUTÔT QUE DU BINÔME

La demande régulièrement exprimée d'intégration de compétences entrepreneuriales à la formation des chirurgiens-dentistes se trouve augmentée par un besoin de développement de compétences réelles en gestion des ressources humaines et en pilotage d'équipes. L'accroissement de la taille

des équipes dentaires fait naître un besoin accru de coordination efficace, d'autant plus important que la moindre appétence au statut libéral des jeunes générations de praticiens implique des relations hiérarchiques entre pairs. Des compétences relationnelles mettant le « praticien pilote » en capacité de tenir le rôle de chef de TPE (très petites entreprises) et favorisant l'acceptation d'un modèle d'activité coordonnée par les autres praticiens comme les salariés doivent être assimilées.

Quatre pistes d'action peuvent être envisagées pour faciliter la construction d'une réelle culture de l'équipe dentaire managée :

1. établir un référentiel de pratiques organisationnelles à partir de l'analyse d'entreprises de branches ayant des entreprises de taille similaire. L'objectif est de pouvoir repérer et mettre en place les dispositifs permettant de transmettre les compétences nécessaires ;

“

Les deux scénarios prospectifs anticipent un accroissement du nombre de salariés au sein de la branche.

—

2. encourager le Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux (FIF-PL) à sensibiliser les praticiens à l'utilité de formations poussées dans le domaine des ressources humaines. Des interventions thématiques de praticiens témoins dans le cadre de congrès et colloques peuvent être porteuses ;
3. systématiquement rapprocher les facultés de chirurgie-dentaire et les écoles d'assistantes dentaires sur des modules d'enseignement de la gestion des ressources humaines et de la gestion d'entreprise. À défaut, construire des modules de formations communes pris en charge par les fonds de formation propres aux employeurs et aux salariés. L'objectif est de construire un ensemble de connaissances communes aux professionnels qui seront au cœur de l'activité des futurs cabinets, tout en générant une habitude de proximité relationnelle ;
4. évaluer les potentialités de développement de la pratique dentaire sous statut salarié au sein des cabinets libéraux et interroger l'intégration des praticiens salariés à la convention collective. La dynamique des regroupements de chirurgiens-dentistes pourrait ainsi s'en trouver facilitée.

“
L'assistante dentaire a moins de compétences multiples à déployer au profit d'un renforcement des compétences directement liées au soin.”

“
Les scénarios impliquent une distinction opérationnelle entre différents pôles de fonctions au sein des cabinets.”

► REGROUPER LES FONCTIONS AU SEIN DE GROUPES DÉFINIS

Les scénarios impliquent une distinction opérationnelle entre différents pôles de fonctions au sein des cabinets. Elle permet d'optimiser la disponibilité de chaque professionnel sur son cœur de métier et limite ainsi les coûts de coordination, les doublons et les anomalies consécutifs à une gestion par défaut du temps alloué aux tâches. Chaque pôle regroupe des personnels spécifiquement dédiés.

À l'horizon 2025, une segmentation minimale est envisagée. Elle dresse une frontière entre :

- les tâches directement liées au plateau technique du cabinet. Elles englobent, notamment, le support direct aux soins au fauteuil, la stérilisation, l'information et l'éducation des patients à la santé bucco-dentaire, la mise à jour des plans de soins, la gestion du matériel et des fournitures de soin. Ces tâches sont du ressort exclusif des assistantes dentaires ;
- les tâches à dominante administrative venant en support de l'activité. En plus de la réception des patients, ces tâches incluent la rédaction des devis, la tenue des plannings, le suivi des dossiers patients en lien avec les plans de soins, la réalisation des opérations comptables et administratives courantes.

Dans cette configuration, l'assistante dentaire a moins de compétences multiples à déployer au profit d'un renforcement des compétences directement liées au soin. Cette dichotomie organisationnelle répond à l'inflation administrative et la multiplication des interactions avec les organismes d'assurance qui participent de la dégradation ressentie du métier. En revanche, au regard des scénarios, la position intermédiaire de l'aide dentaire est remise en question et une réorientation vers l'un des pôles semble nécessaire.

Trois pistes d'action sont proposées :

1. sensibiliser les praticiens en activité et en cours de formation à la plus-value générée par l'emploi de personnel dédié aux tâches de support non-technique. La promotion de démarches d'audit et la diffusion de cas types mettant en perspective un chiffrage de l'impact économique sur les cabinets constituent des leviers envisageables ;



2. évaluer l'opportunité de réorienter le métier d'aide dentaire vers des fonctions essentiellement centrées sur l'administratif et le secrétariat. Le cas échéant, une réflexion sur le développement d'une formation au secrétariat dentaire ou l'inclusion d'options spécifiques au titre interprofessionnel de secrétaire technique peut être engagée. La réflexion doit être menée comparativement aux potentialités d'une spécialisation dans les tâches de stérilisation et de magasinage dans la périphérie du plateau technique ;
3. limiter la multiplication des tâches et des fonctions prises en charge par les assistantes dentaires en les recentrant sur l'assistantat aux soins et à leur périphérie directe.

► FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT D'OPTIONS DE SPÉCIALISATION POUR LES ASSISTANTES DENTAIRES

La spécialisation des assistantes dentaires répond à un besoin patent de compétences spécifiques et parfaitement maîtrisées ainsi qu'à la demande d'une évolution possible du métier autre que dans le seul domaine de l'orthodontie dento-faciale. Le projet de titre d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2 (ADQ2) est une solution visant ce double objectif. Il est un vecteur d'accroissement de la mobilité professionnelle intra-entreprise et intra-branche, d'optimisation économique du temps de soin des chirurgiens-dentistes et, pour les cabinets ne parvenant pas à fédérer plusieurs praticiens, il permet aux chirurgiens-dentistes isolés de bénéficier d'un renfort dans la pratique des soins de

base, sous réserve de la disponibilité d'un fauteuil.

En revanche, des craintes émergent : un risque inflationniste lié à la valorisation salariale induite par la qualification supplémentaire, le rejet des tâches trop éloignées du soin par les ADQ2, la dévalorisation de « l'assistantat de niveau 1 » et, à terme, sa disparition sont redoutés. Pour autant, ces éléments peuvent être évalués objectivement et, le cas échéant, contrôlés par des dispositions raisonnées.

Mais les évolutions envisagées par les scénarios appellent à enrichir ce dispositif en articulant trois objectifs : une plus grande adaptabilité du métier à la forme et à l'orientation technique de chaque cabinet, la réponse au besoin de mobilité des salariés et la différenciation qualitative des cabinets dentaires au sein de l'offre de soins. Une approche modulaire de la qualification des assistantes dentaires semble alors pertinente.

Dans l'esprit des démarches engagées pour le titre de l'ADQ2 et en s'appuyant sur l'existant – la mention ODF –, un schéma de spécialisation est envisageable. Il s'agit d'articuler des mentions de spécialisation autour du socle que constitue le titre d'assistante dentaire actuel. Cette possibilité est d'ailleurs laissée ouverte par la convention collective nationale (article 2.5.1. de l'annexe I). Il est donc envisageable d'articuler des mentions acquises soit par un dispositif comme le plan de développement des compétences, soit dans le cadre de la promotion par alternance (Pro-A).

“

Articuler des mentions de spécialisation autour du socle que constitue le titre d'assistante dentaire actuel.

”

Avec l'accroissement des normes et la multiplication des procédures, les compétences maîtrisées par des profils purement administratifs sont plus valorisables pour les cabinets.



Le modèle proposé articule quatre mentions venant se greffer sur le socle des compétences du titre d'assistante dentaire augmenté d'une délégation des actes de radiologie :

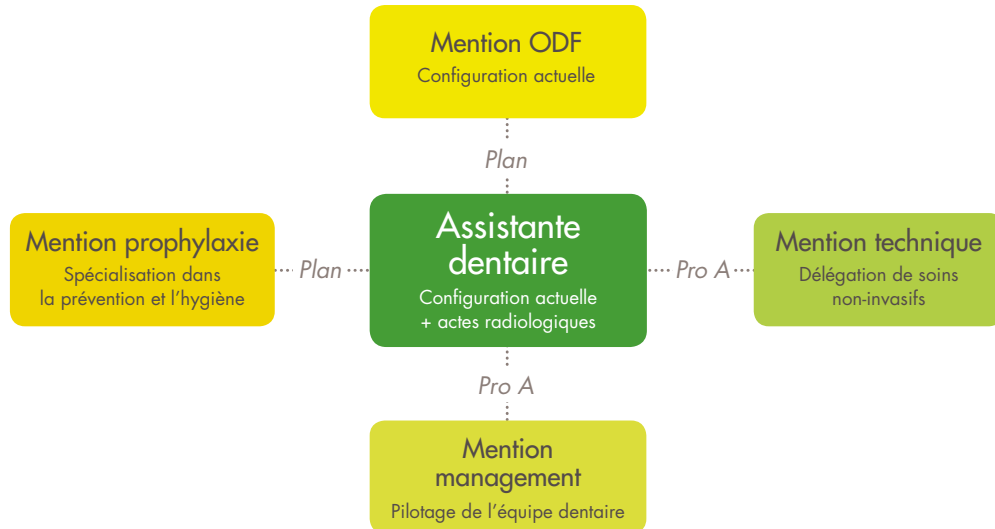
- la mention ODF reste inchangée. Elle répond efficacement à un besoin effectif et son inscription dans un plan de développement débouche sur des résultats opérationnels ;
- la mention technique est spécifique ment dédiée à la délégation des soins non-invasifs sur tissus sains telle que prévue dans le projet de l'ADQ2. Une alternative de dominantes pourrait être utilement prévue : omnipratique et ODF. Les compétences sous-jacentes induisent une formation longue pouvant être déployée dans le cadre de la Pro-A ;
- la mention prophylaxie permet la spécialisation dans la formation à l'hygiène, l'éducation thérapeutique et la nutrition. Les compétences développées permettent d'identifier les déficiences en matière d'hygiène bucco-dentaire, d'accompagner le patient dans un programme d'amélioration, d'enseigner des pratiques adaptées à des publics particuliers (enfants, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie chronique, etc.). Des missions en milieu scolaire, en EHPAD ou auprès d'institutions assimilées peuvent être effectuées. Un plan de développement des compétences articulant une série de stages semble être le dispositif approprié pour cette mention ;
- la mention management donne les compétences clés du pilotage de l'équipe dentaire. Dans des cabinets de taille croissante, la fonction de management devient essentielle sous peine de voir les coûts de transaction obérer les résultats économiques et la qualité des soins. Le dispositif de la Pro-A est préconisé pour la validation de la mention.

Le renforcement des compétences administratives doit prioritairement être proposé aux personnels administratifs. Avec l'accroissement des normes et la multiplication des procédures, les compétences maîtrisées par des profils purement administratifs sont plus valorisables pour les cabinets.

Afin de favoriser la construction d'un modèle modulaire de formation, trois préconisations sont formulées :

1. agir au niveau législatif pour permettre aux assistantes dentaires en exercice d'accéder à la validation des compétences ouvrant droit à la réalisation des actes de radiologie bucco-dentaire et l'intégrer aux domaines d'apprentissage devant être validés pour l'obtention du titre. Un rapprochement avec les facultés de chirurgie dentaire peut être envisagé ;
2. réaliser une analyse comparative raisonnée des qualifications, compétences et modes de formation des assistantes dentaires dans les systèmes allemand, suisse, autrichien et canadien. Les modèles sous-jacents doivent être analysés selon une grille de lecture intégrant des critères objectifs de comparaison juridiques, sociaux, organisationnels, économiques et fonctionnels. Les résultats permettront d'orienter efficacement l'élaboration d'un système de spécialisation modulaire ;
3. mobiliser les représentants des professionnels, des organismes de formation et des Pouvoirs publics dans le cadre d'un atelier de travail ou d'un congrès dédié à l'élaboration d'un modèle de formation modulaire de l'assistante dentaire de demain. La contribution de spécialistes du droit de la santé et de représentants professionnels européens serait souhaitable. L'objectif est de promouvoir la réflexion sur l'évolution du métier au travers d'un événement fédérateur, tout en collectant la matière venant nourrir l'élaboration d'un projet robuste de transformation du modèle de formation.

Articulation d'un dispositif de spécialisation modulaire de l'assistante dentaire



ANTICIPER AU-DELÀ DE 2025

Le passage à un horizon plus lointain impose d'élargir le cadre de réflexion et d'anticiper des enjeux dépassant le seul périmètre de la branche. D'une part, l'augmentation du nombre d'actifs par cabinets implique l'émergence dans la branche de métiers spécifiquement dédiés à la coordination des ressources humaines et au management. Les cabinets vont progressivement voir apparaître des besoins en personnels d'encadrement. D'autre part, la mobilité professionnelle devient un critère déterminant dans les choix d'emploi pour les nouvelles générations de praticiens comme de salariés des fonctions supports.

Cependant, la montée en régime des besoins en personnels d'encadrement va être très progressive et concernera uniquement les cabinets de grande taille. La création de dispositifs de formation dédiés au sein de la branche n'est donc pas envisageable. Mais, ces phénomènes sont transversaux à l'ensemble des branches de la santé et, plus généralement, des branches d'entreprises libérales.

Les besoins cumulés de l'ensemble des branches sont susceptibles de concerner un nombre assez important de salariés pour motiver la création d'un titre interprofessionnel de personnel d'encadrement. Le modèle du titre interprofessionnel de secrétaire technique de niveau IV option santé ou option cadre de vie est un précédent à considérer. Avec ce type de dispositif, la mobilité professionnelle est valorisée aussi bien dans la branche qu'en dehors.

La création d'un tel titre n'est naturellement pas du seul ressort de la branche. Cependant, la tendance est au rapprochement des branches libérales, au moins par grands secteurs. La branche des cabinets dentaires pourrait donc être force de proposition pour un enjeu de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en passe de devenir conséquent pour elle-même et qui va nécessairement impacter tous les secteurs libéraux.

“

La mobilité professionnelle devient un critère déterminant dans les choix d'emploi pour les nouvelles générations de praticiens comme de salariés des fonctions supports.

ÉTUDE FINANCÉE PAR L'OMPL ET COPILOTÉE PAR LA CPNE-FP DES CABINETS DENTAIRES LIBÉRAUX

Dans un contexte de transformation des professions du secteur santé, de questionnement du financement des soins et de resserrement du cadrage légal de l'activité, les partenaires sociaux de la branche des cabinets dentaires libéraux ont souhaité engager une réflexion prospective sur l'emploi les métiers et les compétences des salariés. Faisant suite à un portrait statistique détaillé, la présente étude vise à actualiser et enrichir la connaissance de la branche, identifier les évolutions actuelles et prévisibles auxquelles les entreprises devront faire face, construire des scénarios d'évolution de l'emploi et des compétences au regard des problématiques identifiées, et formuler des préconisations.

FINALITÉS

Les entreprises de la branche des cabinets dentaires libéraux évoluent dans un environnement marqué par de profondes mutations. Au-delà de l'évolution technologique qui impacte toutes les branches de la santé, les cabinets dentaires doivent composer avec l'évolution rapide des politiques de santé, la montée en charge d'acteurs extérieurs à la branche – offreurs de soins, financeurs et intermédiaires – et les mutations sociétales caractérisant les patients comme les professionnels. Si les paramètres économiques restent plutôt bien orientés, des questionnements émergent quant aux orientations pouvant être retenues concernant l'emploi, les qualifications et les formations.

Sur la base de ces éléments, la présente étude vise :

- dans un premier temps, à fournir, en complément du portrait statistique réalisé

en parallèle, un état des lieux du fonctionnement actuel des entreprises de la branche, une analyse de leur positionnement économique et une description des principales caractéristiques de leurs salariés ;

- dans un deuxième temps, à déterminer l'évolution prospective des activités des entreprises, de leurs métiers et de leurs compétences.

À cette fin, un panorama des facteurs de changement est proposé préalablement à l'examen de leurs possibles évolutions et de leurs effets sur l'emploi à l'horizon de cinq ans. Dans ce cadre, il convient de rappeler que « *ni prophétie ni prévision, la prospective n'a pas pour objet de prédire l'avenir – de nous le dévoiler comme s'il s'agissait d'une chose déjà faite – mais de nous aider à le construire* » (de Jouvenel, 2004)².

“

Au-delà de l'évolution technologique qui impacte toutes les branches de la santé, les cabinets dentaires doivent composer avec l'évolution rapide des politiques de santé.

2. Les noms et acronymes suivis d'une date renvoient aux entrées bibliographiques reportées à la page 76.

MÉTHODOLOGIE

L'étude est organisée autour du traitement de différentes sources d'information :

- les données de la Statistique publique produites par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), la DREES (Direction de la recherche, études, de l'évaluation et des statistiques) et la CNAM (Caisse nationale de l'Assurance maladie) notamment sont exploitées pour établir les constats initiaux et, le cas échéant, calculer des estimations lorsque l'information est tronquée ;
- une revue systématique de la littérature scientifique, académique et professionnelle permet d'étayer les analyses proposées, de formaliser les grandes tendances et de dégager des signaux faibles susceptibles de précipiter certaines mutations ;
- des groupes de travail prospectif et des entretiens individuels avec des représentants de la branche – salariés et employeurs – et des représentants d'organismes de formation ont été réalisés afin de cerner les enjeux inhérents aux politiques de développement de l'emploi et aux stratégies de formation des salariés ;
- des entretiens individuels avec des salariés et des employeurs ont conduit à la mise en perspective de ressentis contextualisés et à l'intégration des signaux faibles imperceptibles dans les autres sources d'information ;
- une enquête en ligne visant les professionnels – salariés et employeurs – et des personnes en cours de formation a été réalisée. 428 réponses exploitables ont été recueillies. La taille de cet échantillon ne permet pas d'assurer la significativité statistique des résultats au seuil d'erreur de 10%. Les données collectées ont donc valeur d'indications issues d'un coup de sonde. Elles permettent de moduler les enseignements tirés de l'analyse transversale des différentes sources d'information et de mettre au jour des attentes et des préoccupations exprimées par des professionnels de la branche ayant répondu.

L'analyse transversale des données et informations ainsi collectées permet de rendre compte de l'existant, de mettre en perspective les tendances et d'asseoir les trajectoires prospectives.

“

L'analyse transversale des données et informations collectées permet de rendre compte de l'existant, de mettre en perspective les tendances et d'asseoir les trajectoires prospectives.

PARTENAIRES DE L'ÉTUDE

Ce travail a été réalisé en coproduction. Les partenaires et copilotes de l'étude sont :

- l'OMPL ;
- la CPNE-FP des cabinets dentaires ;
- le cabinet Rapelli.

L'OMPL est le financeur de cette étude. Il est l'observatoire prospectif duquel relève la branche professionnelle. Il a une mission de production d'études sur les enjeux emploi-formation, notamment pour l'accompagnement des entreprises, dans la définition de leur

politique de formation, et des salariés, dans l'élaboration de leurs projets professionnels.

La CPNE-FP a assumé la responsabilité du pilotage de cette étude. Elle joue un rôle clé pour l'appropriation et l'exploitation par la branche, ses entreprises et ses salariés, des analyses proposées dans le rapport.

Le cabinet d'études et de conseil Rapelli a été choisi pour animer et produire la présente étude selon la méthodologie présentée ci-dessus.



LES CABINETS DENTAIRES LIBÉRAUX EN 2019

Les données compilées dans le portrait statistique de branche ont permis de décrire assez finement la configuration des entreprises et des emplois. Ces informations sont ici enrichies par des données actualisées et donnant une vue plus large de la branche dans son environnement. La place des cabinets libéraux dans l'offre de soins dentaires est précisée préalablement à l'analyse des aspects entrepreneuriaux, organisationnels et économiques qui les caractérisent. Cette approche permet de mettre au jour quelques tendances saillantes devant être intégrées à la réflexion prospective.

PRINCIPAUX ACTEURS DE L'OFFRE DE SOINS

L'offre de soins bucco-dentaires est assurée par trois principaux types de structures.

Les **établissements hospitaliers** dont l'activité dentaire se répartit entre :

- les services d'odontologie hospitalo-universitaires à vocation de formation. 16 établissements sont recensés par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD, 2019) ;
- les services assurant la permanence d'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de dispositifs associant un suivi médico-social des populations en situation de précarité. 17 établissements assurant une permanence sont recensés (AOI, 2019) ;
- les services de chirurgie maxillo-faciale qui peuvent proposer l'intégralité du panel de soins inhérents aux dents (odontologie, parodontologie et orthodontie).

En dehors des personnes hospitalisées nécessitant le recours à un plateau technique et des actes très lourds, l'offre de soins bucco-dentaires hospitalière est plutôt orientée vers des publics spécifiques présentant des vulnérabi-

lités socioéconomiques et/ou devant bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire au-delà du seul domaine odontologique. Par nature, les établissements hospitaliers sont hors du champ de la branche des cabinets dentaires libéraux.

Les **centres de santé dentaires** ou pluridisciplinaires intégrant une offre de soins bucco-dentaires. Ayant leur activité fondée sur une contractualisation avec les Agences régionales de santé, ces structures voient leur nombre progresser drastiquement³. Au 30 avril 2019, le nombre de centres de santé dentaires (hors centres pluriprofessionnels) métropolitains peut être estimé à 848 soit une progression de 113,1% par rapport à 2009. Il est à noter que 46,7% d'entre eux sont gérés par des sociétés mutualistes et 40,8% par des associations Loi 1901 non reconnues d'utilité publique. Les autres acteurs de ce segment sont essentiellement les régimes de Sécurité sociale et les collectivités territoriales (DREES, 2019c).



Le nombre de centres de santé dentaires (hors centres pluriprofessionnels) métropolitains peut être estimé à 848 soit une progression de

113,1%
par rapport à 2009.

3. Voir le portrait statistique pp. 14-15 (OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli, 2019).

Les centres de santé échappent donc très largement au champ de la branche. En 2018, seuls 78 centres de santé ont pu être repérés au sein des bases Actalians (2018)⁴ qui recensent les entreprises adhérentes de la branche.

Les **cabinets dentaires libéraux** appartenant à la branche professionnelle. Avec 30 536 cabinets en 2017 sur le territoire métropolitain selon les dernières estimations disponibles, ils sont à l'origine de la majorité de l'offre de soins bucco-dentaires (OMPL,

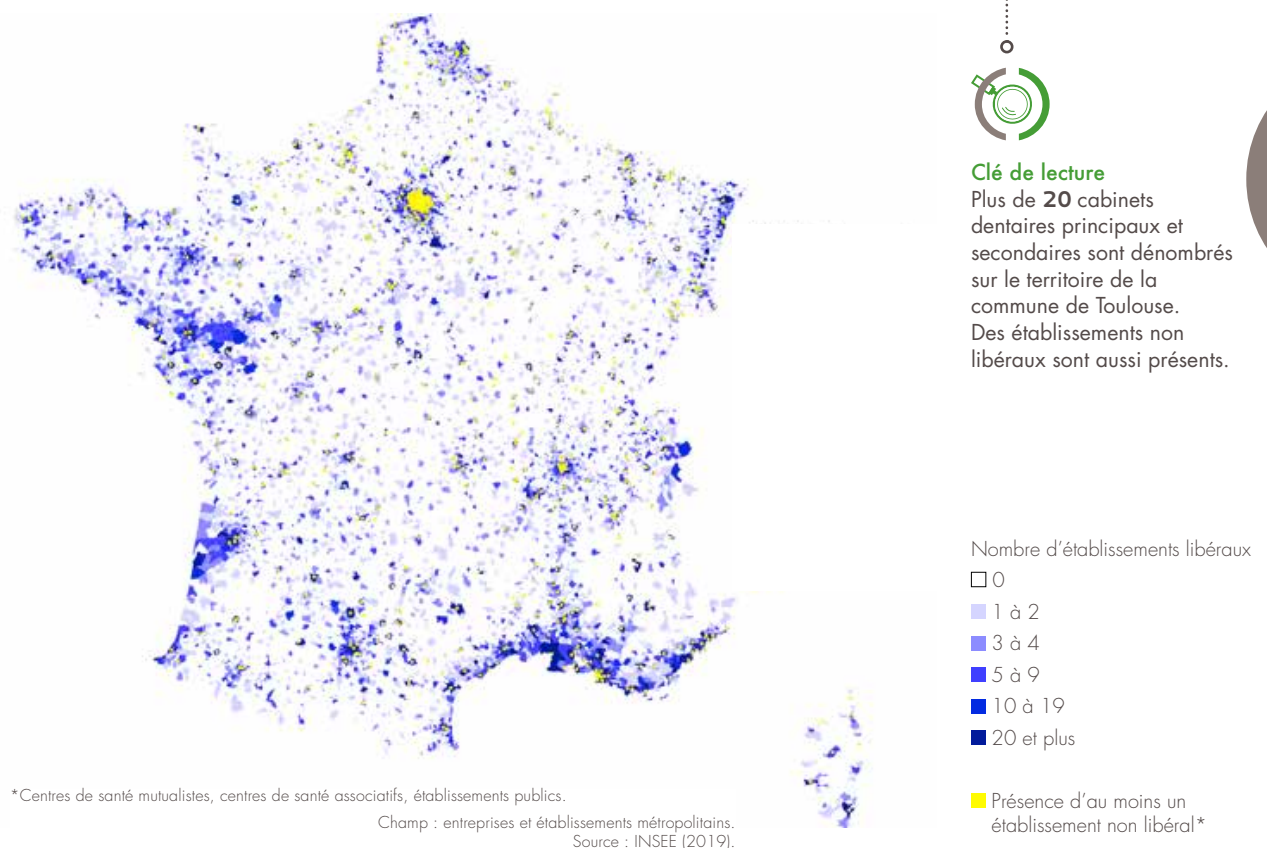
CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli, 2019). Le tissu entrepreneurial des cabinets dentaires est toutefois marqué par un repli du nombre de structures (-1,7% entre 2014 et 2017) sous l'effet d'un mouvement massif de regroupement des praticiens et, incidemment, du recul de l'exercice indépendant.

À l'image des autres branches de la santé, le maillage territorial de l'offre reste très parcellaire même lorsque les établissements non libéraux sont pris en compte (Figure 1).

“

Le tissu entrepreneurial des cabinets dentaires est toutefois marqué par un repli du nombre de structures sous l'effet d'un mouvement massif de regroupement des praticiens et, incidemment, du recul de l'exercice indépendant.

Figure 1 : Implantation communale des cabinets dentaires principaux et secondaires



4. Actalians était l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) des professions libérales avant la transformation des OPCA en OPCO (opérateurs de compétences) en application de la loi 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.



Le principe de liberté d'installation prévaut dans le secteur libéral. Toutefois, en respect du Code de déontologie dentaire, un praticien libéral ne peut pas prétendre à plus de deux exercices quelle qu'en soit la forme⁵. Sauf accord ordinal exceptionnel pour raisons médicoso-ciales, le cabinet dentaire peut être composé de deux établissements au maximum (un établissement principal et un secondaire). Avec 1 912 unités recensées, le nombre de cabinets libéraux secondaires reste ainsi très réduit (INSEE, 2019). Il faut souligner que la limite imposée par le Code de déontologie ne concerne pas les structures non libérales qui comptent 714 établissements pour 437 entreprises.

L'offre de soins bucco-dentaires est principalement présente sur les territoires urbains fortement peuplés. Ainsi, plus de la moitié des cabinets libéraux sont installés dans

une commune appartenant à une unité urbaine d'au moins 500 000 habitants (Tableau 1). À l'exception des centres de santé mutualistes, les établissements non libéraux sont encore plus fréquemment installés en territoire urbain à forte densité de population. Plus de huit centres de santé associatifs sur dix sont implantés dans une unité urbaine d'au moins 500 000 habitants, avec une prédominance du territoire parisien qui concentre 60,4% des structures. En l'état actuel des implantations, les structures non libérales ne semblent pas favoriser un rééquilibrage géographique de l'offre.

Tableau 1 : Répartition territoriale des cabinets dentaires principaux et secondaires (%)

Unité d'appartenance de la commune d'implantation	Cabinets libéraux	Centres de santé mutualistes	Centres de santé associatifs	Établissements publics	Ensemble
Rurale	6,9	3,0	1,3	1,1	6,8
Urbaine dont :	93,1	97,0	98,7	98,9	93,2
moins de 10 000 hbts	13,1	10,5	1,3	4,3	12,9
10 000 à moins de 100 000 hbts	23,2	44,8	5,4	29,0	23,3
100 000 à moins de 500 000 hbts	18,1	22,8	10,1	20,4	18,1
500 000 hbts et plus	38,7	19,0	81,9	45,2	39,0

Champ : entreprises et établissements métropolitains.
Source : INSEE (2019).



Clé de lecture

93,1% des cabinets dentaires libéraux principaux et secondaires sont implantés dans une commune appartenant à une unité urbaine. Les communes appartenant aux unités urbaines comptant au moins 500 000 habitants accueillent 38,7% des structures libérales sur leur territoire.

5. Articles R4127-271 et R4127-272.

UNE ENTREPRISE LIBÉRALE

L'introduction de la notion d'entreprise dans la qualification des cabinets dentaires libéraux n'est pas neutre. Certes, une partie des chirurgiens-dentistes revendique la dimension entrepreneuriale du cabinet en déplorant une formation très lacunaire en la matière (Yassine, 2017). Parallèlement, des manuels dédiés à la gestion entrepreneuriale du cabinet sont régulièrement publiés (Vassal, 2012; Bonnafous, 2014). Mais, la focalisation sur les composantes mercantiles de l'entrepreneuriat peut conduire au rejet de la notion au nom de la vocation médicale de l'odontologie (Cochet, 2010).

Les données de terrain confirment une conceptualisation ambivalente du cabinet par les praticiens. Ils sont partagés entre l'idéalisation de l'exercice d'une profession médicale et les impératifs qu'impose son exercice sous statut libéral.

« Le cabinet n'est pas une entreprise ! C'est une version très limitée, péjorative, qui renvoie l'activité commerciale... Mais il y a un problème idéologique parce qu'il y a la gestion du cabinet, la notion de recettes, la vente des prestations de soin... C'est une activité de santé commerciale quelque part. » Chirurgien-dentiste

« C'est une entreprise de santé. On a la gestion humaine, des stocks, de la patientèle, des emprunts. On a des objectifs. On fait des prévisionnels. On pilote une entreprise. Mais on est des praticiens. Des praticiens entrepreneuriaux. » Chirurgien-dentiste

Cette tension conceptuelle est transversale à l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête en ligne tant du côté des chirurgiens-dentistes que des salariés. Les deux qualifications des cabinets dentaires le plus souvent choisies sont « *entreprises médicales* » (36,7%) et « *cabinets dentaires* » (22,9%). Ces résultats illustrent la période de transition dans laquelle se situe la branche. Entre cabinets au sens traditionnel – lieu d'exercice d'une profession libérale – et entreprises positionnées sur un marché, une nouvelle identité est recherchée.

Toutefois, le cabinet dentaire est assimilable à une entreprise lorsque la dimension organisationnelle est retenue. En s'inspirant des définitions proposées par Cornu (2008, p. 364) et sans porter atteinte aux principes déontologiques encadrant la pratique de soins bucco-dentaires, l'entreprise est ici comprise comme un ensemble de moyens matériels et humains concourant à la réalisation d'un objectif donné sous contrainte économique. Cette conceptualisation organisationnelle est d'ailleurs transposable à toute entreprise libérale.

Dans le cadre du cabinet dentaire, elle rappelle l'importance de l'équipement. En toute généralité, un cabinet doit intégrer au moins neuf ensembles de matériels⁶ (Binhas, Kubler, & Petitjean, 2011) devant répondre à des normes techniques, d'utilisation et d'hygiène fréquemment renforcées par les autorités de santé (Offner, Wurtz, Foresti, & Musset, 2018).

“

Entre cabinets au sens traditionnel – lieu d'exercice d'une profession libérale – et entreprises positionnées sur un marché, une nouvelle identité est recherchée.

“

L'entreprise est ici comprise comme un ensemble de moyens matériels et humains concourant à la réalisation d'un objectif donné sous contrainte économique.

⁶. Le poste opératoire organisé autour du fauteuil, les systèmes de compresseurs, les dispositifs d'aspiration, les équipements de radiologie dentaire, le matériel de stérilisation, les équipements de nettoyage aux ultrasons, les éclairages, les outils numériques de type CEREC, les outils informatiques et bureautiques.

“
Les cabinets restent néanmoins de très petites structures. Près de 40 % des cabinets comptent un emploi salarié en équivalent temps plein.”

Il s'agit en outre de matériels dont la technicité ne cesse de progresser sous les effets conjoints de la miniaturisation, de la numérisation et du recours à des procédés et matériaux novateurs (Snitem & Comident, 2018).

En outre, la coordination de moyens humains est une réalité au sein des cabinets. De fait⁷ :

- l'actualisation des données du portrait statistique conduit à estimer que 76,7% des cabinets libéraux sont des entreprises employeuses ;
- 57,5% des chirurgiens-dentistes libéraux exercent dans le cadre d'une société ou d'un groupement.

Ces proportions tendent d'ailleurs à croître et témoignent de la généralisation d'une pratique dentaire reposant sur une équipe dans le cadre d'un regroupement de plusieurs praticiens plutôt qu'un exercice isolé. Les données de terrain montrent que l'idée est unanimement partagée par les répondants qui donnent une place prépondérante aux aspirations des nouvelles générations de praticiens :

« L'exercice en solo va complètement disparaître. Les jeunes ne veulent plus être seuls. Travailler seul fait peur. Il y a les contraintes administratives, légales, les normes comptables... Dans un cabinet, il faut au moins deux personnes avec une assistante qui fait aussi de l'administratif. »
Chirurgien-dentiste

“
« L'exercice en solo va complètement disparaître. Les jeunes ne veulent plus être seuls. Travailler seul fait peur. »

Les cabinets restent néanmoins de très petites structures. Près de 40 % des cabinets comptent un emploi salarié en équivalent temps plein (Figure 2). Ramenée aux seuls cabinets employeurs, cette proportion atteint 52,0%. Parallèlement, la forme juridique d'entreprise dominante reste encore l'entreprise individuelle mais elle perd chaque année du terrain au profit des sociétés et des groupements (OMPL, 2017). Elle est d'ailleurs fortement corrélée au nombre d'emplois salariés. De fait, l'entreprise individuelle ne représente que 23,9% des cabinets libéraux générant cinq emplois salariés ETP contre 74,7% de ceux en générant un seul. Toutefois, ce phénomène est commun à tous les secteurs d'activité puisque la constitution d'une société permet de limiter les risques patrimoniaux encourus par le chef d'entreprise tout en facilitant l'accès au financement par l'emprunt.



7. Les données sont issues du portrait de branche (OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli, 2019).

UNE ÉQUIPE ARTICULÉE AUTOUR DE L'ACTE

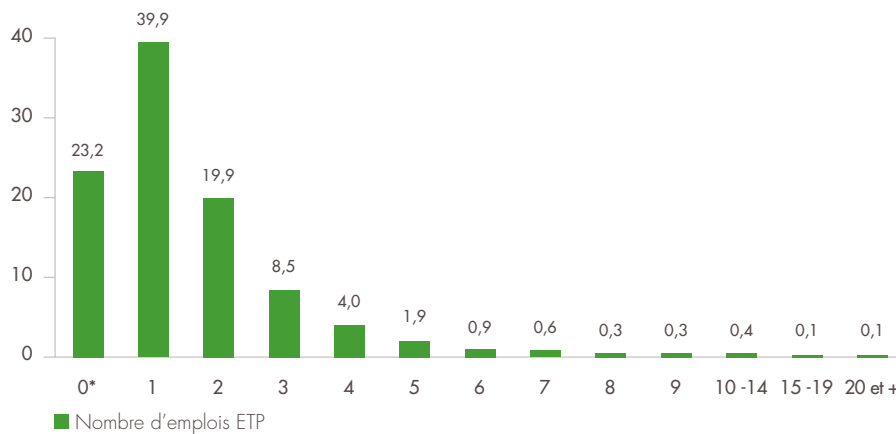
Du point de vue de l'emploi salarié et dans la majorité des cas, l'équipe dentaire est plutôt réduite (Figure 2). D'ailleurs, ce sont bien les petites structures qui concentrent

l'emploi salarié. Les cabinets comptant un à deux emplois ETP génèrent 52,2% des emplois salariés de la branche (Figure 3).



Les petites structures qui concentrent l'emploi salarié. Les cabinets comptant un à deux emplois ETP génèrent **52,2%** des emplois salariés de la branche.

Figure 2 : Répartition des cabinets libéraux en fonction du nombre d'emplois salariés ETP (% , 2018)



*Part de cabinets non employeurs estimée (OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli, 2019).

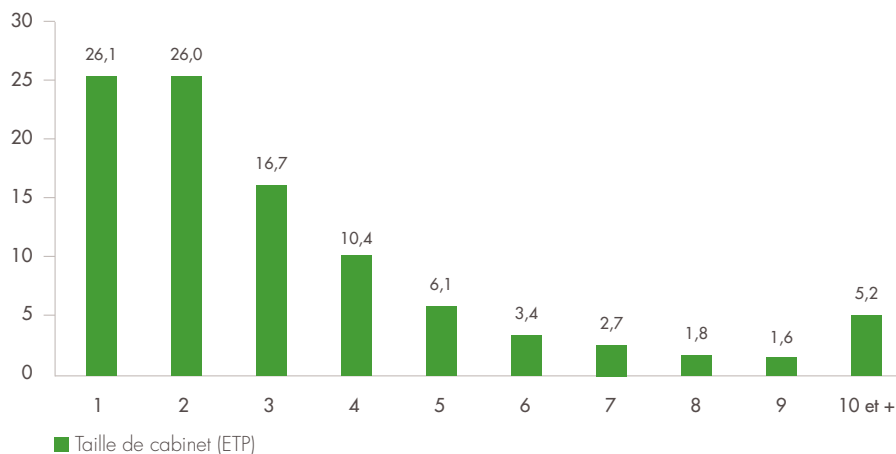
Champ : ensemble des cabinets dentaires libéraux métropolitains.
Source : Actalians (2018).



Clé de lecture

39,9% des cabinets dentaires libéraux comptent un emploi salarié en équivalent temps plein (ETP).

Figure 3 : Répartition des emplois salariés en ETP en fonction de la taille du cabinet (% , 2018)



Champ : cabinets dentaires libéraux employeurs métropolitains.
Source : Actalians (2018).



Clé de lecture

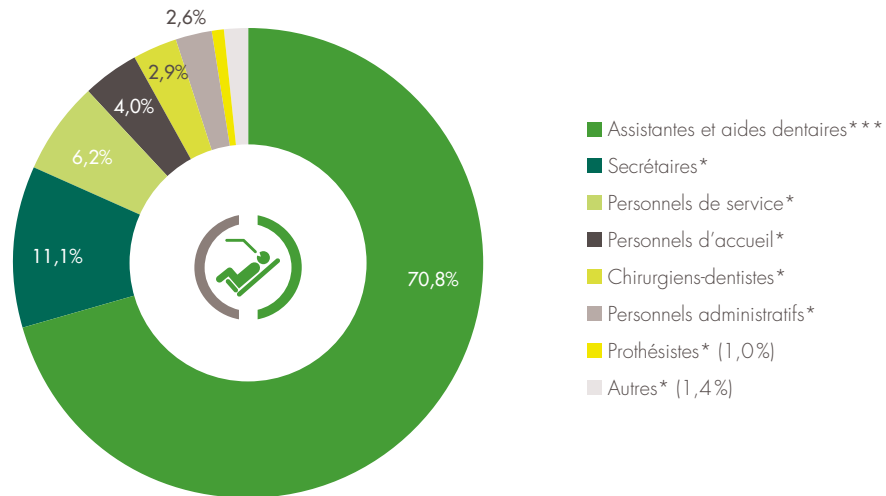
Les cabinets dentaires libéraux comptant un emploi salarié ETP concentrent **26,1%** de l'ensemble de l'emploi salarié ETP de la branche.

Comparativement, les cabinets employant plus de cinq salariés ETP accueillent moins de 10% des emplois salariés (Actalians, 2018).

Dans ce cadre, l'équipe dentaire type est composée d'un chirurgien-dentiste et d'une assistante ou d'une aide dentaire. Selon les dernières données disponibles, 70,8% des salariés des cabinets dentaires appartiennent en effet à la caté-

gorie des assistantes et aides dentaires (Figure 4). Il faut d'ailleurs noter qu'au sein de ce groupe, ce sont les assistantes dentaires qui dominent puisqu'elles représentent 85,1% des salariés de la branche formés en 2017 (OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli, 2019). Les autres catégories de salariés se rencontrent beaucoup moins fréquemment.

Figure 4 : Répartition des salariés par groupes professionnels (% , 2015)



Clé de lecture

La catégorie des assistantes et aides dentaires rassemble **70,8%** des salariés des cabinets dentaires libéraux.

Données d'enquêtes sur échantillon de 3 767 personnes. Seuils de confiance : *** 1,0% ; ** 2,5% ; * 5,0%.

Champ : salariés des cabinets dentaires libéraux métropolitains.
Source : INSEE (2018).

► L'ASSISTANTE DENTAIRE

L'assistante dentaire est une auxiliaire du chirurgien-dentiste dont la présence au sein des cabinets tend à se systématiser. Elle a la qualité d'auxiliaire de santé dont les modalités d'exercice sont précisées par le Code de la santé publique. Titulaire d'un titre d'assistante dentaire inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles reconnu niveau IV (équivalant au baccalauréat), elle a le plus souvent suivi une formation en alternance de 18 mois dans le cadre d'un contrat de professionnalisation⁸. Le titre est aussi accessible par le biais de la VAE (validation des acquis de l'expérience). Le référentiel de formation a été ramené de dix à huit domaines d'apprentissage devant être validés⁹ :

- connaissances générales de l'activité d'assistante dentaire ;
- relation-communication, éducation et promotion pour la santé ;
- gestion des risques infectieux et entretien du matériel ;
- gestion, transmission et suivi du dossier patient ;
- assistance au praticien ;
- examens complémentaires – gestes et soins d'urgence ;
- traçabilité et risques professionnels ;
- organisation du travail, pluriprofessionnalité, accompagnement des personnes en formation et en intégration.

Si, dans sa formulation, cette nouvelle version du référentiel de formation donne une place importante à la dimension médicale, il n'en reste pas moins que le détail des modules d'enseignement comme du référentiel de compétences montre toute la diversité des activités prises en charge quotidiennement par l'assistante dentaire (Corso-Scheer, 2014). Elle doit être à même d'assumer des rôles :

- de professionnelle de première ligne qui, en assurant la réception physique ou l'accueil téléphonique des patients et le secrétariat, est le lien direct et privilégié entre le patient et le praticien. Ce rôle est renforcé par sa participation à la sensibilisation des patients à l'hygiène bucco-dentaire et au respect des plans de soins ;
- de gestionnaire administrative de tous les domaines du cabinet intégrant la gestion des agendas, le montage et le suivi des dossiers patients, l'encaissement des honoraires, la comptabilité de trésorerie, le suivi administratif des travaux de prothèse, la gestion des stocks ;
- de technicienne maîtrisant le fonctionnement, la maintenance et la stérilisation de tous les équipements du cabinet ;
- d'auxiliaire directe du chirurgien-dentiste dans la préparation et la réalisation des soins en le déléstant des tâches connexes à l'acte odontologique (mise en place du champ opératoire, préparation et présentation des matériaux et instruments, aspiration, gestion du patient, assistance lors des actes de radiologie).



L'assistante dentaire a le plus souvent suivi une formation en alternance de 18 mois.

Le titre est aussi accessible par le biais de la VAE (validation des acquis de l'expérience).

8. Depuis le 1^{er} janvier 2019, la période de professionnalisation qui permettait aux salariés d'accroître leur niveau de qualification notamment par l'obtention d'un certificat de qualification professionnelle, d'un titre ou d'un diplôme à finalité professionnelle a été remplacée par le dispositif de la reconversion ou de la promotion par alternance (Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel).

9. Arrêté du 8 juin 2018 relatif à la formation conduisant au titre d'assistante dentaire.

“

Le détail des modules d'enseignement montre toute la diversité des activités prises en charge quotidiennement par l'assistante dentaire.

“

Les fonctions de l'assistante dentaire dans les domaines techniques, administratifs et relationnels revêtent une importance croissante.

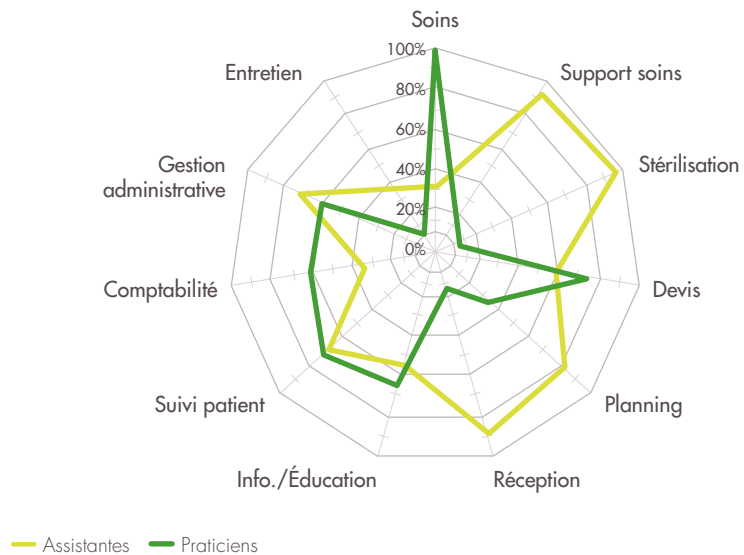
La polyvalence inscrite dans la nature même du métier d'assistante confère à ces professionnelles un rôle de plus en plus prégnant au sein des cabinets. Les avantages du « travail à quatre mains » sont largement mis en avant en termes d'ergonomie, d'atténuation du stress pour le praticien et d'accroissement qualitatif des soins. Mais, il faut aussi prendre en compte les composantes de l'activité hors soins. Synthétiquement, tout repose sur la possibilité pour le praticien de se concentrer sur l'acte en déléguant les tâches annexes et les activités de support. Or, l'avantage, si ce n'est la nécessité, de cette délégation tend à s'amplifier. L'accroissement des contraintes administratives, l'élévation des normes de sécurité et d'asepsie ainsi que la technicité croissante des protocoles de soins comme des matériels et des matériaux sont autant de tendances amenuisant la soutenabilité d'un exercice indépendant de l'odontologie (Corso-Scheer, 2014). Dans la pratique, des observations de terrain montrent d'ailleurs que les praticiens indépendants limitent leur activité aux actes ne présentant pas une trop grande complexité et excluent, notamment, l'implantologie ou les chirurgies difficiles (L'Hermite, 2018).

Les fonctions de l'assistante dentaire dans les domaines techniques, administratifs et relationnels revêtent donc une importance croissante. Ce phénomène est d'autant plus sensible que la qualité de l'entente entre l'assistante et le chirurgien est un paramètre déterminant dans la bonne réalisation des tâches sous-jacentes.

Incidemment, le contexte relationnel a des effets amplificateurs dont l'intensité est maximale lorsque l'assistante est la seule salariée du cabinet.

Les observations de terrain montrent toute la complémentarité de la répartition des tâches dans le binôme praticien-assistante et le polymorphisme des fonctions assumées par l'assistante (Figure 5). Deux pôles de tâches exclusives émergent. Au niveau du plateau technique, les tâches de support aux soins et la stérilisation constituent le noyau dur de l'activité des assistantes. Parallèlement, dans la sphère des tâches de support indirect, ce sont la réception des patients et la gestion du planning qui tendent à être du seul ressort de l'assistante. En revanche, des domaines partagés avec le praticien sont observés dans la gestion administrative, le suivi des patients et leur information/éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Si l'assistante peut intervenir dans le domaine de la gestion économique du cabinet (comptabilité, rédaction des devis), les tâches liées sont plutôt assumées par le chirurgien-dentiste. Il n'en reste pas moins que l'assistante est une professionnelle devant combiner de multiples compétences dans un environnement administratif, légal, technique et sociétal qui tend à se complexifier.

Figure 5 : Fonctions et tâches : exemple des répondants à l'enquête en ligne



Champ : Assistants dentaires et chirurgiens-dentistes ayant répondu à l'enquête en ligne, soit 265 et 161 personnes respectivement.
Source : Données d'enquête.



Clé de lecture

95,9% des assistants dentaires ayant répondu à l'enquête en ligne prennent en charge la stérilisation.

► L'AIDE DENTAIRE

La présence de l'aide dentaire au sein des cabinets est beaucoup plus marginale que celle des assistantes. Elles ne représentent ainsi que 2,3% des salariés de la branche formés en 2017 (OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli, 2019). Elles sont titulaires d'un CQP (Certificat de qualification professionnelle) acquis en 12 mois dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou de la promotion par l'alternance. Un parcours par VAE est aussi envisageable. La formation des aides dentaires est fondée

sur la maîtrise d'une partie des domaines d'apprentissage prévus pour l'obtention du titre d'assistante dentaire. L'aide dentaire doit ainsi être formée dans les domaines intégrant :

- la connaissance générale de l'activité d'aide dentaire ;
- la relation-communication avec le patient ;
- la gestion des risques infectieux ;
- la gestion, la transmission et le suivi du dossier patient ;
- les gestes et les soins d'urgence ;
- la traçabilité et les risques professionnels.



La présence de l'aide dentaire au sein des cabinets est beaucoup plus marginale que celle des assistantes. Elles ne représentent ainsi que

2,3%
des salariés.

“

Au regard de la répartition des cabinets par nombre d'emplois, il est probable que les postes dédiés au secrétariat, aux services d'entretien et, plus encore, d'accueil viennent en renfort du binôme formé par le praticien et l'assistante dentaire.

Dans la pratique, l'aide dentaire a la charge de tâches similaires à celles de l'assistante dentaire à l'exclusion légale des tâches nécessitant une présence dans la salle de soins au moment de la séquence opératoire (Corso-Scheer, 2014). En d'autres termes, les fonctions de l'aide dentaire sont restreintes aux activités excluant toute participation directe aux soins. Incidemment, les données d'Actaliens (2018) montrent que les aides dentaires sont plutôt présentes dans des cabinets de taille importante, relativement à l'ensemble des entreprises de la branche. Les cabinets qui les emploient comptent en moyenne 3,1 emplois ETP.

Au regard de la répartition des cabinets par nombre d'emplois (Figure 2), il est probable que les postes dédiés au secrétariat, aux services d'entretien et, plus encore, d'accueil viennent en renfort du binôme formé par le praticien et l'assistante dentaire. Néanmoins, dans le cas spécifique du secrétariat, les études de terrain montrent que les praticiens les plus âgés installés en zone rurale privilégient l'emploi d'une secrétaire à celui d'une assistante ou d'une aide dentaire (L'Hermite, 2018; OMPL, Média-T, 2019).

► LES PERSONNELS DE SUPPORT

Les emplois occupés par les autres salariés sont principalement liés aux postes de secrétariat, de service d'entretien et d'accueil. Cet ensemble représente 21,3% des effectifs salariés avec une prédominance des secrétaires (Figure 4). Les autres catégories de métiers se rencontrent beaucoup plus rarement.

L'absence de données précises ne permet pas de lecture fine de la place de ces emplois au sein des cabinets. Ainsi, il semble que le temps partiel soit surreprésenté pour les salariés les occupants mais les données issues des bases de l'INSEE (2018) ne sont pas statistiquement significatives¹⁰.



10. Selon l'échantillon retenu, le temps partiel concernerait 46,0% des secrétaires, 51,0% du personnel d'accueil et 86,7% du personnel d'entretien (INSEE, 2018). Au niveau de la branche dans son ensemble, seuls 38% des salariés travaillent à temps partiel (OMPL, 2017).

► UNE ÉQUIPE SOUDÉE ?

Si la cohésion de l'équipe dentaire est une condition naturelle du bon fonctionnement du cabinet comme de la délivrance de soins de qualité, son maintien semble constituer un point faible. En effet, un turnover important des personnels est traditionnellement mis en perspective tant dans les publications professionnelles que dans les approches académiques (Rémy, 2012; Cochet, 2018; Noguera & Tronc, 2019). Les entretiens personnels réalisés dans le cadre de la présente étude tendent à conforter l'existence d'un renouvellement trop récurrent des salariés et plus particulièrement des assistantes :

« Ce que l'on observe avec les assistantes, c'est environ sept ans de fidélité. »
Chirurgienne-dentiste, représentante patronale

« Dans ma région [bassin bordelais], on voit une augmentation du turnover à trois-quatre ans. » *Assistante dentaire*

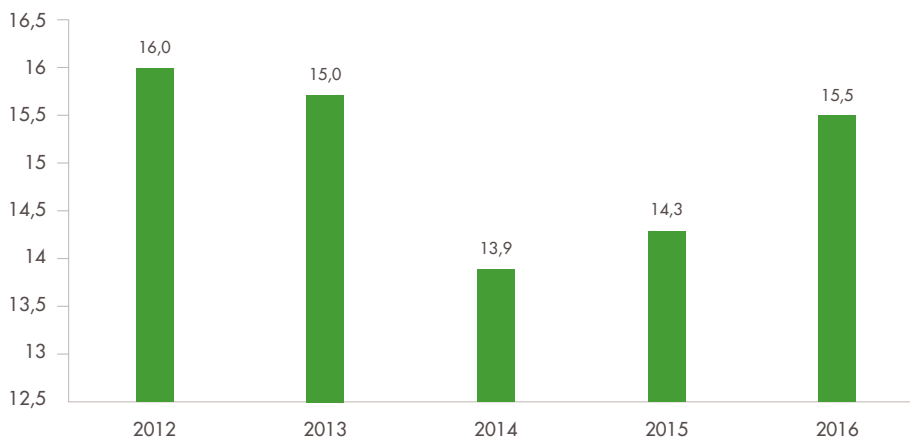
Bien que l'expression du vécu fasse émerger des mesures temporelles – au demeurant très différentes –, la quantification de ce turnover reste lacunaire quelle que soit la source d'information retenue. Toutefois, les données du Baromètre de l'OMPL (2019) montrent que, s'il est assez variable depuis 2012, le turnover atteint des valeurs habituellement considérées comme un critère d'alerte en sciences de gestion. En croissance régulière depuis 2014, il est en effet supérieur à 15,0% en 2016 (Figure 6).



En 2016, le turnover, en croissance régulière depuis 2014, est supérieur à

15%

Figure 6 : Turnover annuel des salariés de la branche (%)



Champ : salariés des cabinets dentaires libéraux sur le territoire national.
Source : OMPL (2019).



Clé de lecture

Au cours de l'année 2016, le turnover a atteint **15,5%**.

Au niveau de la branche comme des entreprises, ce rythme de renouvellement des personnels est susceptible de faire émerger des coûts induits importants en termes de démarches de recrutement, de formation, de gestion des cabinets et de relationnel à la patientèle. Mais il est surtout révélateur de défauts dans les vecteurs de fidélisation des salariés.

Pour autant, la qualité de vie au travail (QVT) ne semble pas pouvoir être remise en cause. En effet, les travaux de l'OMPL (2018) montrent que les indicateurs QVT dans les cabinets dentaires atteignent des niveaux supérieurs à ceux constatés pour l'ensemble des branches de secteur santé étudiées par l'Observatoire (Figure 7). En d'autres termes, les principaux indicateurs de la QVT semblent invalider les causes premières de turnover généralement envisagées : de mauvaises conditions de travail, un trop grand stress et un climat social dégradé. En outre, la rémunération médiane de la catégorie socioprofessionnelle dominante reste supérieure à celle observée dans des branches connexes¹¹. Si l'appréciation de la rémunération est sujette à d'importantes variations individuelles, son niveau ne constitue pas a priori un facteur déterminant du turnover de la branche. D'ailleurs, elle ne serait pas la première préoccupation des assistantes (Lévi & Cohen, 2018).

En revanche, le score relativement plus faible obtenu pour l'indicateur des facteurs de stress fait émerger une piste de réflexion.

Parmi les 33 composantes de la mesure de l'impact du stress sur la QVT, trois items se distinguent par des scores assez faibles : la reconnaissance au travail, la visibilité de l'évolution professionnelle ou hiérarchique et la capacité à s'adapter aux exigences de son emploi. Ces éléments convergent vers une des causes jouant traditionnellement dans l'accroissement du turnover : un manque de perspectives d'évolution. À notre connaissance, il n'existe pas de données quantitatives rendant compte des trajectoires professionnelles individuelles des sortants de la branche qui pourraient étayer formellement la prégnance de ce phénomène. Néanmoins, deux éléments peuvent lui donner un relief supplémentaire.

D'une part, la répartition des entrants et des sortants par classes d'âge montre que le turnover est essentiellement déterminé par le comportement des salariés âgés de moins de 35 ans qui sont largement surreprésentés parmi les entrants et les sortants (Tableau 2). Les entrées de cette classe d'âge ne reflètent qu'en partie le renouvellement des générations et/ou la densification des équipes au sein des cabinets : elles visent essentiellement à combler les départs concomitants de jeunes salariés.

“

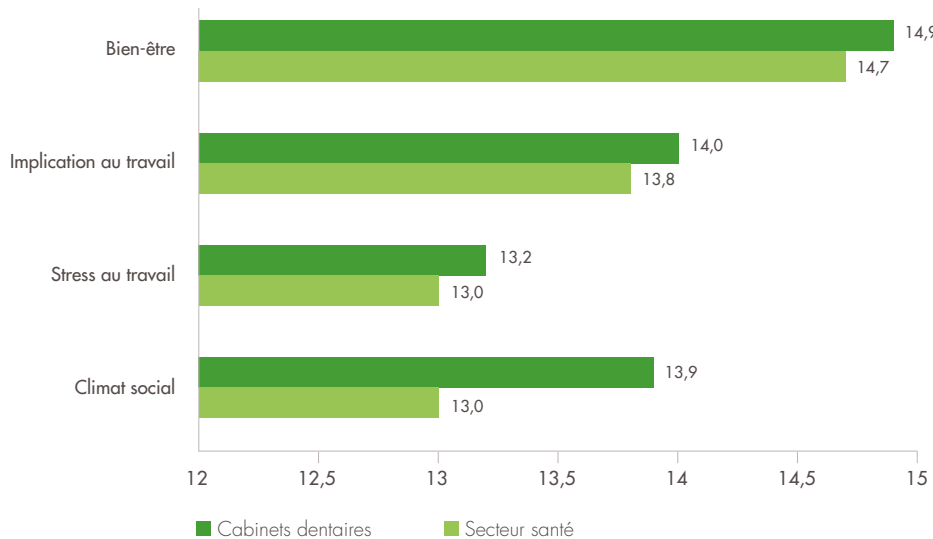
Les travaux de l'OMPL (2018) montrent que les indicateurs QVT dans les cabinets dentaires atteignent des niveaux supérieurs à ceux constatés pour l'ensemble des branches de secteur santé étudiées par l'Observatoire.

“

Parmi les 33 composantes de la mesure de l'impact du stress sur la QVT, trois items se distinguent par des scores assez faibles : la reconnaissance au travail, la visibilité de l'évolution professionnelle ou hiérarchique et la capacité à s'adapter aux exigences de son emploi.

11. Les employés représentent 89,4% des personnels des cabinets dentaires et leur rémunération médiane annuelle est estimée à 17 935 € contre 16 221 € dans les cliniques vétérinaires et 14 201 € dans la pharmacie d'officine (voir le portrait statistique de branche).

Figure 7 : Indicateurs de la qualité de vie au travail dans les cabinets dentaires (score sur 20 points)



Clé de lecture

L'indicateur de bien-être social atteint un score de **14,9/20** chez les salariés des cabinets dentaires contre **14,7/20** pour les salariés de l'ensemble des branches du secteur santé.

Champ : salariés des cabinets dentaires libéraux sur le territoire métropolitain, secteur santé du champ de l'OMPL (cabinets dentaires, laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers, cabinets médicaux, pharmacie d'officine et cliniques vétérinaires).
Source : OMPL (2018).

Tableau 2 : Répartition des salariés entrants et sortants par classes d'âge (2016)

	Salariés entrants	Salariés sortants	Ensemble des salariés
Effectifs	6 266	5 111	42 764
< 35 ans	57,5 %	6,5 %	30,8 %
35 à 49 ans	28,6 %	29,8 %	39,3 %
50 ans et plus	13,9 %	23,6 %	29,9 %



Clé de lecture

En 2016, **6 266** salariés sont entrés dans la branche. **57,5 %** d'entre eux étaient âgés de moins de 35 ans.

Champ : salariés des cabinets dentaires libéraux sur le territoire national.
Source : INSEE (2020).

“

Si le constat du turnover des salariés est partagé par l'ensemble des répondants, seules les assistantes placent l'absence de perspectives d'évolution comme principale motivation à la mobilité intra ou extra-brancher.

“

L'analyse des entretiens individuels met clairement en perspective un ressenti puissant de ce manque de perspectives d'évolution, notamment pour les assistantes dentaires.

Tout laisse à penser que chez ces jeunes salariés, après une période d'exercice dont la durée reste à évaluer, un phénomène d'insatisfaction générateur d'attrition émerge. Cette configuration est cohérente avec des perspectives limitées d'évolution. En effet, le manque de progressivité potentielle dans l'emploi peut être perçu comme l'existence d'un plafond de verre fondé sur une limitation des compétences. Or, cette limitation est mal acceptée par les nouvelles générations de salariés qui n'hésitent pas à abandonner un emploi ne leur donnant pas assez d'options dans ce domaine (Portela & Signoretto, 2017).

D'autre part, l'analyse des entretiens individuels met clairement en perspective un ressenti puissant de ce manque de perspectives d'évolution, notamment pour les assistantes dentaires. Les liens qu'il entretient avec la perception d'un important turnover sont immédiatement exprimés :

«*Moi, ce que j'observe, c'est qu'elles [les assistantes] ne voient pas leur avenir, il y a beaucoup de turnover. Il n'y a pas de reconnaissance des capacités et un gros décalage entre l'apprentissage et la pratique.* » **Assistante dentaire, représentante salariée**

«*Il y a une vraie demande chez les jeunes [assistantes] d'être mieux formées. De toute façon, changer de cabinet n'est pas un problème pour les jeunes.* » **Assistante dentaire**

«*À un moment, ce n'est pas possible d'évoluer. Je ne sais pas si je continuerai longtemps.* » **Assistante dentaire**

Il faut noter qu'une réelle asymétrie de perception a été constatée au cours des entretiens. Si le constat du turnover des salariés est partagé par l'ensemble des répondants, seules les assistantes placent l'absence de perspectives d'évolution comme principale motivation à la mobilité intra ou extra branche. Néanmoins, la sortie de la branche peut devenir une réelle épreuve du fait même des limites exprimées dans l'acquisition de connaissances.

«*C'est un métier bâtard : il n'y a pas d'évolution et ça ne mène nulle part si on ne peut pas trouver de cabinet ou on ne peut plus y travailler.* » **Assistante dentaire**

Si les lacunes du modèle managérial des cabinets dentaires sont au fondement de la plupart des analyses du turnover (Rémy, 2012 ; Cochet, 2018 ; Noguera & Tronc, 2019), les observations de terrain laissent à penser que le bornage des possibles dans le parcours professionnel des assistantes dentaires constitue un paramètre devant être systématiquement intégré à la réflexion (Lévi & Cohen, 2018). En effet, de bonnes conditions de travail et, incidemment, des indicateurs de QVT plutôt favorables ne peuvent pas garantir le maintien des salariés dans l'entreprise si ces derniers ne parviennent pas à s'épanouir par un enrichissement des compétences et leur reconnaissance.

Cet enjeu a été intégré par les représentants de la branche qui tentent de promouvoir et de faire institutionnaliser un diplôme d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2 (ADQ2). Le diplôme ouvrirait la voie à une délégation d'actes non invasifs sur tissus sains¹² en direction de l'assistante diplômée.

mée sous contrôle du chirurgien-dentiste. Le diplôme serait organisé sur la base d'une expérience professionnelle de trois années et la validation d'une formation en alternance de 800 heures sur deux années (Reuillon & Maire, 2019). Parallèlement aux opportunités d'évolution professionnelle vers le soin, l'ADQ2 ouvre la voie

à un rapprochement des pratiques avec celles observées au niveau européen. Néanmoins, les négociations avec les pouvoirs publics semblent longues et délicates (L'Information Dentaire, 2019).

LES INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Structure de soins de première ligne, les cabinets dentaires libéraux et leur activité n'en restent pas moins soumis aux dynamiques suivies par la demande de soins et les structures potentiellement concurrentes. En la matière, si la consommation de soins dentaires et sa structure sont caractérisées par des évolutions plutôt positives pour les entreprises de la branche, la montée en charge d'une concurrence extra-branche constitue l'une des principales mutations impactant de façon durable les trajectoires à venir.

► LA CONSOMMATION DE SOINS DENTAIRES

La consommation de soins dentaires est mesurée par une estimation de la dépense totale des patients. Son calcul repose sur la comptabilisation des dépenses remboursées

par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les financeurs privés regroupant, d'une part, les organismes d'Assurance maladie complémentaire (AMC) et, d'autre part, les patients. Néanmoins, à partir des données disponibles, la consommation totale ne peut être qu'estimée. En effet, avant 2020, la tarification des soins d'orthodontie débutés après 16 ans, de parodontologie et d'implantologie bénéficiait d'honoraires totalement libres¹³. Ils n'étaient pas inscrits dans la classification commune des actes médicaux et n'étaient pas remboursés par l'AMO. Seul l'AMC remboursait une partie de ces soins. La mesure de leur consommation est donc lacunaire et doit être considérée avec circonspection (DREES, 2018, p. 52). Incidemment, la consommation de soins dentaires n'est pas mesurée dans son intégralité.



Les prix des soins ont été tendanciellement orientés à la hausse entre 2008 et 2014 avec

+ 1,2%

de croissance annuelle en moyenne.

12. Les actes visés sont essentiellement le détartrage supra-gingival, la pose de sealants, la prise d'empreintes d'études, l'application de fluor, l'éclaircissement, la dépose de sutures ainsi que les radiographies.

13. La convention nationale des chirurgiens-dentistes publiée au Journal officiel du 25 août 2018 a prévu la mise en place d'une graduation de la prise en charge avec plafonnement des actes prothétiques à partir de 2020 (voir p. 53).

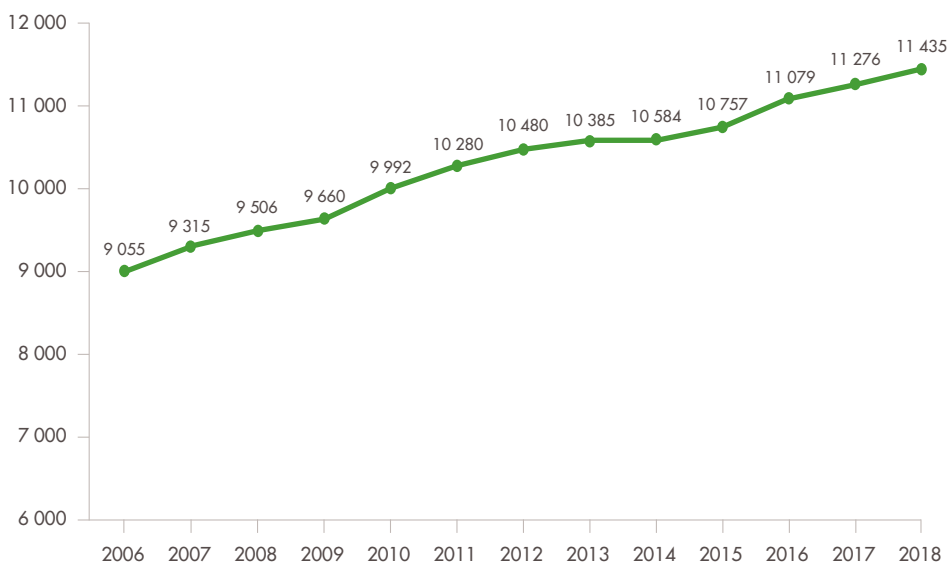
“

Un effet volume conséquent porte la croissance de la consommation de soins depuis 2015. En d'autres termes, le nombre d'actes connaît une réelle dynamique révélant une demande croissante.

Dans ce cadre, la partie observable de la dépense est en progression de 26,3% depuis 2006 pour atteindre 11,435 milliards en 2018 (Figure 8). Bien que les honoraires des cabinets dentaires mesurés soient constitués pour plus de la moitié par des dépassements par rapport aux tarifs opposables, cette croissance reste très sensible aux stratégies économiques retenues par l'AMO. Les prix des soins ont été tendanciellement orientés à la hausse entre 2008 et 2014 avec + 1,2% de croissance annuelle en moyenne (Figure 9). Les revalorisations

tarifaires de 2013 et 2014 suivies de la mise en place de l'application de la classification commune des actes médicaux ont favorisé un maintien de la progression des prix même si cette dernière s'est largement atténuée. En contrepartie, un effet volume conséquent porte la croissance de la consommation de soins depuis 2015. En d'autres termes, le nombre d'actes connaît une réelle dynamique révélant une demande croissante.

Figure 8 : Consommation annuelle de soins dentaires (millions d'euros)

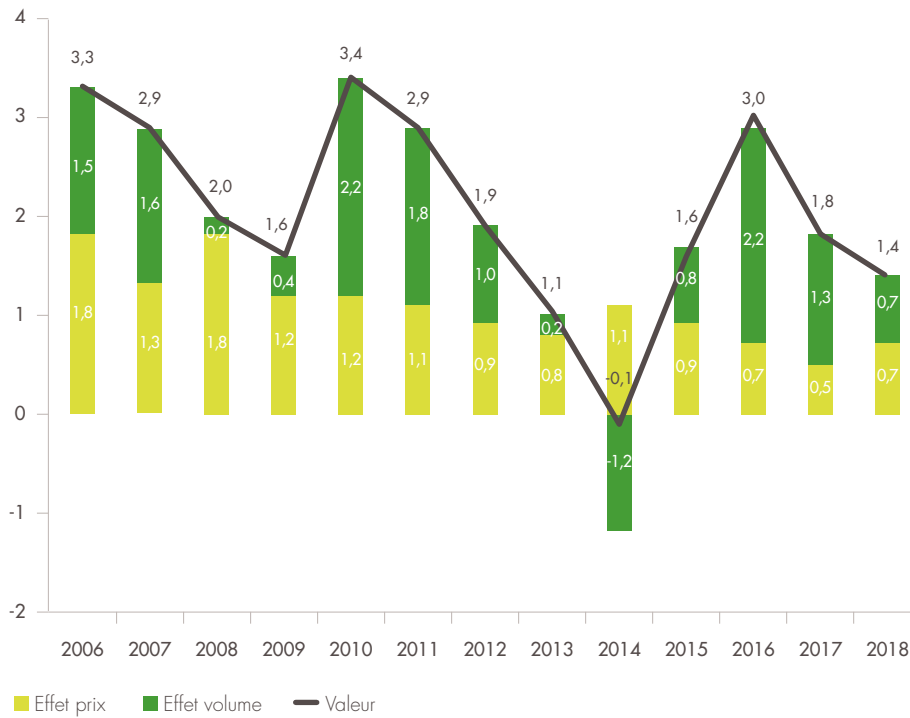


Clé de lecture

En 2018, la consommation de soins dentaires s'élevait à **11,435** milliards d'euros.

Champ : territoire national, dépenses en soins dentaires remboursées par l'AMO, l'AMC et estimation du reste à charge du patient.
Source : DREES (2019d).

Figure 9 : Décomposition de la variation annuelle de la consommation de soins dentaires (%)



Clé de lecture

Par rapport à 2017, la valeur mesurée en euros de la consommation de soins dentaires a progressé de **1,4 %** en 2018. Cette variation est expliquée à parts égales (0,7 point) par une augmentation des volumes de soins (le nombre d'actes facturés) et par la variation des prix des soins.

Champ : territoire national, dépenses en soins dentaires remboursées par l'AMO, l'AMC et estimation du reste à charge du patient.
Source : DREES (2019d).





En 2017, les soins dentaires, qui constituent le cœur de l'activité des cabinets, représentent

56,8%

► CROISSANCE DES SOINS CONSERVATEURS

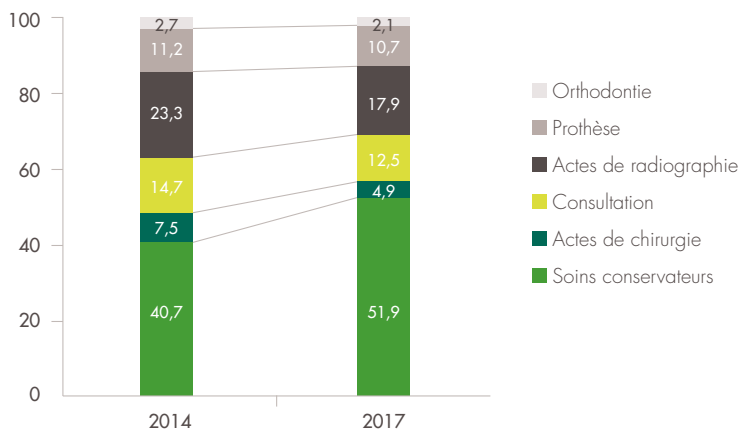
Il est traditionnellement admis que les sources du dynamisme de la demande se trouvent dans une sensibilisation directe à l'hygiène dentaire par des dispositifs institutionnels – comme MT Dents ou des plans d'actions régionaux (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2018) – et la valorisation individuelle de l'esthétisme dentaire (Rakotozafy, 2016). Ces composantes favorisent l'intensification des suivis, la régularité des consultations et, incidemment, l'offre de soins dentaires.

Mais, dans un contexte de compression des ressources financières de l'AMO, les orientations données à la politique de santé accentuent cette tendance. L'objectif est de favoriser la pratique des soins conservateurs pour limiter le recours aux actes prothétiques¹⁴. Corrélativement, les acteurs de

l'AMC développent des campagnes de sensibilisation à ces mêmes soins auprès de leurs assurés. Cette démarche est motivée par le renforcement des actions de prévention prévues par la loi¹⁵ parallèlement à la généralisation d'une couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés tout en faisant diminuer la probabilité globale de recours aux soins moins bien pris en charge par l'AMO.

Si l'effet particulier de ces différents mécanismes est difficilement mesurable, un effet global reste observable par le dénombrement des actes remboursables. En 2017, les soins dentaires, qui constituent le cœur de l'activité des cabinets, représentent 56,8% des 105,2 millions d'actes remboursables comptabilisés. Ils sont principalement dédiés aux soins conservateurs¹⁶ (51,9%), les actes chirurgicaux ne représentant que 4,9% de l'ensemble (Figure 10).

Figure 10 : Répartitions des actes des chirurgiens-dentistes libéraux (%)



Champ : territoire national, soins dentaires remboursables et actes de radiologie pratiqués par des chirurgiens-dentistes, tous régimes confondus.
Sources : Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, 2020a).



Clé de lecture

En 2014, les soins conservateurs représentaient **40,7%** de l'ensemble des actes remboursables pratiqués par les chirurgiens-dentistes libéraux. Cette part atteint **51,9%** en 2017.

14. Ces éléments sont développés p. 53.

15. En respect de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi à partir de 2016, au moins 2% des cotisations collectées par les assureurs sont investies dans des actions de « haut degré de solidarité », comme la prévention (Lesueur, 2019).

16. Les soins conservateurs ont pour objectifs de préserver et soigner la dent (détartrage, traitement de caries, pose de plombages, d'amalgames, d'inlays, d'onlays, etc.). Ils sont distingués des soins chirurgicaux qui concernent essentiellement les avulsions.

Par rapport à 2004, la part des soins conservateurs a progressé de 11,2 points alors que l'ensemble des autres catégories d'actes a connu un repli en proportion. Les soins conservateurs constituent donc un moteur de croissance en termes de volume d'actes.

La croissance du volume d'activité impacte naturellement les honoraires perçus par les chirurgiens-dentistes. Sur la période 2008 – 2018, le montant annuel moyen d'honoraires

générés par les soins remboursables a progressé de 19,3 % pour atteindre 274 696 € (Tableau 3). Néanmoins, les ressorts de cette croissance dépendent fortement de la spécialisation des praticiens. Alors que la multiplication des soins conservateurs favorise une progression des honoraires conventionnels plutôt modeste pour les chirurgiens-dentistes non spécialisés, les honoraires des dentistes spécialistes ODF sont largement valorisés par les dépassements (Figure 11).

Tableau 3 : Honoraires annuels moyens (milliers d'euros) et part des dépassements (%)

	2010	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Part des dépassements	49,6	50,3	51,7	52,3	52,8	52,9	52,5	50,4	50,9	50,9	50,7
Honoraires annuels moyens*	230,2	234,1	241,1	248,5	238,6	255,2	253,5	264,0	268,7	271,0	274,7

* Praticiens actifs à part entière (ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année).

Champ : territoire national, soins de dentistes remboursables effectués par des praticiens actifs à part entière (ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année).

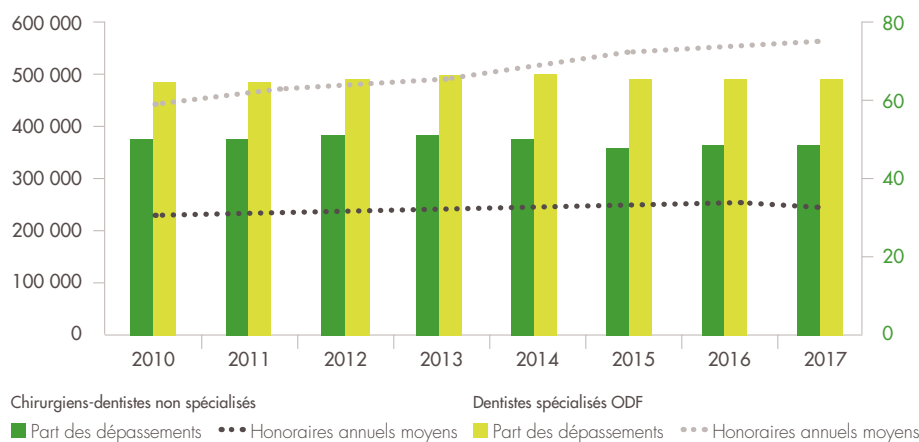
Source : DREES (2019d).



Clé de lecture

En 2018, les honoraires annuels s'élèvent à **274 700 €** en moyenne par cabinet. Les dépassements d'honoraires représentent en moyenne **50,7 %** de ce montant.

Figure 11 : Honoraires annuels moyens (€) et part des dépassements (%) selon la spécialité



Clé de lecture

En 2017, les honoraires annuels moyens des chirurgiens-dentistes non spécialisés atteignaient **244 653 €**. La part des dépassements dans ces honoraires étaient de **48,9 %**.

Champ : territoire national, montant annuel des honoraires totaux perçus par l'ensemble des dentistes libéraux, y compris dépassements d'honoraires et frais de déplacement.
Sources : CNAMTS (2020c).



Au sein des entreprises individuelles, les charges de personnels moyennes ont ainsi progressé, entre 2010 et 2018, de

16%

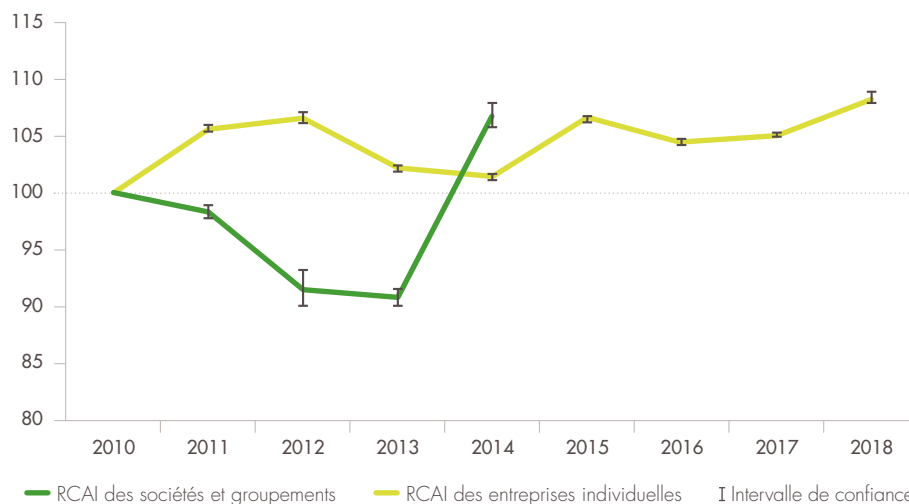
Au niveau global, les cabinets semblent être en mesure d'amortir l'impact des différents facteurs de variation des recettes. Malgré quelques données lacunaires, les estimations de revenus courants avant impôts moyens (RCAI)¹⁷ pour les entreprises individuelles et les sociétés laissent entrevoir des mouvements plutôt orientés vers la hausse depuis 2010 (Figure 12). Ainsi, en 2018, il a progressé de 8,3% pour les entreprises individuelles. Au cours de la période 2012-2014, marquée par un réajustement des tarifs opposables, une moindre croissance est observée mais une dynamique a été préservée (1,4%). En outre, ces fluctuations n'obèrent pas l'emploi salarié. Au sein des entreprises individuelles, les charges de personnels moyennes ont ainsi progressé de 16,0% entre 2010 et 2018 (Conférence des

ARAPL, 2019). Cette progression est en partie liée à la revalorisation de la grille salariale des personnels mais elle doit aussi être mise en relation avec la progression numérique de l'emploi salarié mise en perspective par le portrait de branche.

► L’AFFIRMATION DE CONCURRENCES EXTERNES À LA BRANCHE

Du point de vue entrepreneurial, l'activité des cabinets dentaires libéraux est caractérisée par une réelle résilience face aux aléas conjoncturels. Néanmoins, une approche en termes de marché met en perspective l'émergence de différentes formes de concurrences – plus ou moins interdépendantes – susceptibles de faire évoluer drastiquement les équilibres existants.

Figure 12 : Évolution du RCAI moyen des cabinets libéraux (base 100 en 2010)*



*Estimations au seuil d'erreur de 5% maximum. Données pour les sociétés et groupements non significatives à partir de 2015.
Sources : Conférence des ARAPL (2019), Bureau Van Dijk (2019).



Clé de lecture

En 2018, le RCAI des entreprises individuelles a progressé de **2,5%** par rapport à 2010.

17. Le RCAI donne une image de la rentabilité économique de l'entreprise en faisant la différence entre les charges et les produits hors opérations exceptionnelles et l'impôt sur les bénéfices (pour les sociétés) ou l'impôt sur le revenu (pour les entreprises individuelles). Il mesure l'activité normale de l'entreprise.



La première source de concurrence externe est matérialisée par **la place croissante prise par les centres de santé** dans l'offre de soins dentaires. Ces structures – très majoritairement hors du champ de la branche¹⁸ – sont, depuis plus d'un siècle, des acteurs du système de santé (Colin & Acker, 2009). Relativement discrets, notamment dans le périmètre de l'odontologie, les centres avaient pour vocation première la démocratisation de l'accès aux soins (Valougeorgis, 2019). Les centres dentaires ont reçu une attention soutenue à partir de 2009 avec la multiplication des structures *low cost* sous forme associative dont la gouvernance pouvait être assurée par des acteurs extra-médicaux et dont les contraintes de création avaient été simplifiées¹⁹. C'est dans ce contexte qu'ont pu se développer des chaînes de centres de type Dentexia qui ont dévoyé la finalité première du modèle (Daniel, Paris, & Vienne, 2016). Les défaillances mises au jour par la faillite de cette chaîne ont conduit à redonner un rôle de contrôle aux ARS (Agence Régionale de Santé), notamment en ce qui concerne le projet de santé

devant être suivi par les centres, par le biais d'une ordonnance de 2018²⁰. Pour autant, ce même texte accorde aux établissements de santé privés à but lucratif la possibilité de gérer des centres de santé afin de favoriser leur création et de renforcer l'accès aux soins de premier recours (Gey-Coué, 2018). Cette disposition est aussi la reconnaissance de la dimension entrepreneuriale des centres quand bien même le caractère non-lucratif de ces structures soit renforcé par des règles de fonctionnement inscrites dans le Code de la santé publique.

Le modèle des centres de santé et les innovations dont ils sont porteurs restent donc largement promus par les Pouvoir publics et leur rôle dans l'offre de soins s'en trouve renforcé. Ce phénomène, indirectement révélé par la progression notable du nombre de ces structures, s'exprime très concrètement au travers de la répartition des dépenses de soins dentaires remboursables en fonction des producteurs de soins hors établissements hospitaliers. Quel que soit le segment de soins considéré, la part des dépenses générées par les centres progresse au détriment de celle des cabinets libéraux.

“

La première source de concurrence externe est matérialisée par la place croissante prise par les centres de santé dans l'offre de soins dentaires.

“

Le modèle des centres de santé et les innovations dont ils sont porteurs restent largement promus par les Pouvoir publics et leur rôle dans l'offre de soins s'en trouve renforcé.

18. Voir p. 22 et la définition des centres dans le portrait de branche.

19. Cette possibilité a été ouverte par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi Bachelot.

20. Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.



Au cours de l'année 2019, la part de marché des centres de santé a atteint

12,1%

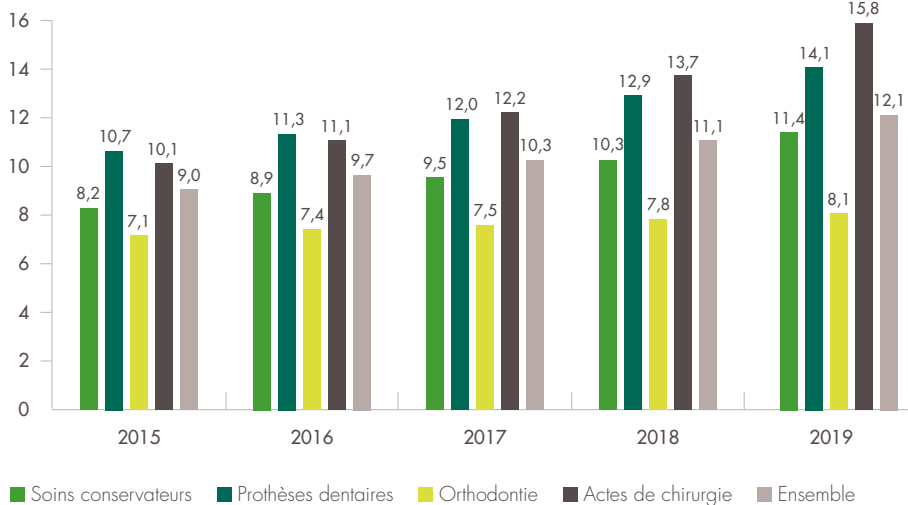
Globalement, ces dépenses ont augmenté de 46,6% depuis 2015 alors que l'ensemble de la dépense – générée par les cabinets libéraux et les centres de santé – a progressé de 9,8%. La part de marché des centres de santé a atteint 12,1% au cours de l'année 2019 (Figure 13). En cohérence avec la dimension et l'organisation des structures²¹, la progression est portée par les actes chirurgicaux et prothétiques mais le seuil des 10% de part de marché a été franchi en 2018 pour les soins conservateurs.

Selon toute vraisemblance, la pression concurrentielle des centres de santé devrait s'affaiblir. Leur développement est un des leviers de

la politique de santé visant à garantir un meilleur accès géographique, financier et social à des soins ambulatoires de proximité. À la suite des analyses de l'Inspection générale des affaires sociales (Georges & Waquet, 2013), ce principe reste l'un des principaux arguments retenus par les pouvoirs publics en faveur du développement des centres de santé. Il a ainsi été repris pour appuyer l'ordonnance de 2018²².

Bien que cette ordonnance leur interdise toute forme de publicité²³, il n'en reste pas moins qu'ils bénéficient, pour une partie d'entre eux, des recommandations des assureurs complémentaires mettant en avant

Figure 13 : Part des dépenses de soins dentaires remboursables générées par les centres de santé (%)



Dépenses en date de remboursement effectuées par le régime général de l'Assurance maladie hors versements aux établissements de soins publics.

Sources : CNAMTS (2020b).

Clé de lecture
En 2019, les centres de santé génèrent **11,4%** de la dépense en soins conservateurs remboursable.

21. Les observations de l'IGAS établissent une taille de quatre à cinq fauteuils par établissement (Daniel, Vienne, & Sivarajah, 2017). En outre, la coordination des établissements est systématiquement mise en avant par les acteurs mutualistes au niveau régional comme le font les membres du Réseau national des centres de santé mutualistes (www.centres-sante-mutualistes.fr).

22. Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

23. L'article L6323-1-9 de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé interdit explicitement « toute forme de publicité en faveur des centres de santé »

les réseaux de santé dentaires auxquels ils sont associés. Ce phénomène est d'autant plus prégnant que le rôle de l'AMC a été renforcé à partir de 2016 avec l'obligation faite aux employeurs de proposer une couverture complémentaire aux salariés quelle que soit la taille de l'entreprise²⁴. Or, la massification des contrats est un vecteur de développement intensif d'offres de prise en charge inclusive intégrant le maximum de services de soins et permettant un meilleur contrôle de la dépense. L'effet de ces stratégies commerciales reste difficilement mesurable mais il joue sans aucun doute dans la progression des centres de santé.

De manière plus directe, l'AMC est aussi associée à la stimulation de la concurrence par des acteurs externes à la profession. Ce phénomène est alimenté par l'**action des plateformes de santé** se positionnant à l'interface des acteurs de l'AMC, des praticiens et des patients. Synthétiquement, les plateformes nouent des conventions avec les cabinets dentaires – quelle qu'en soit la forme – fondée sur des prix négociés et des normes qualitatives. Les conventions sont valorisées auprès des acteurs de l'AMC qui sont alors en mesure de proposer à leurs assurés des soins de proximité dont les coûts et la qualité sont contrôlés. En retour, ce fléchage de la patientèle donne aux cabinets une ouverture sur une patientèle

potentiellement captive et incitée à recourir plus fréquemment aux soins. En outre, les avantages liés au tiers payant et à la dématérialisation simplifiée des relations avec les organismes d'AMC sont systématiquement mis en avant auprès des patients comme des praticiens.

Dans une certaine mesure, le phénomène semble être contenu. Selon l'IGAS, et malgré des données lacunaires, les plateformes ne généraient en 2016 qu'une part marginale des soins dentaires « de l'ordre de quelques dizaines de milliers de prises en charge par an » (Durand & Emmanuelli, 2017). Pour autant, elles semblent de plus en plus implantées dans l'environnement économique de la branche. Selon une enquête menée par l'IFOP (2017), 68% des chirurgiens interrogés déclaraient que certains de leurs patients avaient été démarchés par une plateforme de soins et 44% estimaient que des patients les avaient délaissés au profit d'un praticien partenaire d'une plateforme.

En outre, selon les informations institutionnelles diffusées par ces intermédiaires (Tableau 4), si le nombre de chirurgiens-dentistes ayant conclu un partenariat est globalement en progression, la dynamique bénéficie essentiellement à une plateforme : Carte Blanche Partenaires (CBP).



“ Selon l'IGAS, les plateformes ne généraient en 2016 qu'une part marginale des soins dentaires. ”

❶ Tableau 4 : Nombre de chirurgiens-dentistes partenaires des principales plateformes de soins

	Carte Blanche Partenaires	Sévéane	Kalivia	Santéclair	Itélis
2016	5 750	4 613	2 346	2 700	2 430
2019	7 800	4 500	3 200	2 500	2 500

Sources : Durand & Emmanuelli (2017), sites institutionnels des plateformes.



Clé de lecture
Le réseau Kalivia compte 3 200 chirurgiens-dentistes partenaires.

24. Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

“

Les gains – plutôt rapides – en termes de part de marché réalisés par les centres de santé doivent être considérés comme une tendance avérée.

%

2 454 patients français ont bénéficié de soins dentaires à l'étranger en 2018 soit une progression de

80,3%

par rapport à 2011.

Parallèlement, cette société revendique des accords avec 41 acteurs assurantiels. Ces quelques éléments laissent entrevoir un phénomène de concentration de l'activité d'intermédiation, d'autant plus qu'aucune information n'a pu être obtenue concernant le multiréférencement des praticiens. Un même praticien peut donc potentiellement être partenaire de plusieurs plateformes. Néanmoins, au regard des données disponibles, CBP aurait noué un partenariat avec plus de 22% des chirurgiens-dentistes libéraux.

Néanmoins, c'est dans le développement du tourisme dentaire que se trouvent, sans doute, les modèles les plus aboutis d'offre de soins associant cabinets dentaires et intermédiaires. Les informations concernant ce phénomène restent très lacunaires. Selon les données du Centre national des soins à l'étranger (2018), 32 454 patients français ont bénéficié de soins dentaires à l'étranger en 2018 soit une progression de 80,3% par rapport à 2011. Toutefois, seuls les patients bénéficiant d'actes pouvant prétendre à un remboursement au titre de l'AMO sont recensés. Ainsi, les patients ayant recours à des actes d'implantologie sont invisibilisés mais constitueraient une patientèle assez conséquente (Lousteau, 2017; Raullet, 2017). Incidemment, le tourisme dentaire est perçu comme un segment d'activité riche de potentiels et d'externalités économiques positives (Jurišić & Cegur Radović, 2017). Pour autant, si la recherche de gains économiques par les patients reste le seul moteur de croissance du tourisme médical, la concurrence des centres de santé nationaux pourrait ralentir le recours aux cabinets étrangers. Un manque de recul statistique peut interdire néanmoins toute analyse objective de cette éventualité.

Dans l'ensemble, l'impact de sources d'accroissement de la concurrence externe et interne à la branche est difficilement quantifiable au regard des données mobilisables. Néanmoins, les gains – plutôt rapides – en termes de part de marché réalisés par les centres de santé doivent être considérés comme une tendance avérée. Le développement des plateformes de santé dans le paysage de l'offre de soins dentaires peut encore être assimilé à un signal faible mais il ne faut pas négliger les potentialités de développement fulgurant à très court terme dont peuvent faire preuve les parties prenantes, qu'il s'agisse des acteurs de l'AMC ou des sociétés d'intermédiation.

Les gains en termes de part de marché réalisée par les centres de santé doivent être considérés comme une tendance avérée.



LES ÉVOLUTIONS DU CONTEXTE PAR RAPPORT À L'ÉTUDE PRÉCÉDENTE

En se fondant sur les tendances démographiques de fond retenues par la DREES, l'exercice prospectif précédent articulait des évolutions fondées sur une insuffisance du nombre de praticiens, une répartition territoriale inégale avec le développement de déserts médicaux, une baisse des emplois salariés liée à celle des employeurs et un basculement vers un métier d'urgentiste avec une dégradation sanitaire liée à une pénurie d'offre de soins. Depuis 2012, le contexte a fortement évolué. Si la configuration actuelle invalide les trajectoires fondées sur l'amenuisement du nombre de praticiens, les évolutions observées et anticipées restent cohérentes avec certaines composantes de l'analyse développée par la dernière étude prospective.

LE NOMBRE DE CHIRURGIENS-DENTISTES

À partir des évolutions constatées et des projections économétriques de la DREES (Collet & Sicart, 2007a), la précédente étude prospective donnait une importance particulière à la réduction du nombre de praticiens. Cette tendance devait en effet être prise en compte dans la mesure où une réduction de 45% du nombre de praticiens par habitant avait été anticipée à l'horizon 2030.

Trois conséquences majeures permettant de structurer les scénarios prospectifs envisageables avaient été retenues :

- à l'image du phénomène observé dans les autres segments d'activité libérale de la santé, la répartition territoriale des cabinets devenait très inégale. En particulier, les zones rurales connaissaient une raréfaction drastique des structures de

soins. La question de l'incitation au maintien ou à l'installation en zones sous-dotées était alors mise en perspective ;

- l'emploi salarié de la branche se trouvait directement menacé en raison de la fermeture de cabinets ne trouvant pas de repreneurs faute de nouveaux praticiens ;
- à demande constante ou croissante, la contraction de l'offre de soins impactait directement les comportements sanitaires du public. La difficulté d'obtention de rendez-vous favorisait un déficit de soins préventifs au profit d'un recours en urgence. La nature de l'activité des chirurgiens-dentistes et de leurs salariés s'en trouvait fondamentalement remise en question puisque l'organisation du cabinet devait muter en structure d'urgence.

“

La difficulté d'obtention de rendez-vous favorisait un déficit de soins préventifs au profit d'un recours en urgence.





Une progression naturellement portée par le nombre de chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes qui représentent

88,1%

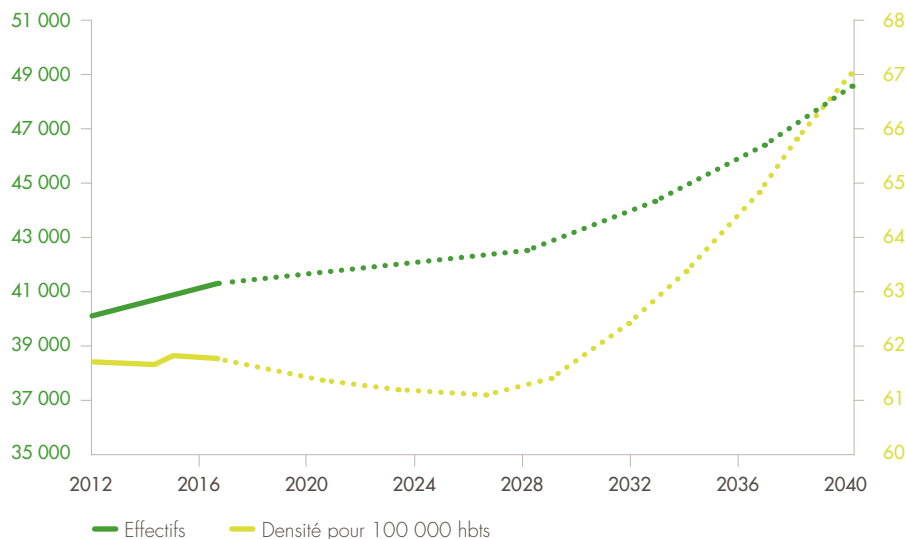
des praticiens en 2018.

Néanmoins, le recul du nombre de praticiens ne s'est pas poursuivi et, toutes choses étant égales par ailleurs, les nouvelles projections tendancielle de la DREES font état d'une progression de 18% du nombre de chirurgiens-dentistes à l'horizon 2040. Ce retournement de trajectoire est dû à la prise en compte du recul de l'âge de départ à la retraite des praticiens et, surtout, de la multiplication des installations de jeunes diplômés à l'étranger. Leur omission explique « pourquoi la baisse projetée dans le précédent modèle élaboré par la DREES en 2007 ne s'est pas produite » (Millien, 2017b, p. 4).

Selon le scénario tendanciel de la DREES, 48 800 chirurgiens-dentistes devraient être

en activité à l'horizon 2040 tous statuts confondus (Figure 14). La densité devrait atteindre 67,3 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, soit une progression de 8,9% par rapport à 2016. Cette progression est naturellement portée par le nombre de chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes qui représentent 88,1% des praticiens en 2018. Néanmoins, sur les 20 dernières années, la répartition par mode d'exercice met en perspective un recul de cette proportion qui s'établissait à 94,0% en 1999 (Figure 15). En d'autres termes, si le nombre de libéraux progresse depuis 2012, il n'en reste pas moins qu'une partie grandissante des nouveaux praticiens choisit le statut salarial.

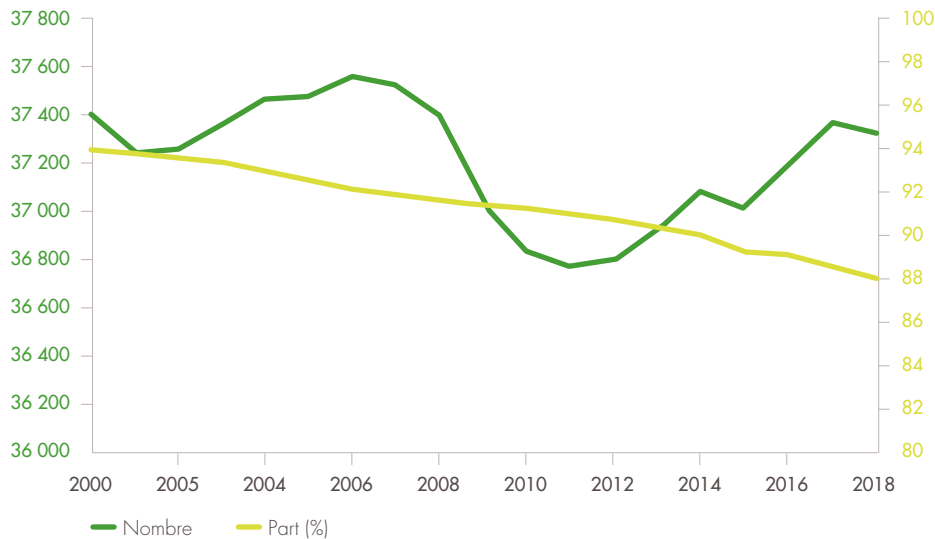
Figure 14 : Projection de la DREES pour les effectifs et la densité de chirurgiens-dentistes (scénario tendanciel)



Clé de lecture
Entre 2016 et 2040, le nombre de chirurgiens-dentistes en activité devrait passer de **41 200** à **48 000** selon le scénario tendanciel de la DREES. La densité pour 100 000 habitants passerait alors de **61,8** chirurgiens-dentistes à **67,3**.

Champ : Chirurgiens-dentistes actifs de moins de 71 ans tous statuts confondus, territoire national.
Source : Millien (2017b).

Figure 15 : Nombre et part des libéraux dans la population totale de chirurgiens-dentistes



Champ : Chirurgiens-dentistes libéraux et mixtes, territoire national.
Données rétrospectives sur la période 1999 à 2011 à partir des données Adéli.
Source : DREES (2019a).



Clé de lecture

37 308 chirurgiens-dentistes exerçant une activité libérale sont recensés en 2018. Ils représentent **88,1%** de l'ensemble des chirurgiens-dentistes tous modes d'exercice confondus.

Si le nombre de praticiens salariés hospitaliers a presque doublé en six ans, il reste relativement modeste (703 praticiens). En revanche, au sein des autres praticiens salariés, trois phénomènes sont repérés à partir des données disponibles sur la période 2014-2018 (DREES, 2019a) :

- les cabinets libéraux constitués en entreprises emploient un nombre marginal de praticiens salariés (143 en 2018) et cet effectif est en baisse (- 33,2%). Cette évolution est en partie liée au recul de ce type de cabinet ;
- les cabinets libéraux de groupe et en société emploient, eux aussi, un nombre réduit de praticiens salariés (314 en 2018) mais qui est légèrement orienté à la hausse (+ 7,25%). Bien que trop modeste en volume pour être assimilée à l'émergence d'une tendance, cette

évolution est un signal faible du développement des cabinets de taille très importante – comptant plus de 20 salariés ETP – au cours des 10 dernières années ;

- les centres de santé concentrent 78,5% des praticiens salariés hors hospitaliers et ce nombre a progressé de 24,9% en quatre ans. Les centres emploient ainsi 3 403 chirurgiens-dentistes salariés en 2018.

Incidemment, ces éléments sont un autre indicateur de l'importance croissante prise par les centres de santé dans l'environnement économique des cabinets dentaires. La progression du nombre de leurs praticiens salariés explique un peu plus de 60% de la croissance de 2,7% du nombre total de chirurgiens-dentistes tous modes d'exercice confondus entre 2014 et 2018. La progression des libéraux en explique 19,9%.



Si le nombre de praticiens salariés hospitaliers a presque doublé en six ans, il reste relativement modeste (703 praticiens).



L'entrée en activité de jeunes chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger devrait s'accroître annuellement jusqu'en 2022 pour se stabiliser en 2040 à

1 700



Sans diminution du numerus clausus, le flux d'entrées dans la profession devrait être plus important que le flux de sorties.

IMPACT DES NON-REPRISES LIMITÉ SUR L'EMPLOI SALARIÉ

Jusqu'en 2025, le nombre de cessations d'activité pour cause de retraite devrait s'accroître de près d'un tiers. Les générations formées jusqu'à la fin des années 1970 – période de numerus clausus élevé – arriveront en fin de carrière (Millien, 2017b). Dans le même temps, deux phénomènes viennent atténuer cet effet générationnel :

- les dispositions de la réforme des retraites de 2010²⁵ et l'assouplissement des conditions de cumul emploi-retraite²⁶ favorisent la prolongation de l'activité. De 2014 à 2018, la part des chirurgiens-dentistes en activité libérale ou mixte âgés de plus de 60 ans est ainsi passée de 19,1% à 21,0% (DREES, 2019a) ;
- l'entrée en activité de jeunes chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger devrait s'accroître annuellement jusqu'en 2022 pour se stabiliser à 1 700 en 2040.

Sans diminution du numerus clausus, le flux d'entrées dans la profession devrait être plus important que le flux de sorties. Les probabilités de reprise des cabinets s'en trouvent donc globalement accrues.

Néanmoins, cette probabilité est à minorer dans le cas des cabinets employant des salariés plutôt âgés. À montant de recettes et réputation donnés, « *la présence d'un personnel trop nombreux ou bénéficiaire d'une trop grande ancienneté* » est un désavantage comparatif certain dans le cadre d'une transmission de cabinet (Vassal, 2012, p. 158). Étant supposée une corrélation de l'âge des salariés à celui des praticiens, les difficultés de cession sont susceptibles de s'accroître pour les chirurgiens-dentistes âgés d'autant plus qu'ils prolongent leur durée d'activité.

L'ampleur du phénomène n'est cependant pas quantifiable puisque les données disponibles ne permettent pas d'étudier le lien entre l'âge du praticien et celui des salariés au sein d'un même cabinet. Il n'est d'ailleurs pas exclu que le vieillissement de la population des salariés²⁷ au cours des dernières années soit corrélé à celui des chirurgiens-dentistes.

25. Il s'agit principalement du recul de l'âge légal de liquidation anticipée des retraites de 60 à 62 ans.

26. Le plafonnement des revenus permettant de sauvegarder l'intégralité des pensions du régime de base a été remplacé par un principe de dégressivité à partir du 1^{er} avril 2017 (décret n° 2017-416 du 27 mars 2017).

27. Voir le portrait de branche p. 29 (OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli, 2019).

MAINTIEN DES INÉGALITÉS TERRITORIALES

Le caractère inégalitaire de la répartition territoriale des cabinets perdurerait malgré l'accroissement du nombre de praticiens. En se fondant sur le nombre de chirurgiens-dentistes à l'échelle départementale, la DREES montre que les inégalités territoriales sont restées stables entre 2001 et 2016 (Millien, 2017a, p. 5), corroborant ainsi les données du portrait statistique de l'OMPL. Deux phénomènes fondamentaux interdépendants participent au maintien de cette configuration :

- les grands pôles urbains restent des attracteurs puissants pour les praticiens des branches de la santé. Incidemment, cette stratégie d'implantation répond plus souvent à « *des critères personnels, familiaux, de mode d'activité et d'exercice plutôt que de considérations économiques* » (Collét & Sicart, 2007b, p. 6). En effet, les revenus des chirurgiens-dentistes sont une fonction inverse de leur densité territoriale ;
- au niveau départemental, la présence de lieux de formation – les facultés de chirurgie dentaire généralement implantées dans les métropoles urbaines – favorise l'installation des chirurgiens-dentistes.

Malgré ces facteurs favorisant d'importantes disparités territoriales, 1,7% de la population seulement vit à 15 minutes ou plus du cabinet dentaire libéral le plus proche²⁸. Outre la situation particulière de ces personnes directement concernées par une accessibilité conventionnellement considérée comme nulle, des enjeux de continuité et de permanence des soins dentaires mais aussi d'accès aux spécialités en odontologie sont à intégrer. Pour autant, les études traitant de l'inégalité d'accès aux soins dentaires convergent pour démontrer que le gradient social de santé²⁹ est un paramètre nettement plus prégnant que l'implantation géographique des praticiens (Azogui-Levy & Boy-Lefèvre, 2017; Pegnon-Machat, Jourdan, & Tubert-Jeannin, 2018).

En d'autres termes, c'est moins la distance physique que la distance sociale qui constitue un facteur limitant l'accès aux soins dentaires. Dans ce cadre, les inégalités territoriales devraient se maintenir puisque les territoires à faible densité de praticiens ne constituent pas un réservoir inexploité de patientèle. En revanche, depuis plus d'une dizaine d'années, les territoires sociaux connaissent un intérêt croissant de la part des pouvoirs publics comme de certains acteurs de l'offre de soins dentaires.



1,7%

de la population seulement vit à 15 minutes ou plus du cabinet dentaire libéral le plus proche.



Les études traitant de l'inégalité d'accès aux soins dentaires convergent pour démontrer que le gradient social de santé est un paramètre nettement plus prégnant que l'implantation géographique des praticiens

28. Cette évaluation est issue du calcul de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) au niveau communal. Pour l'accès aux chirurgiens-dentistes libéraux, les seules données disponibles sont établies pour 2013 (DREES, 2013). Néanmoins, la stabilité des indicateurs d'inégalité laisse supposer que l'APL a peu varié depuis cette date.

29. Le concept de gradient social de santé exprime le fait que la qualité de l'état de santé est une fonction croissante de la catégorie sociale. Il intègre la capacité à se soigner mais aussi à intégrer des procédures de prévention et, plus généralement, à valoriser l'état de santé.

PRISE EN COMPTE DES TERRITOIRES SOCIAUX PLUTÔT QUE GÉOGRAPHIQUES

“

Selon les dernières données disponibles, 16,8% de la population a renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières au cours de l'année 2014.

Les approches empiriques tendent à montrer que l'évolution comportementale massive du public vis-à-vis des soins en réponse à une moindre densité de chirurgiens-dentistes doit être fortement nuancée. Seule une raréfaction drastique de l'offre de soins ou un appauvrissement généralisé de la population – plus généralement, une dé-solvabilisation de la demande – seraient susceptibles de conduire à un mouvement de renoncement aux soins tel que la nature de l'activité des cabinets en soit impactée.

En effet, le renoncement aux soins dentaires est avant tout corrélé aux configurations socioéconomiques des populations et aux caractéristiques psychosociales individuelles (Azogui-Levy & Boy-Lefèvre, 2017 ; Pegnon-Machat, Jourdan, & Tubert-Jeannin, 2018). Sur la période 2015-2018, le baromètre d'opinion de la DREES (2019b) révèle d'ailleurs que 65,6 % des personnes âgées de 18 ans et plus estiment qu'il y a suffisamment de chirurgiens-dentistes à proximité de chez elles. Dans cette veine d'analyse, les travaux de Vigé (2017) montrent qu'étant donné les caractéristiques individuelles et territoriales, la densité de chirurgiens-dentistes n'a pas d'effet sur le renoncement aux soins dentaires. En revanche, corrélativement aux caractéristiques socioéconomiques des personnes, un effet important des délais d'attente est relevé.

Ces éléments conduisent à porter la réflexion sur l'offre mobilisée et mobilisable sur les territoires sociaux plutôt que sur les territoires géographiques. En d'autres termes, la réflexion portant uniquement sur l'évolution de la densité territoriale des chirurgiens-dentistes doit être subordonnée à une analyse de la structure de l'offre de soins à destination des publics vulnérables. Selon les dernières données disponibles, 16,8% de la population a renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières au cours de l'année 2014 (IRDES, 2017). Ce champ d'analyse ouvre la voie aux approches alliant directement le système de financement des soins à la forme des producteurs de soins.

Cette logique tend à être systématiquement concrétisée par les centres de santé dentaires ou mixtes qui, historiquement, ont pour vocation de proposer une réponse pertinente à une demande de soins fortement contrainte par des paramètres sociaux. Mais, dans une certaine mesure, elle a récemment été imposée aux cabinets libéraux par le biais de la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes.



LA CONVENTION NATIONALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES 2018-2023

Les négociations pour la quatrième révision de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ont débuté en septembre 2016. Elles ont été fortement marquées par la publication d'un rapport de la Cour des comptes (2016) préconisant des évolutions drastiques de l'organisation et de la prise en charge de l'offre de soins dentaires. Parallèlement, la promesse de campagne électorale d'Emmanuel Macron d'une réforme permettant un reste à charge nul pour certains soins et appareillages médicaux a aussi orienté la stratégie de financement d'une partie de la consommation de biens et services médicaux. De fait, son application effective s'est articulée sur des dispositifs concernant l'optique médicale, les aides auditives et les prothèses dentaires.

Au cours des négociations dans chaque secteur concerné, un durcissement de la position de l'État a été observé. Dans le secteur dentaire, les négociations ayant échoué, un règlement arbitral avait été arrêté en mars 2017 en lieu et place d'accords conventionnels. Cette décision a entraîné la mobilisation des professionnels et des étudiants en odontologie. Le mouvement sera entendu par la nouvelle présidence de la République. L'application du règlement arbitral a été repoussée d'une année et les négociations réouvertes. Elles ont finalement abouti à un accord conventionnel applicable au 1^{er} janvier 2019. Incidemment, les principes prévus par le règlement arbitral ont subsisté, les accords ayant

essentiellement porté sur la configuration du reste à charge nul (Mazevet, Garyga, Pitts, & Pennington, 2018; Millet-Ursin & Lepout, 2019).

De la chronique des événements ayant marqué l'aboutissement de cette convention et de l'ensemble des dispositions prévues dans le texte final³⁰, trois éléments se distinguent. En premier lieu, depuis le 1^{er} avril 2019, **les actes de soins conservateurs et de chirurgie, dont la tarification est encadrée conventionnellement, sont revalorisés** afin d'inciter les praticiens à les intensifier. Or, ces actes constituent 56,8% des actes remboursables (Figure 10, p.40). Incidemment, les honoraires annuels des chirurgiens-dentistes devraient mécaniquement s'accroître. Au-delà de cet effet prix, l'effet volume reste toutefois corrélé à la perception effective d'une incitation à même de générer un accroissement du nombre de ces actes.

Le second élément d'importance a consisté en l'application d'un conventionnement tarifaire de certaines prothèses à compter du 1^{er} avril 2019. Il s'agissait d'une étape transitoire qui a mené, à partir du 1^{er} janvier 2020, à la mise en place d'**un encadrement des soins prothétiques**. Cette évolution tarifaire s'étalera jusqu'en 2022 afin de permettre aux chirurgiens-dentistes de moduler leur pratique. L'encadrement repose sur la définition de trois paniers de soins :

- le panier « 100 % santé » intégrant des prothèses et soins au tarif encadré dont la

“

Les négociations pour la 4^{ème} révision de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ont été fortement marquées par la publication d'un rapport de la Cour des comptes préconisant des évolutions drastiques de l'organisation et de la prise en charge de l'offre de soins dentaires.

30. Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie.

“

Une réforme d'ampleur pour la profession, qui voit pour la première fois sa rémunération sur les actes prothétiques encadrée.

prise en charge est intégralement reportée sur l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire. Incidemment, en acceptant les soins prothétiques standardisés de ce panier, le patient bénéficie d'un reste à charge nul ;

- le panier « maîtrisé » pour lequel des plafonnements d'honoraires ont vocation à être appliqués sur certaines prothèses afin de garantir un reste à charge modéré pour le patient ;
- le panier à honoraires libres fondé sur l'entente directe entre le praticien et le patient. C'est dans cette offre de soins que les techniques et les matériaux sophistiqués sont proposés.

Afin de rendre ce dispositif opérationnel, le chirurgien-dentiste devra proposer à son patient des plans thérapeutiques adaptés s'inscrivant dans chacun des paniers. Parallèlement à l'objectif affiché d'élargissement de l'accès aux soins, les recommandations de la Cour des comptes (2016) ont largement inspiré les mesures retenues. En effet, une plus grande transparence tarifaire et l'accroissement du rôle des organismes assurantiels privés dans le financement de la santé sont aussi recherchés. En outre, comme le soulignent Millet-Ursin et Leport (2019), la mise en place de ces paniers constitue « une réforme d'ampleur pour la profession, qui voit pour la première fois sa rémunération sur les actes prothétiques encadrée » même si la revalorisation des soins les plus courants est assimilée à « une contrepartie ».

Du point de vue de la production de soins, il ne peut pas être exclu qu'un effet de rattrapage émerge. Les patients ayant effectivement renoncé à des soins prothétiques pour raisons financières pourraient s'engager dans un protocole de soins

intégrés dans le panier « 100 % santé ». Toutefois, l'effet peut être minoré par les déterminants sociaux de la demande de soins dentaires (voir p. 52). En dehors de ce segment de patientèle, la demande devrait connaître une restructuration globale au profit des soins prothétiques à tarification plafonnée appartenant au panier « 100 % santé » mais aussi au panier « maîtrisé ».

Le phénomène devrait être d'autant plus profond que l'incitation financière directe perçue par le patient ne sera pas la seule à jouer dans les arbitrages de consommation. Les organismes d'AMC feront certainement valoir les vertus de ces paniers puisqu'ils participeront largement à leur financement. Incidemment, les réseaux de soins dentaires sont susceptibles d'adopter des stratégies de conquête de marché beaucoup plus agressives. Au sein des réseaux et des centres de santé, l'accroissement qualitatif des protocoles, le renforcement des normes et le développement d'offres de paniers « maîtrisés » élargis sont des axes de développement probables.

Le troisième élément devant être pris en compte participe de l'**orientation du système de soins dentaires** impulsée par les pouvoirs publics. Afin de maîtriser le déficit de l'Assurance maladie, une stratégie de déport de la charge du remboursement des soins sur l'AMC a été engagée depuis plus d'une dizaine d'années. Avec le panier « 100 % santé », l'importance du rôle de financeur de ces organismes est clairement établie. Mais, il faut souligner que les organismes complémentaires se sont aussi vu confier un rôle de régulateur dans le système de santé (Tabuteau, 2010). Ainsi, l'article L162-14-3 du Code de la Sécurité

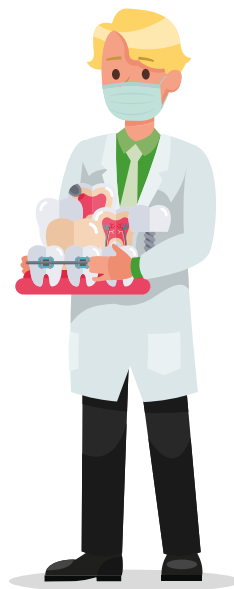
“

Les patients ayant effectivement renoncé à des soins prothétiques pour raisons financières pourraient s'engager dans un protocole de soins intégrés dans le panier « 100 % santé ».

sociale précise que «*les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations, définis par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, pour lesquels la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire*».

Cette disposition n'est pas encore exploitée politiquement par les acteurs de l'AMC. Sa mobilisation impliquerait une coordination des trois types d'acteurs assurantiels – mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance – qui sont en forte concurrence sur un marché en constante concentration. Pour autant, elle reste un levier de contrôle qui, le cas échéant, peut être actionné afin de favoriser une plus grande maîtrise des coûts des soins dentaires à honoraires libres et, incidemment, du comportement de la demande.

Au sein des réseaux et des centres de santé, l'accroissement qualitatif des protocoles, le renforcement des normes et le développement d'offres de paniers « maîtrisés » élargis sont des axes de développement probables.



REGARDS SUR LES CABINETS EN EUROPE

L'observation de la structuration des cabinets dentaires dans les autres pays européens est une composante majeure de la construction prospective. Elle permet de mettre au jour des tendances lourdes qui sont susceptibles d'influer la trajectoire de la branche au niveau national. En effet, la mobilité intra-européenne des étudiants en chirurgie-dentaire est susceptible de favoriser l'essaimage de modes d'exercice novateurs ou, pour le moins, plus fortement développés dans les pays formateurs. L'effet peut être d'autant plus fort que la part des chirurgiens-dentistes formés à l'étranger progresse fortement et a atteint le tiers dès 2016 (Millien, 2017b). Ce phénomène est à mettre en relation avec le développement d'une culture européenne des praticiens qui se traduit par l'existence d'associations, de rassemblements et de groupes de travail internationaux particulièrement actifs (Yassine, 2017). Si l'harmonisation des cadres d'exercices nationaux ne fait l'objet que de vagues recommandations au niveau européen, des congruences sont néanmoins constatées au niveau de l'organisation des cabinets malgré les différences profondes caractérisant les systèmes de santé.

DES SYSTÈMES DE SANTÉ TRÈS HÉTÉROGÈNES

La structuration de l'offre de soins est directement liée à la forme du système de santé dans lequel elle prend place. En la matière, les pays européens sont caractérisés par une très grande hétérogénéité constitutive de l'histoire sociale, des choix politiques, des contraintes sanitaires et des capacités budgétaires propres à chaque État membre. Trois grands types de systèmes de santé peuvent être repérés, même si d'importantes variations sont observées en leur sein et que des réformes – parfois profondes – sont en cours dans de nombreux pays (Lafon & Montaut, 2017) :

- les systèmes d'inspiration beveridgienne, dans lesquels l'offre de soins est principalement assurée par l'État sous la forme

d'un système national de santé accessible gratuitement par tous les résidents sous réserve du respect d'un parcours de soins encadré. Cette base organisationnelle a été développée en Espagne, au Royaume-Uni, en Italie, au Danemark, en Irlande, en Norvège, au Portugal et en Suède ;

- les systèmes d'inspiration bismarckienne stricte, qui s'organisent autour d'une couverture maladie obligatoire gérée par des organismes de droit public et d'une offre de soins essentiellement libérale aux côtés d'une offre hospitalière publique. Cette articulation est au fondement des systèmes développés en France, en Allemagne, en Grèce, au Luxembourg, en Pologne et en Belgique ;

“
L'observation de la structuration des cabinets dentaires dans les autres pays européens permet de mettre au jour des tendances lourdes qui sont susceptibles d'influer la trajectoire de la branche au niveau national.
—

- les systèmes bismarckiens mixtes donnant la gestion de la couverture maladie obligatoire à des organismes privés placés en situation de concurrence sous contrôle réglementaire de l'État. Ce modèle est développé en Suisse et au Pays-Bas.

Dans l'ensemble des modèles, la prise en charge par la couverture maladie de base repose sur la définition d'un panier de soins de première nécessité qui intègre partiellement les soins dentaires. Une condition d'âge est souvent retenue avec une prise en charge pour les patients mineurs. Néanmoins, en Suisse et en Espagne, les soins dentaires et les prothèses sont systématiquement exclus du panier de soins à l'exception de situations spécifiques (Cleiss, 2019). Les autres pays privilégient une

prise en charge partielle sans qu'une uniformité puisse être dégagée sur les types de soins et appareillages concernés. Des paramètres de revenus, d'âge, de situation familiale, entre autres, peuvent être intégrés aux conditions de prise en charge parallèlement à des objectifs de politique de santé particuliers. Par exemple, alors que les soins conservateurs sont pris en charge par la couverture maladie de base française, ce sont les prothèses et les actes chirurgicaux qui le sont dans le système néerlandais.

Pour autant, les quelques travaux permettant de rendre compte de l'organisation des cabinets dans la plupart des pays européens mettent en perspective des configurations qui, parfois, donnent au modèle français un caractère d'exception.

“

En Suisse et en Espagne, les soins dentaires et les prothèses sont systématiquement exclus du panier de soins...

—

REPLI GÉNÉRALISÉ DE LA PRATIQUE DENTAIRE ISOLÉE

Si le cabinet organisé autour d'un praticien et, le cas échéant, d'un ou plusieurs auxiliaires fut un modèle largement répandu dans tous les pays, il semble qu'il perde énormément de terrain. Ainsi, sur les 11 pays étudiés par Eaton et al. (2019), seuls la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Pologne, la Roumanie et l'Espagne comptent encore des proportions importantes de cabinets monopraticiens. Pour au moins deux d'entre eux – l'Espagne et la Roumanie – un nombre très élevé de praticiens peut expliquer une organisation atomistique de l'offre de soins. Cet excédent est d'ailleurs à l'origine d'une forte émigration des chirurgiens-dentistes (Bravo, San Martín, Casals, Eaton, & Widström, 2015; Oancea, Amariei, Eaton, & Widström, 2016). Dans tous les cas, les cabinets regroupant plusieurs praticiens – qu'ils soient associés,

salariés ou franchisés selon les dispositions légales nationales particulières – se développent dans ces pays.

Dans les autres pays, notamment l'Allemagne, le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou la Suède, les groupements sont très majoritaires. Ceux-ci prennent des formes variables comme le montre un rapport de la DREES (Carlac'H, Ouardirhi, & Romeo, 2018). En Allemagne – dotée d'un système de santé d'inspiration bismarckienne stricte – l'entreprise individuelle est la forme juridique dominante pour les cabinets (81,3%). Néanmoins, depuis 2007, la loi autorise ces entreprises à salarier deux praticiens au maximum. Cette mesure a rencontré un réel succès en répondant aux besoins de rationalisation des coûts au sein des cabinets et à la demande des jeunes praticiens réticents à la gestion

“

Sur les 11 pays étudiés, seuls la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Pologne, la Roumanie et l'Espagne comptent encore des proportions importantes de cabinets mono-praticiens.

—





53%

des praticiens suédois exercent sous statut de salariés du public.

entrepreneuriale. Incidemment, plus de la moitié des praticiens exerce sous statut salarial. Pour leur part, les cabinets de groupe (18,7%) se développent essentiellement en zone urbaine pour des motifs de stratégie concurrentielle. Il faut noter qu'une loi de 2015 a autorisé l'emploi de plus de deux praticiens salariés dans le cadre de centres de santé bucco-dentaire. Auparavant pluri-professionnels (Imbaud, Garassus, André, & Langevin, 2016), ces centres peuvent maintenant se spécialiser en odontologie et connaissent un réel succès.

Dans le cadre d'un système de santé bismarckien mixte, l'organisation de l'offre odontologique néerlandaise repose aussi sur des structures libérales composées à 58% d'entreprises individuelles. Dans ces cabinets, le salariat des praticiens est assez fréquent et, dans 32% des cas, les équipes comptent au moins un dentiste salarié. Les cabinets de groupe gagnent de plus en plus de terrain. Comptant deux à trois associés, ils se développent dans les centres urbains avec une stratégie d'offre de l'ensemble du panel de soins dentaires en un lieu unique. Cette tendance est amplifiée par une pénurie de praticiens qui tend à s'accroître. Des chaînes de cabinets franchisés ont ainsi fait leur apparition sous la houlette d'acteurs privés parfois internationaux. Elles proposent le salariat et le rachat de clientèle aux praticiens néerlandais en faisant valoir l'amoinvement drastique des contraintes générées par l'entrepreneuriat. Parallèlement, l'État a déployé un large dispositif de promotion et d'aide à l'installation en direction des praticiens étrangers.



Des chaînes de cabinets franchisés ont ainsi fait leur apparition sous la houlette d'acteurs privés parfois internationaux.

Sur les bases d'un système de santé Beveridge en réforme (Pälvärinne, Widström, Forsberg, Eaton, & Birkhed, 2018), 53% des praticiens suédois exercent sous statut de salariés du public. Il faut d'ailleurs noter que la majorité des spécialistes (80%) exerce sous ce statut. Le tissu des cabinets libéraux est composé à 70% d'entreprises individuelles dans lesquelles le praticien est entouré d'auxiliaires. Toutefois, des entreprises dentaires d'envergure nationale voient leur place s'affirmer en proposant des structures interprofessionnelles et/ou spécialisées. Face à une charge administrative très importante – bien que rémunérée – supportée par les praticiens libéraux, ces entreprises font valoir les avantages du salariat et de la mise à disposition de personnels de gestion dédiés auprès des jeunes générations de dentistes.

Globalement, les quelques pays européens faisant l'objet d'une description détaillée de la forme des cabinets mettent systématiquement en perspective un mouvement de regroupement des praticiens et/ou des structures, notamment en zone urbaine, dont les motivations principales reposent sur quatre motifs simultanés :

- la rationalisation des coûts fixes et la capacité d'accéder à des équipements novateurs mais très coûteux ;
- le développement de stratégies concurrentielles reposant sur la richesse du panel de soins réalisables ;
- la recherche d'économies d'échelle dans le traitement des tâches administratives ;
- une demande sociétale des jeunes générations qui souhaitent accéder au salariat afin de s'affranchir des contraintes entrepreneuriales.



UNE ORGANISATION FONDÉE SUR LA DÉLÉGATION

Au niveau européen, les équipes dentaires au sein des cabinets libéraux ont une forme assez variable. La présence d'au moins un auxiliaire accompagnant le praticien tend à être la norme, mais les équipes peuvent être plus étoffées comme en Allemagne où une moyenne de trois auxiliaires – spécialisés ou non, hygiénistes, personnels administratifs – en ETP par dentiste est constatée (Carlac'H, Ouadirhi, & Romeo, 2018).

À l'opposé, seuls 20% des praticiens roumains emploient une assistante. S'il existe de réels besoins au sein des cabinets, les postes ne sont pas pourvus faute de rémunérations consistantes (Oancea, Amariei, Eaton, & Widström, 2016). En outre, les dentistes français, grecs, polonais et roumains semblent ne pas être systématiquement épaulés par une assistante dentaire travaillant à temps plein³¹.

Dans leur activité, les assistantes prennent en charge des tâches assez similaires à celles observées dans les cabinets français. Globalement, la fonction d'accueil des patients semble un peu plus prégnante en France, en Grèce et en Roumanie. Cette configuration est d'ailleurs soulignée par Eaton et al. (2019) qui précisent avec une forme d'étonnement qu'elles « remplissent

également la fonction de réceptionnistes et ne sont pas toujours présentes au fauteuil pour aider le dentiste ».

Du point de vue de leur formation, une réelle hétérogénéité est observée. Par exemple, en Grèce et en Espagne, il n'existe pas de titre reconnu d'assistante dentaire. Les auxiliaires assimilés sont directement formés par les praticiens, même si en Grèce une formation officielle est aussi proposée. En principe, ces auxiliaires ne peuvent pas intervenir dans la bouche du patient. En dehors de ces cas particuliers, une formation reconnue par un brevet ou un diplôme tend à être la norme. En Allemagne, la formation de base peut être complétée par un système assez complexe de différentes spécialisations acquises en alternance dans les quatre domaines que sont l'assistance opérationnelle au fauteuil, l'administration, la prophylaxie et l'hygiène bucco-dentaire (Ziller, Eaton, & Widström, 2015). Dans la plupart des pays où le titre d'assistante est renforcé par des formations qualifiantes, une délégation partielle des actes simples est constatée (Tableau 5). Outre l'éducation à l'hygiène dentaire, la délégation d'actes s'étend fréquemment à la réalisation des radiographies et au détartrage supra-gingival.



Seuls **20%** des praticiens roumains emploient une assistante. S'il existe de réels besoins au sein des cabinets, les postes ne sont pas pourvus faute de rémunérations consistantes...

31. Voir la contribution de Damaskinos et al. (2016) pour une rapide description des équipes dentaires en Grèce.

Tableau 5 : Actes pratiqués en fonction de l'intervenant dans 11 pays européens

Pays	Intervenant	Examen et plan de traitement	Radiographie	Obturation provisoire	Restauration avec amalgame	Restauration avec composite	Éducation à l'hygiène dentaire	Détartrage
Allemagne	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui ⁹	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Oui ^{4,5}	Non	Non	Non	Oui	Oui ⁵
	Assistante	Non	Oui ^{4,5}	Non	Non	Non	Oui	Oui ⁴
Angleterre	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui ⁹	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
	Assistante	Non	Oui ⁴	Non	Non	Non	Oui ⁴	Non
Danemark	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Non ⁸	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Oui ²	Oui	Oui	Non	Oui ¹⁰	Oui	Oui
	Assistante	Non	Oui ^{4,5}	Oui	Non	Oui ¹⁰	Oui ^{4,5}	Oui ^{4,5}
Écosse	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui ⁹	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Oui ⁴	Non	Non	Non	Oui	Oui
	Assistante	Non	Oui ⁴	Non	Non	Non	Oui ⁴	Non
Espagne	Dentiste	Oui	Oui	Non ⁸	Oui	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Oui ⁴	Non	Non	Non	Oui	Oui ⁶
	Assistante	Non	Oui ⁴	Non	Non	Non	Non	Non
France	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Assistante	Non	Non	Non	Non	Non	Oui ¹¹	Non
Hongrie	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
	Assistante	Non	Oui ⁴	Non	Non	Non	Non	Non
Irlande	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Oui ⁶	Oui	Non	Non	Oui	Oui
	Assistante	Non	Oui ^{4,6}	Non	Non	Non	Oui ⁴	Non
Italie	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Oui ⁵	Non	Non	Non	Oui	Oui
	Assistante	Non	Oui ⁵	Non	Non	Non	Non	Non
Pays-Bas	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Oui ³	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
	Assistante	Non	Oui ⁶	Non	Non	Non	Oui	Non
Pologne	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Oui ⁹	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui ⁵
	Assistante	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Roumanie	Dentiste	Oui	Oui	Oui	Non ⁸	Oui	Oui	Oui
	Hygéniste	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui ⁶
	Assistante	Non	Oui ⁷	Non	Non	Non	Oui	Oui

1 : pas d'existence en France. 2 : cas simples uniquement. 3 : en principe. 4 : sous réserve de formation qualifiante supplémentaire. 5 : sous la supervision d'un chirurgien-dentiste. 6 : si prescrit par un chirurgien-dentiste. 7 : par une infirmière dans de grandes cliniques dentaires ou centres de soins spécialisés. 8 : peu de chance d'être pratiqué. 9 : sur molaire uniquement les amalgames pris en charge par le système national de santé. 10 : sous conditions spécifiques. 11 : les auteurs ont estimé que l'éducation à l'hygiène dentaire n'était pas pratiquée par les assistantes. Toutefois, cet acte fait partie du référentiel métier et est effectivement réalisé par les assistantes. Le tableau a donc été corrigé en conséquence.

Clé de lecture : en Allemagne, les examens et les plans de traitement sont uniquement du ressort du chirurgien-dentiste. En revanche, sous conditions de formation et de supervision d'un chirurgien-dentiste, les hygiénistes et les assistantes dentaires peuvent effectuer des actes de radiologie.

Source : Eaton, Ramsdale, Vinall, Whelton, et Douglas (2019).

Malgré les différentiels constatés, l'assistante reste donc un acteur pivot du cabinet dentaire libéral européen. Mais, à l'exception notable de la France, l'hygiéniste dentaire est un autre acteur présent dans l'ensemble des pays ayant pu faire l'objet d'une analyse. Généralement intégré au sein des cabinets sous statut salarial, l'hygiéniste peut aussi exercer en libéral mais cette configuration reste relativement peu fréquente. À la différence de l'assistante dentaire, l'hygiéniste bénéficie systématiquement d'une qualification sanctionnée par un diplôme et il est toujours apte à assurer la formation à l'hygiène dentaire et des soins préventifs (détartrage supra et sous-gingival, polissage). En fonction des pays et des qualifications supplémentaires acquises, l'hygiéniste peut effectuer des radiographies. En Irlande et au Pays-Bas, il peut prendre en charge l'obturation temporaire sous prescription d'un dentiste. Au Danemark, cette prescription peut même concerner une obturation définitive.

Globalement, selon les résultats de Eaton et al. (2019), les examens et la formulation de plans de traitement restent du ressort du chirurgien-dentiste. Dans une certaine mesure, cette observation semble cohérente avec la dimension éminemment médicale qu'emporte le diagnostic qui est au cœur de l'activité des praticiens. À l'opposé, les actes radiologiques, l'éducation à l'hygiène dentaire et le détartrage peuvent souvent être délégués aux auxiliaires, avec une prédominance des hygiénistes – bénéficiant de formations plus poussées dans les pays concernés – pour ce dernier acte.

Au regard des configurations nationales considérées, la France tend à faire figure d'exception dans l'organisation de ses cabinets libéraux. En effet, la délégation de soins aux auxiliaires – bien qu'envisagée dans les propositions visant à la création d'un diplôme d'assistante dentaire qualifiée

de niveau 2 – n'est pas autorisée. Dans les pays l'autorisant, en dehors de facteurs historiques et socioéconomiques ayant favorisé la délégation de tâches au fauteuil, elle permet de répondre à deux types de besoins identifiés :

- les politiques de santé axées sur la prévention peuvent générer une demande massive d'actes prophylactiques et conservateurs peu rémunérateurs, comme c'est le cas en Allemagne ou en Suède. La délégation d'actes au fauteuil permet alors d'absorber cette demande tout en permettant aux praticiens d'assurer pleinement les actes techniques plus rémunérateurs mais aussi plus exigeants du point de vue qualitatif ;
- dans un contexte de pénurie de praticiens, la délégation des actes de base permet une meilleure prise en charge des patients et la rationalisation économique des cabinets. Cette configuration est rencontrée au Pays-Bas notamment.

Dans tous les cas, la délégation d'actes au sein de l'équipe dentaire implique une division des tâches formalisée permettant l'atteinte d'un équilibre robuste entre la rationalisation économique – voire le développement de stratégies concurrentielles –, l'optimisation qualitative des soins et l'adéquation de la capacité d'offre de soins avec la demande réelle.

“

À la différence de l'assistante dentaire, l'hygiéniste bénéficie systématiquement d'une qualification sanctionnée par un diplôme et il est toujours apte à assurer la formation à l'hygiène dentaire et des soins préventifs...

“

Dans tous les cas, la délégation d'actes au sein de l'équipe dentaire implique une division des tâches formalisée permettant l'atteinte d'un équilibre robuste.

PROSPECTIVE DE LA BRANCHE

“
Progression de la
demande de soins
dentaires induite
par une valorisation
sociale de la santé
bucco-dentaire.

À partir de l'ensemble des informations recueillies, des éléments prévisibles et déterminants pour l'évolution des cabinets dentaires et des emplois qu'ils génèrent sont repérés. Ces éléments sont à l'origine de trois tendances de fond dont l'orientation ne devrait pas être sujette à de profondes modifications à l'horizon 2025. Leur spécification fait émerger la trajectoire tendancielle qui, en outre, suppose pour acquis dans le temps prospectif retenu :

- l'orientation des politiques de santé vers une stimulation des soins conservateurs et les actions de prévention dans une logique de limitation de la charge financière individuelle et collective des soins lourds ;
- la progression de la demande de soins dentaires induite par une valorisation sociale de la santé bucco-dentaire, le vieillissement de la population et une meilleure accessibilité aux soins ;
- un accroissement continu du niveau des

normes légales (prophylaxie, gestion, etc.) et de traitement lié à la diffusion de la médecine dentaire factuelle³² ;

- une expansion des contraintes administratives dans les rapports avec l'AMO et l'AMC accompagnée de leur dématérialisation au profit du traitement numérique ;
- des innovations technologiques incrémentales ne générant pas de rupture radicale dans les pratiques et l'organisation des soins.

Parallèlement, des variables déterminantes mais au comportement ne pouvant pas être intégralement prévu sont intégrées. Issues de l'analyse des entretiens collectifs, individuels et des résultats de l'enquête en ligne, elles constituent des facteurs de scénario. Formulés sous forme d'hypothèses, ces facteurs sont susceptibles de perturber profondément l'orientation des tendances de fond et l'analyse de leurs effets permet de faire émerger les scénarios.

LES TENDANCES DE FOND

Des tendances émergent de l'analyse transversale des informations et des données collectées. Devant être considérées toutes choses étant égales par ailleurs³³, elles reposent sur des orientations probables au

regard des informations disponibles. Étant donné les enjeux et la finalité de l'étude, trois tendances ont été sélectionnées. Liées les unes aux autres, elles constituent le cœur du modèle prospectif.

32. La médecine dentaire factuelle ou Evidence Based Dentistry peut être synthétisée par le mode de prise de décision du praticien qui doit intégrer les données scientifiques et techniques mises à jour, les déterminants (cliniques, sociaux, culturels, budgétaires) de la demande du patient et sa propre expérience clinique (Yassine, 2017).

33. Au moment de la rédaction du présent rapport, les effets de l'arrêt de l'activité consécutive au confinement sanitaire entre le 17 mars et le 11 mai 2020 ne peuvent pas être rationnellement évalués. En toute hypothèse, les principaux dispositifs mis en place – tant en faveur des TPE que des salariés – devraient jouer un rôle d'amortisseur assez puissant pour que, au moins en termes d'emplois, seules des perturbations de court terme impactent la branche.



► ÉVOLUTIONS CONTRASTÉES DES EFFECTIFS D'EMPLOYEURS ET DE SALARIÉS DE LA BRANCHE

À partir des données disponibles, un exercice de projections des effectifs des chirurgiens-dentistes libéraux et des salariés de la branche est réalisé. La base du modèle repose sur les prévisions de la démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2040 (Millien, 2017b) après recalage de la série tendancielle sur données récentes de la DREES (2019a). Issu de la population des praticiens tous modes d'exercices confondus, le nombre de chirurgiens-dentistes libéraux a été estimé par la prévision de leur part à l'horizon 2025. La prévision des effectifs salariés est obtenue par l'estimation du rap-

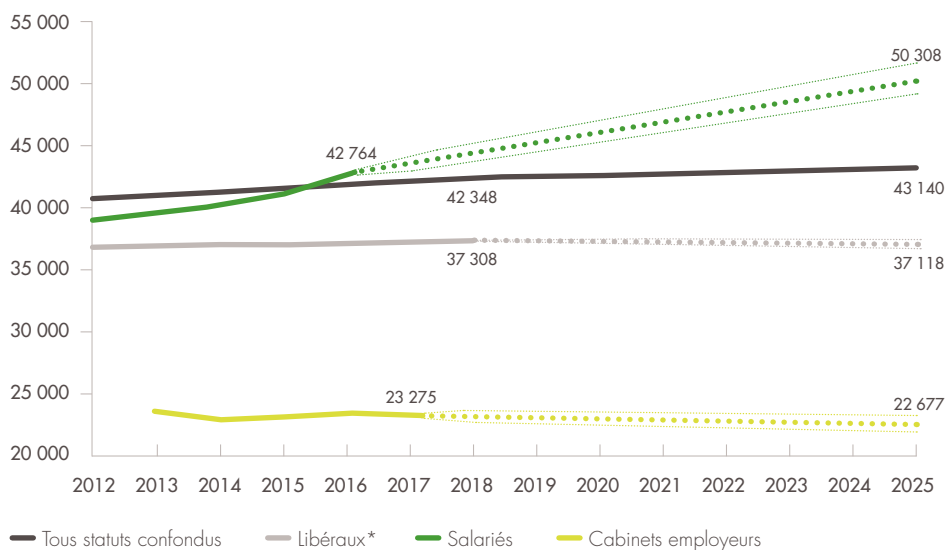
port du nombre de salariés au nombre de praticiens libéraux. Dans le même esprit, la prévision du nombre de cabinets est réalisée à partir de l'estimation du nombre moyen de chirurgiens-dentistes libéraux par cabinet³⁴.

La prolongation des tendances statistiques montre que, à l'horizon 2025, le nombre de praticiens libéraux devrait connaître un léger recul (Figure 16). Il passerait de 37 314 en 2019 à 37 118 en 2025 – soit une variation de - 0,5% – malgré un accroissement des effectifs de praticiens tous modes d'exercice confondus (+ 692 personnes). Cette configuration s'explique par la décroissance continue de la part des libéraux dans ces effectifs au profit d'un exercice salarié (voir p. 47).

“

La prolongation des tendances statistiques montre que, à l'horizon 2025, le nombre de praticiens libéraux devrait connaître un léger recul.

Figure 16 : Prévisions des effectifs et du nombre de cabinets à l'horizon 2025



Clé de lecture

Toutes choses étant égales par ailleurs, le nombre de salariés de la branche s'oriente vers un effectif de **50 308** personnes en 2025. En pointillé les valeurs des intervalles de confiances à **95 %**.

*Y compris les chirurgiens-dentistes indépendants (non-employeurs).

Champ : Territoire national. Données de projections de la DREES (Millien, 2017b) recalées pour le nombre de chirurgiens-dentistes tous statuts confondus. Prévisions des effectifs de chirurgiens-dentistes libéraux et de salariés de la branche à partir de données RPS et DADS. Projection du nombre de cabinets à partir des estimations réalisées dans le portrait statistique.
Source : Milien (2017b), DREES (2019a), INSEE (2020), OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires et Rapelli (2019), estimations.

34. En raison des caractéristiques des séries temporelles manipulées, les estimations ont été réalisées par la méthode non saisonnière de Holt-Winters.

Au niveau national, la progression du salariat parmi les chirurgiens-dentistes est un phénomène encore très peu documenté. Il est longtemps resté marginal et a été mis en perspective par la seule propension un peu plus élevée des praticiennes à choisir ce statut (Collet & Sicart, 2007b; Millien, 2017a). Néanmoins, au-delà des seuls effets du genre, l'appétence au salariat chez les jeunes professionnels, quelle que soit la branche d'activité libérale concernée, est un mouvement de plus en plus prégnant (OMPL & Rapelli, 2020). Il repose sur des aspirations sociétales – sécurisation des parcours professionnels, rééquilibrage des temps professionnels et personnels, rejet de l'isolement de l'entrepreneur – et des contraintes économiques liées aux coûts de l'installation.

Pour la branche des cabinets dentaires, le développement de ce phénomène relève néanmoins de la proposition. Dans ses prévisions, la DREES n'envisage qu'une « progression possible du salariat d'ici à 2040 » (Millien, 2017b). De fait, le salariat est surtout choisi par les jeunes : 41,7% des praticiens salariés étaient âgés de moins de 40 ans en 2018. C'est aussi chez les jeunes que le taux de changement de mode d'exercice est le plus fréquent. Néanmoins, seuls 6,6% des chirurgiens-dentistes salariés en moyenne changent de statut d'une année sur l'autre (Millien, 2017a). Dès lors, si la persistance du phénomène à l'horizon 2040 peut être remise en cause au regard des trajectoires professionnelles individuelles, il n'en reste

pas moins que les calculs laissent à penser que la tendance engagée par la proportion de libéraux se maintiendra au moins jusqu'à l'horizon 2025.

Le salariat des praticiens est d'ailleurs une configuration prospective qui a émergé au cours des entretiens. Toutefois, elle a été envisagée par deux praticiens seulement qui mettent en perspective une crainte des contraintes de gestion entrepreneuriales :

«Devant la multitude des normes, les jeunes sont dépassés. Ils veulent être salariés pour ne pas avoir à gérer ça.»

Chirurgien-dentiste

«C'est lié aux aspirations. Il y a plus de contraintes chez les jeunes [familiales, temps de vie, etc.]. En plus, ils ne sont pas formés à gérer des entreprises. Ça joue sur l'appétit entrepreneurial.»

Chirurgien-dentiste

Parallèlement, les prévisions statistiques laissent à penser que, malgré l'évolution contrariée du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux, le nombre de salariés de la branche devrait progresser de 11,1% pour atteindre 50 308 personnes en 2025. Cette croissance, qui est dans la lignée des évolutions observées depuis 2009, rend compte du développement de l'équipe dentaire dans les cabinets employeurs. Le nombre moyen de salariés par cabinet, qui était estimé à 1,8 en 2016, serait proche de 2,2 à l'horizon 2025.

“

Devant la multitude des normes, les jeunes sont dépassés. Ils veulent être salariés pour ne pas avoir à gérer ça.

%

Le nombre de salariés de la branche devrait progresser de **11,1%** pour atteindre 50 308 personnes en 2025.

► UN ACCROISSEMENT DE LA TAILLE DES ÉQUIPES

Faisant suite aux observations issues du portrait statistique, les prévisions des effectifs s'accompagnent d'une orientation tendancielle à la baisse du nombre de cabinets libéraux. La branche perdrait 456 cabinets entre 2019 et 2025 (Figure 16, p. 63). Moins que le repli des effectifs de chirurgiens-dentistes libéraux, c'est la prolongation du mouvement de regroupement des praticiens qui s'exprime à travers ce phénomène. Les cabinets dentaires de 2025 seront ainsi un peu moins nombreux mais de taille plus importante. Cette évolution constitue une tendance majeure de l'exercice prospectif. Selon les données projetées, le cabinet moyen de 2025 devrait être animé par 1,6 praticien libéral et 2,2 salariés par cabinet.

Au-delà des effectifs, la question de la structuration des équipes se pose. En la matière, les réponses au questionnaire en ligne peinent à rendre compte des configurations envisageables à l'horizon 2025. Si les effectifs anticipés de praticiens, d'assistantes dentaires, d'aides dentaires et de secrétaires sont assez bien renseignés, la présence de prothésistes et d'autres personnels comme les personnels d'entretien est sujette à un important taux de non-réponse. Une tendance à la sous-traitance des fonctions qu'ils prennent en charge peut, en partie, expliquer une faible capacité à projeter leur positionnement dans la forme à venir du cabinet.

Finalement, la structure des données collectées n'a pas permis de réaliser de classification robuste permettant de dégager les différentes formes de cabinets anticipées par les répondants. Une approche fréquentielle basique fait néanmoins émerger un

modèle de cabinet type avec une équipe étoffée comprenant :

- deux à trois praticiens (47,9% des réponses) ;
- deux à trois assistantes dentaires (44,8% des réponses) ;
- une aide dentaire (45,7% des réponses) ;
- une secrétaire (54,4% des réponses).

Les entretiens individuels suggèrent une structuration similaire du cabinet type à venir. En outre, comme le souligne la revue de littérature, les aspirations des nouvelles générations comme les contraintes organisationnelles ou financières sont systématiquement évoquées pour expliquer la tendance au regroupement des praticiens. Elle participe à la sauvegarde de l'exercice libéral en le facilitant :

« C'est rassurant pour les femmes, en plus ça permet de mieux gérer les horaires de travail et les jours de congé au niveau du cabinet. Il y a aussi les investissements comme pour le matériel d'empreinte numérique. Ça permet de mutualiser l'investissement. » **Chirurgienne-dentiste, représentante patronale**

« À plusieurs c'est plus facile pour gérer les normes, la pression sociale. C'est aussi plus facile d'embaucher, il y a plus de sécurité. » **Chirurgienne-dentiste**

La tendance au regroupement constitue donc sans conteste une tendance lourde corroborée par les statistiques. Néanmoins, la taille optimale du cabinet à venir ou, pour le moins, celle qui sera effectivement atteinte en 2025 reste largement sujette à différentes influences et notamment celles de la réglementation, de l'orientation de la politique de santé ou de la solvabilisation de la demande. Cependant, la plus forte et la plus certaine reste sans doute celle de la modification factuelle du paysage concurrentiel.



La branche perdrait

456

cabinets entre 2019 et 2025.



La tendance au regroupement constitue donc sans conteste une tendance lourde corroborée par les statistiques.



Les centres de santé dentaires monoprofessionnels représentent

42,5%

de l'ensemble des centres, part qui a progressé de 5,7 points depuis 2005.

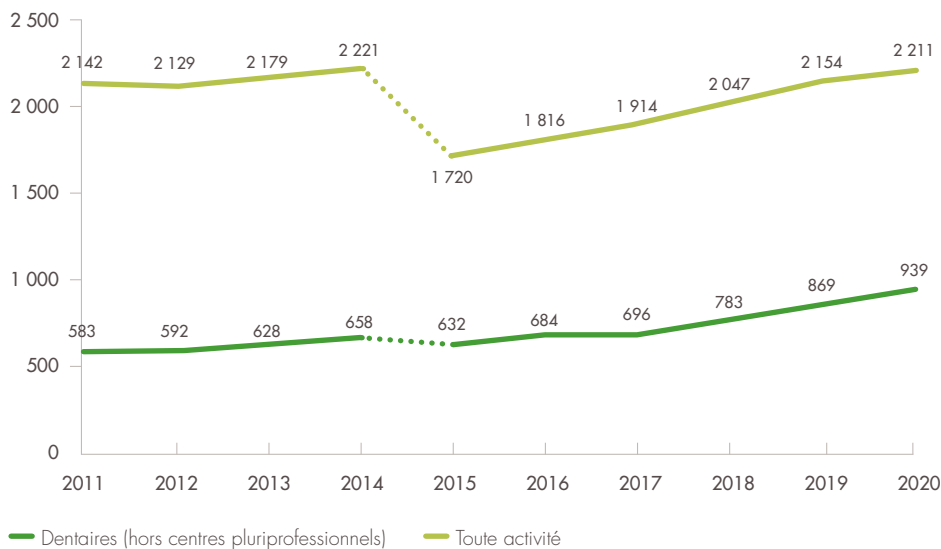
► VERS PLUS DE CONCURRENCE EXTERNE

Les observations de la structuration de l'offre de soins dentaires mettent en perspective un accroissement de la concurrence externe que vont rencontrer les cabinets à l'horizon 2025. En effet, la branche va être soumise à une pression concurrentielle de plus en plus intense de la part des centres de santé dentaires. L'actualisation des données retenues pour le portrait statistique montre que leur progression numérique a bénéficié des dispositions législatives prises après 2015³⁵ (Figure 17). En cinq ans, ils ont ainsi progressé de 48,6% pour atteindre 939 établissements en 2020. En outre, les centres de santé dentaires monoprofession-

nels représentent 42,5% de l'ensemble des centres, part qui a progressé de 5,7 points depuis 2005.

Exclusion faite d'une réorientation législative complète et peu probable, cet élan devrait se maintenir à l'horizon 2025. Une extrapolation simple laisse envisager un volume de 1 350 centres de santé dentaires à cette date. Ces éléments sont à rapprocher de la progression notable de la part des dépenses remboursables générée par les centres (voir p. 42). L'accroissement de la pression concurrentielle de ces acteurs hors branche constitue donc une tendance lourde devant être intégrée au modèle prospectif.

Figure 17 : Nombre de centres de santé recensés



Rupture de série en 2014.

Champ : Territoire national. Périmètre de recensement défini par l'IGAS.
Source : Daniel, Vienne, et Sivarajah (2017), DREES (2020).

35. L'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et le décret n°2018-143 du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

Les données recueillies sur le terrain révèlent néanmoins certaines nuances dans la perception de ce phénomène. La progression numérique des centres est clairement perçue par les professionnels, qu'ils soient salariés ou employeurs. 82,9 % des répondants à l'enquête en ligne constatent effectivement une multiplication des centres de santé dentaires. En revanche, les salariés considèrent moins souvent ces structures comme un vecteur de concurrence directe aux cabinets libéraux (54,8% contre 64,9% pour les praticiens). L'analyse des entretiens individuels apporte quelques fondements à ces appréciations globales.

Si la concurrence potentielle ou avérée des centres de santé est perçue par les chirurgiens-dentistes, elle reste assez peu identifiée et encore moins quantifiée. Un panel très large d'appréciations est ainsi recueilli. Il va de la minimisation de l'impact concurrentiel à la constitution d'un référentiel organisationnel :

« Non, les centres ne sont pas une concurrence. Ils font du low cost, ça n'a rien à voir avec un cabinet libéral. » **Chirurgien-dentiste, représentant patronal**

« Pour l'instant, il n'y a pas de développement [des centres], mais une très grosse pression à venir. » **Chirurgien-dentiste**

« Les centres de santé, c'est le modèle du futur : beaucoup de fauteuils, beaucoup de praticiens. C'est l'entreprise dentaire de demain. » **Chirurgien-dentiste**

Au-delà de l'offre de soins, cette concurrence concerne aussi l'offre de travail. De fait, l'appétence émergente au salariat des jeunes générations de praticiens peut être satisfaite dans ce type de structures. Incidemment, les évolutions constatées et les prévisions d'effectifs (**Figure 16**, p. 63) laissent envisager un report d'une partie des praticiens de champ libéral vers le salariat. Mais cette attractivité est aussi rencontrée chez les salariés. Sur ce point, les ressentis extraits des entretiens individuels convergent :

« Les centres et les maisons de santé aspirent les nouveaux salariés. C'est normal, ils offrent de meilleures conditions de travail et de salaires. » **Assistante dentaire**

« Il y a le fait d'avoir des collègues qui joue. Dans un petit cabinet, où il y a seulement un dentiste et une assistante, on se sent un petit peu isolé. » **Assistante dentaire**

« Les centres de santé dentaires, c'est un gros risque [pour la branche] avec des recrutements en masse. » **Assistante dentaire, représentante salariée**

Pour autant, la capacité d'attraction des centres reste difficilement quantifiable mais elle participe de la construction d'un signal faible. En toute hypothèse, la concurrence à laquelle la branche devra faire face potentiellement n'aura donc pas uniquement des impacts en termes de parts de marché.

“

« Les centres et les maisons de santé aspirent les nouveaux salariés. C'est normal, ils offrent de meilleures conditions de travail et de salaires. »

—

“

Si la concurrence potentielle ou avérée des centres de santé est perçue par les chirurgiens-dentistes, elle reste assez peu identifiée et encore moins quantifiée.

—

LES FACTEURS DE SCÉNARIOS

“

Si le développement des équipes lié au regroupement des praticiens est une tendance lourde, la structuration organisationnelle du cabinet à venir reste en suspens.

—

À partir des informations recueillies sur le terrain et au cours des réunions de pilotage avec les partenaires sociaux, une série de signaux faibles a été identifiée. Trois d'entre eux ont été sélectionnés en raison de leur niveau d'imprévisibilité et des impacts conséquents qu'ils peuvent potentiellement avoir sur l'évolution des cabinets dentaires et de la branche à l'horizon 2025.

► LA SPÉCIALISATION DES ÉQUIPES OU LE RENFORCEMENT DE L'OMNIPRATIQUE

Si le développement des équipes lié au regroupement des praticiens est une tendance lourde, la structuration organisationnelle du cabinet à venir reste en suspens. Trois hypothèses peuvent être formulées :

- les cabinets peuvent choisir la spécialisation dans quelques types d'actes. Le principe sous-jacent réside dans une stratégie de différenciation de l'offre de soins voire, au niveau local, d'exploitation d'un segment caractérisé par une offre lacunaire. Le niveau de la pression concurrentielle ressentie est déterminant pour ce type d'orientation. Il s'agit, par exemple, de maintenir un niveau de rentabilité satisfaisant par une forme d'industrialisation des soins conservateurs ou de développer une expertise des soins prothétiques à destination des patients âgés. Dans ce type de configuration, l'ensemble des praticiens du cabinet se spécialisent dans le segment

d'actes visés. Les résultats de l'enquête en ligne montrent que la spécialisation des cabinets est une trajectoire envisageable pour 62,0% des répondants ;

- un mode de développement mixte peut être supposé. Il consiste à maintenir un socle d'omnipratique sur lequel vient se greffer au moins une spécialité. L'activité du cabinet repose alors sur une équipe de praticiens travaillant en synergie composée de quelques spécialistes et d'omnipraticiens. Cette hypothèse de développement est celle qui semble la plus probable pour les répondants de l'enquête en ligne. Elle est perçue par 77,9% d'entre eux. Ce résultat est peu surprenant dans la mesure où la trajectoire de développement induite est la plus adaptative et n'implique pas de modification drastique de la structuration de l'offre de soins ;
- l'organisation des cabinets autour de la seule omnipratique implique une uniformisation des structures et de l'offre d'actes avec le maintien de quelques structures très spécialisées référentes vers lesquelles sont orientés les patients lorsque les limites du savoir-faire sont atteintes. Cette hypothèse est celle de l'évolution très marginale des formes d'offres libérales de soins. Elle est retenue par 25,8% des répondants à l'enquête en ligne seulement. Ce résultat et l'observation de la structuration des cabinets conduit à la rejeter pour ne retenir que les deux précédentes.

“

L'organisation des cabinets autour de la seule omnipratique implique une uniformisation des structures et de l'offre d'actes avec le maintien de quelques structures très spécialisées...

—

Dans tous les cas, il convient de noter que la nature du territoire d'implantation des cabinets est un facteur jouant un rôle fondamental. Les entretiens individuels et les résultats de l'enquête en ligne montrent que le maintien généralisé de l'omnipratique et, dans une moindre mesure, l'hypothèse d'un développement mixte sont plutôt envisagés par des professionnels – salariés et employeurs – exerçant sur des territoires plutôt ruraux. En revanche, l'hypothèse de spécialisation est retenue par des professionnels implantés dans les grandes agglomérations et, en partie, sur des territoires plutôt urbains. Cette observation n'est pas surprenante. Elle exprime simplement la possibilité d'une segmentation fine de la patientèle dans les zones à forte densité populationnelle et donc de rentabilité de la spécialisation. Les avis restent cependant assez peu tranchés pour que l'évolution à venir conserve un assez haut degré d'imprévisibilité.

► LA PRISE DE CONTRÔLE OU L'ATTENTISME DE L'AMC

En dehors des paramètres psychosociaux, la solvabilisation de la demande est un facteur d'influence de premier ordre de la demande de soins dentaires. Or, les organismes d'Assurance maladie complémentaire (AMC) se voient progressivement dotés d'un pouvoir de contrôle accru dans la solvabilisation. Les dispositifs prévus au titre de la réforme « 100% santé » illustrent ce phénomène. Dans ce cadre, les modulations du reste à charge offertes par l'AMC en fonction des choix de couverture – eux-mêmes liés à la propension à payer des assurés – constituent de facto un levier de contrôle sur l'activité des cabinets (Batifoulie & Ginon, 2019).

Sur le terrain, la dépendance aux financeurs de la demande de soins est intégrée par les praticiens ayant participé aux entretiens individuels. Les avis convergent sur le fait que la grande majorité de la demande disparaîtrait si les patients n'étaient pas remboursés. Bien que la perception par les professionnels de la stratégie des acteurs de l'Assurance maladie, obligatoire ou complémentaire, soit généralement floue, le développement des réseaux de cabinets contractualisant avec les organismes de l'AMC est envisagé comme une évolution crédible et contraignante :

« Le développement des réseaux, c'est une possibilité... Mais on manque de visibilité là-dessus. » *Chirurgien-dentiste*

« Comme le système est basé sur la solvabilité, les financeurs en profitent pour faire rentrer les praticiens dans les réseaux de soins. » *Chirurgien-dentiste*

Parallèlement, une majorité des répondants à l'enquête en ligne (68,8%) pensent que, dans les cinq ans à venir, les cabinets vont de plus en plus être soumis à des accords avec l'AMC. La conjonction du manque de visibilité et l'expression d'une possibilité de développement conduisent à intégrer le rôle de l'AMC dans les facteurs d'évolution par deux hypothèses concurrentes :

- les acteurs de l'AMC adoptent une position attentive et n'interviennent pas plus fortement dans le conditionnement de la demande de soins dentaires. Ce positionnement peut reposer sur des espérances de gains faibles en raison du nivellement tarifaire partiel induit par l'encadrement des soins conservateurs et prothétiques. Dans ce cas, pour un cabinet, l'accès à un réseau agréé par un organisme de l'AMC n'apporte pas plus de gain qu'une visibilité améliorée auprès des assurés de cet organisme et n'engendre que de faibles contraintes ;

“

L'hypothèse de spécialisation est retenue par des professionnels implantés dans les grandes agglomérations et, en partie, sur des territoires plutôt urbains.

68,8%

68,8%

des répondants à l'enquête en ligne pensent que, dans les cinq ans à venir, les cabinets vont de plus en plus être soumis à des accords avec l'AMC.



- sur un marché de la complémentaire s'orientant vers un oligopole³⁶, les organismes de l'AMC déploient des stratégies offensives s'accompagnant d'une plus grande maîtrise du coût des soins. Ils s'appuient sur des partenariats pour développer des réseaux de santé avec deux objectifs principaux : d'une part, permettre aux assurés d'accéder à des services complémentaires – engagements de conseil, d'accueil, de qualité, d'accompagnement, etc. – pour les soins à tarif encadré et, d'autre part, garantir un prix minimal pour les soins à tarif libre. Les partenariats avec les praticiens sont noués sur la base d'un fléchage systématique des patients, de l'apport d'un soutien logistique – gestion des facturations, des rendez-vous, etc. – en contrepartie de normes, de tarifs, de services et de soins scrupuleusement respectés.

Le passage d'une stratégie à l'autre au cours des cinq années à venir est possible puisque des structures et des bases de conventionnement sont déjà expérimentées. L'ajustement de ces dispositifs, leur renforcement et leur déploiement à très court terme est envisageable au moins pour les majors du secteur assurantiel.

► LE DÉVELOPPEMENT DU CONSUMÉRISME DENTAIRE OU LA VALORISATION DE LA RELATION MÉDICALE

L'évolution des rapports à la patientèle est un thème ayant émergé spontanément au cours des entretiens individuels et collectifs. Le sentiment d'une dégradation généralisée est systématiquement formulé. Il est exprimé par les salariés comme les employeurs sous les termes récurrents d'un passage comportemental vers le consu-

mérisme médical. Ce phénomène est peu surprenant dans la mesure où il est observé dans l'ensemble des professions médicales (OMPL & Rapelli, 2020). Les fondements du colloque singulier – l'asymétrie informationnelle et le secret – se sont érodés sous les effets conjugués de l'obligation légale d'obtention du consentement éclairé, de la multiplication des sources d'information plus ou moins fiables via les sites et les réseaux sociaux, de l'émergence des plateformes d'intermédiation de type Doctolib et d'une valorisation sociale du triptyque formé par la recherche d'immédiateté dans la satisfaction des besoins, la minimisation des coûts et la maximisation de la qualité.

L'articulation de ces éléments généraux est évoquée par une grande majorité des participants aux entretiens individuels. Mais un rapprochement est aussi fait entre la réforme « 100 % santé » et un risque d'amplification des comportements consuméristes du fait de l'atténuation de la barrière économique aux soins prothétiques :

« Les patients deviennent très exigeants. Ils veulent être traités dans l'urgence. On est de plus en plus dans du consumérisme dentaire médical. » *Chirurgienne-dentiste, représentante patronale*

« Je crois qu'il y a une réelle évolution du métier de dentiste. Les soins dentaires sont entrés dans le panier de la ménagère avec le 100 % santé. Il y a un changement : on passe du savant en blouse blanche au Franck Provost de la dentisterie. » *Assistante dentaire*

« Avec le reste à charge zéro, les patients deviennent utilisateurs d'un service qui leur est dû, en quelque sorte. » *Chirurgien-dentiste*

“

La tendance au regroupement constitue donc sans conteste une tendance lourde corroborée par les statistiques.

—

36. Situation dans laquelle un nombre réduit d'offres fait face à un grand nombre de demandeurs.

Néanmoins, cette tendance ressentie est tempérée par la mise en perspective de l'importance des rapports humains et de la confiance :

«*On est face à du consumérisme dentaire, c'est vrai. Mais on se rend vite compte qu'il y a aussi un vrai besoin de rapport humain.*» *Chirurgienne-dentiste*

Du fait des perturbations conceptuelles qu'elle engendre, la dimension du profil du patient-consommateur est peut-être majorée par les membres des équipes dentaires. Des données recueillies auprès de patients donnent encore un rôle essentiel à l'établissement d'une relation de confiance dans le choix d'un praticien parallèlement à sa proximité géographique, sa disponibilité et la qualité des soins pratiqués (Abasq, 2017). En revanche, ces données montrent aussi que le tout premier contact reste fortement déterminé par l'avis pris auprès de tiers. Or, si les proches (famille, amis) restent des figures importantes dans les choix opérés en matière de santé, les renseignements pris sur Internet peuvent aussi constituer un puissant vecteur de recommandation du praticien (Seux, 2018).

Au regard de ces éléments, deux hypothèses comportementales sont retenues :

- les patients adoptent de plus en plus massivement des comportements consuméristes stimulés par une plus grande accessibilité économique aux soins, un rôle grandissant des plateformes d'intermédiation et une meilleure disponibilité de l'information comparative – tarifs, qualité, normes – sur Internet. Incidemment le rapport au praticien se distend et la volatilité de la patientèle augmente ;

- le comportement de la patientèle s'oriente vers une recherche de la qualité des soins et une maximisation du relationnel. Les vecteurs d'information – proches, Internet, réseaux sociaux – jouent dans le choix initial du praticien qui est transformé en relation pérenne si les attentes qualitatives du patient sont satisfaites.

Dans cette articulation d'hypothèses, le rôle du territoire d'implantation est, encore une fois, assez marqué. Dans les grandes agglomérations et sur les territoires plutôt urbains, la densité de cabinets dentaires offre un plus grand panel de choix pour les patients. Cette possibilité est rapidement contrainte en milieux rural.

“

Les renseignements pris sur Internet peuvent constituer un puissant vecteur de recommandation du praticien.

« Les patients deviennent très exigeants. Ils veulent être traités dans l'urgence. On est de plus en plus dans du consumérisme dentaire médical. »



DEUX SCÉNARIOS RETENUS



Afin de faire émerger des avantages concurrentiels, les assureurs déploient des stratégies de maîtrise de la dépense et de différenciation par les services.

Le croisement des tendances lourdes et de la modulation des hypothèses proposées conduit à repérer deux scénarios suffisamment stables pour présenter un intérêt prospectif. Le choix découle de l'analyse transversale des échanges et débats ayant émergés au cours des entretiens individuels et collectifs. En outre, ils supposent deux évolutions très différentes permettant d'élargir le spectre des possibles dans la réflexion des partenaires sociaux. Leur déroulement est précisé préalablement à l'analyse des principales conséquences pour les cabinets et la branche. Les impacts sur les métiers et les compétences sont ensuite envisagés.

► VERS LA CLINIQUE DENTAIRE SPÉCIALISÉE

Ce scénario repose sur un choc exogène : l'adoption d'une stratégie agressive de maîtrise de la dépense en soins dentaires par les organismes de l'AMC entraînant un mouvement de spécialisation des cabinets dentaires libéraux. Parallèlement, il est considéré que le comportement des patients répond principalement à un objectif de minimisation des coûts au travers des conditions prévues dans leur contrat d'assurance. Dans cette perspective, le cabinet dentaire libéral s'oriente vers un modèle proche de celui des centres de santé.

Contextualisation et déroulement

À partir de 2021, la réforme santé connaît un réel succès et conduit à une demande croissante de soins dans les segments couverts par le panier « 100 % santé » et, dans une moindre mesure, par le panier « maîtrisé ». Les organismes de l'AMC voient leur capacité de différenciation des contrats res-

ponsables réduite du fait même de la standardisation tarifaire, mais aussi technique, des soins et des actes. En outre, ils doivent faire face à un accroissement de consommation qui nécessite une réévaluation à la hausse des cotisations, d'autant plus conséquente que ce sont les titulaires des contrats d'entrée de gamme qui deviennent fortement consommateurs de soins dentaires sans reste à charge.

Afin de faire émerger des avantages concurrentiels, les assureurs déploient alors des stratégies de maîtrise de la dépense et de différenciation par les services. À cette fin, la contractualisation avec des structures de soins en mesure de respecter des cahiers des charges détaillés est systématiquement recherchée, de manière directe par les majors du marché de la complémentaire santé ou indirecte par le biais de plateformes de santé pour les acteurs secondaires. Les dispositifs existants sont renforcés et raffinés. Le respect des normes techniques, tarifaires, d'accueil et de suivi du patient permet à la structure de soins de bénéficier d'une orientation pouvant avoir un caractère impératif de la patientèle, d'une gestion simplifiée des paiements *via* le traitement automatique du tiers payant et d'outils de facilitation de la gestion du cabinet notamment.

Au niveau local, la capacité d'orientation des patients par les organismes de l'AMC est renforcée par des accords pouvant être inscrits dans les clauses de services des contrats collectifs proposés aux entreprises. En outre, des clauses prévoyant une moindre prise en charge peuvent être envisagées lorsque l'assuré s'oriente vers une structure de soins dentaires non partenaire.



Le comportement des patients répond principalement à un objectif de minimisation des coûts au travers des conditions prévues dans leur contrat d'assurance.

Les cabinets dentaires libéraux sont donc soumis à une concurrence intra-branche fondée sur leur capacité à se conformer aux cahiers des charges ouvrant au partenariat avec les assureurs. Une stratégie de spécialisation et de grossissement des équipes dentaires est alors privilégiée avec une intensité croissante en fonction du degré d'urbanisation du territoire d'implantation. L'objectif est de minimiser les coûts unitaires des soins par la standardisation des gestes et des modes de gestion de la patientèle, tout en mutualisant la charge du matériel et de la fourniture des services connexes aux soins permettant de bénéficier des partenariats avec les assureurs. La poursuite de ces objectifs est d'autant plus vitale dans les zones où sont implantés des centres de santé dentaires. Ces derniers sont, en effet, déjà configurés pour suivre ce type d'orientations stratégiques.

Conséquences pour les cabinets et la branche

Les cabinets perdent la maîtrise de la patientèle et se trouvent dans une position proche de la sous-traitance en réseau avec « une course à la labellisation » sous peine de disqualification. Un différentiel se creuse entre les cabinets implantés en milieu urbain, faisant face à une intensification maximale de la concurrence intra et extra-branche, et ceux plus éloignés des centres urbains qui peuvent bénéficier d'un monopole ou d'un oligopole local. Ces derniers conservent une activité organisée autour de l'omnipratique avec une équipe intégrant au maximum trois praticiens et autant d'assistantes dentaires.

En milieu urbain, la massification des actes liée à la spécialisation conduit à une rationna-

lisation organisationnelle de l'activité d'une équipe étoffée. Une division des tâches par pôles de compétences – accueil, secrétariat, gestion technique, soins – est mise en place. Le modèle visé est celui d'une équipe de plus de trois praticiens, épaulée par un nombre légèrement supérieur – une à deux personnes – d'assistantes dentaires afin de permettre la fluidification de la gestion du personnel. Les assistantes se concentrent sur leur activité d'auxiliaires directes du chirurgien-dentiste. L'équipe peut aussi compter une aide dentaire en charge des tâches de stérilisation, de préparation des équipements, etc. Néanmoins, dans un objectif de rentabilité, certaines de ces tâches peuvent être confiées à un prestataire extérieur au cabinet. Enfin, les fonctions de secrétariat et d'accueil revêtent une importance capitale pour la fluidification du parcours patient tant dans le déroulement du rendez-vous que dans son organisation en amont et ses conséquences en aval.

Incidemment, cette trajectoire implique une accélération du mouvement de regroupement des praticiens. Le nombre de cabinets employeurs verrait donc son repli accéléré au profit d'un grossissement conséquent de l'équipe moyenne. À titre illustratif, avec un nombre de praticiens libéraux inchangé par rapport aux prévisions, le passage d'un effectif moyen de 1,6 chirurgien-dentiste par cabinet à 2,0 implique un nombre de cabinets dentaires ramené à 18 559 en 2025 soit 4 118 de moins que le nombre estimé pour la tendance. Sur cette base, le passage à une équipe comptant en moyenne 2,9 salariés induirait un effectif de 53 821 salariés en 2025 soit 3 513 de plus que ceux projetés en tendance³⁷.



“

Les cabinets perdent la maîtrise de la patientèle et se trouvent dans une position proche de la sous-traitance en réseau avec « une course à la labellisation ».

37. Les coefficients multiplicatifs retenus sont fixés arbitrairement au regard de leur cohérence avec les orientations du scénario et l'horizon temporel retenus.

“

il faudrait que le passage au statut salarial des praticiens soit massif pour que la branche soit confrontée à une érosion de ses effectifs salariés à l'horizon 2025.



Le nombre de personnels de support serait doublé et représenterait

1/3

des effectifs en 2025 contre un peu moins de 20% en 2020.

“

Un besoin de délégations d'actes au profit des assistantes peut émerger. Il concerne a minima les actes de radiographie mais peut être étendu à des soins préventifs...

Il convient de noter que, dans ce scénario, les centres de santé dentaires pourraient gagner en attractivité auprès des jeunes praticiens et générer une décroissance sensible du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux. Néanmoins, il faudrait que le passage au statut salarial des praticiens soit massif pour que la branche soit confrontée à une érosion de ses effectifs salariés à l'horizon 2025.

Impact sur les métiers et compétences

Ce scénario implique une évolution notable de la structure socioprofessionnelle de la branche. En effet, le nombre de personnels de support (administratif, secrétariat, accueil) serait doublé et représenterait un tiers des effectifs en 2025 contre un peu moins de 20% en 2020. Cette configuration découle d'un besoin en personnels dédiés à l'accompagnement du patient et à son suivi. De fait, les cabinets doivent être calibrés pour maximiser le volume de soins tout en respectant les normes de services (qualité d'accueil, information des patients, etc.) prévues dans le cahier des charges du partenariat avec le ou les organismes d'AMC. Dans ce cadre, les personnels d'accueil doivent maîtriser des compétences liées au relationnel, au commercial et à l'organisationnel. Les personnels de secrétariat – qui peuvent aussi être en charge des fonctions d'accueil – doivent être en mesure d'établir des devis sur les indications des chirurgiens-dentistes, de monter et de suivre les dossiers patients, de prendre en charge l'interface avec l'AMO et l'AMC, etc.

Dans ce modèle de développement, les aides dentaires ont la charge de la ges-

tion technique du cabinet. Leurs compétences sont renforcées dans les domaines de la gestion des stocks, la maintenance des équipements, l'interface avec les fournisseurs, le suivi administratif des travaux de prothèse et la stérilisation. En fonction des modalités de gestions retenues par le cabinet, une partie de ces tâches peut être sous-traitée. Dans ce cas de figure, les fonctions non déléguables à un tiers, comme la gestion de la relation fournisseurs, sont transférées vers le secrétariat rendant inutile les postes d'aides dentaires.

La division des tâches accrue que suppose le scénario conduit à exacerber le rôle d'auxiliaire directe du chirurgien-dentiste détenu par les assistantes dentaires. Elles sont délestées des tâches d'accueil, de secrétariat, de gestion administrative et de maintenance de l'équipement au profit de la seule intervention dans les tâches connexes à l'acte odontologique. Il est à noter que la taille des équipes implique un affaiblissement de la relation exclusive entre un chirurgien-dentiste et une assistante. La gestion des plannings et de l'affectation des personnels étant largement facilitée par la standardisation des tâches et des matériels, la rotation des équipes est simplifiée.

En outre, un besoin de délégations d'actes au profit des assistantes peut émerger. Il concerne a minima les actes de radiographie mais peut être étendu à des soins préventifs quand ces derniers ne sont pas au cœur de la spécialisation du cabinet. L'objectif est de ménager le temps et les capacités des praticiens en les délestant des actes peu techniques et peu valorisables.

► VERS LE CABINET ENTREPRENEURIAL

Le second scénario est articulé autour d'un comportement plutôt attentiste des acteurs de l'AMC, d'une valorisation de la qualité des soins par les patients et d'une activité des cabinets libéraux combinant omnipratique et spécialisation. Le déroulé de ce scénario amplifie les tendances actuellement observées et met en perspective les principales conditions à une évolution maîtrisée par les entreprises de la branche.

Contextualisation et déroulement

À partir de 2021, les dispositifs de la réforme santé sont pleinement opérationnels. Comme attendu par les pouvoirs publics, ils ont pour effet de réduire le nombre de renoncements aux soins pour raisons financières. Par enchaînement, ils stimulent la demande de soins dans leur ensemble corrélativement aux opérations de communication sur la réforme et de sensibilisation aux soins dentaires. Pour absorber l'effet de l'augmentation du volume des remboursements, les acteurs de l'AMC optent pour une réadaptation des niveaux de garantie et une hausse des tarifs. En réaction, les patients intègrent un comportement de maximisation de la qualité des soins et des services connexes.

Dans un premier temps, la demande croissante de soins faiblement rémunérateurs bénéficie directement aux centres de santé dentaires. Par une rationalisation continue des actes et des procédures, leur modèle organisationnel permet d'absorber rapidement un supplément de demande de ce type, tout en ména-

geant leur seuil de rentabilité. Des délais de rendez-vous réduits, la disponibilité permanente d'une équipe de praticiens et la prise en charge de la gestion des démarches administratives sont les principaux avantages comparatifs qu'ils font valoir. Leur implantation en milieu urbain et semi-urbain s'intensifie, et ils renforcent la visibilité de leurs établissements par l'apparence et la forme des locaux afin d'accroître leur attractivité. La patientèle des cabinets libéraux, notamment des plus anciens, commence à s'éroder par le segment des soins conservateurs et des soins intégrés dans le panier « 100 % santé ».

En réaction, les cabinets dentaires libéraux reformulent leur organisation pour contrer l'emprise croissante des centres de santé, tout en cherchant à valoriser les spécificités de l'entreprise et de l'activité libérale de santé. Ainsi, ils cherchent à développer des avantages comparatifs en termes de qualité et de personnalisation des soins que ne permet pas réellement la rationalisation productive adoptée par les centres de santé. Parallèlement, le mouvement de regroupement des chirurgiens-dentistes s'accélère sur tous les types de territoires – urbains et ruraux – avec un modèle de structure intégrant trois à quatre praticiens dont certains peuvent être salariés. Dans les centres urbains, les groupements ont tendance à intégrer des effectifs un peu plus importants. L'activité se répartit entre un socle d'omnipratique et une à deux spécialités fondées sur des segments d'actes et/ou des segments populationnels.

“

La patientèle des cabinets libéraux, notamment des plus anciens, commence à s'éroder par le segment des soins conservateurs et des soins intégrés dans le panier « 100 % santé ».

“

Les cabinets dentaires libéraux reformulent leur organisation pour contrer l'emprise croissante des centres de santé, tout en cherchant à valoriser les spécificités de l'entreprise et de l'activité libérale de santé.

“

La relation au patient évolue, il devient le patient du cabinet avant d'être celui d'un praticien.

Dans cette optique une réelle gouvernance d'entreprise est mise en place dans chaque cabinet. Elle est à même de fédérer et d'organiser l'activité pour atteindre plusieurs objectifs simultanément :

- pouvoir répondre à la demande d'actes peu rémunérateurs mais garantissant un fonds de roulement robuste et ouvrant des possibilités d'élargissement d'une patientèle fidèle ;
- être en mesure de réaliser des actes spécialisés et rémunérateurs ciblés constituant un facteur de différenciation par rapport aux autres cabinets de la branche et aux centres de santé dentaires ;
- répondre aux besoins des nouvelles générations de praticiens et de salariés en ce qui concerne l'articulation entre les temps professionnels et les temps personnels ;
- assurer une qualité élevée des soins et leur continuité : ce n'est pas le patient qui s'adapte au cabinet mais le cabinet qui propose des solutions au patient.

“

En fonction de leurs compétences et affinités particulières, des assistantes peuvent avoir la charge de domaines de gestion spécifiques du cabinet parallèlement à leur présence au fauteuil.

Pour chaque cabinet libéral, il s'agit donc d'être en mesure de proposer un panel de soins étoffé à sa patientèle tout en se distinguant par une spécialité. La recherche de l'apport de soins de qualité implique que le cabinet possède toutes les ressources matérielles et humaines nécessaires en interne. Elles sont organisées dans le but de limiter la multiplication des rendez-vous et l'orientation des patients vers des prestataires externes, en dehors des cas réclamant des actes spécialisés ne pouvant être réalisés de façon optimale. Les fauteuils et les équipements sont standardisés afin d'autoriser une rotation fluide des praticiens en fonction des volumes et de la nature de l'activité journalière.

Conséquences pour les cabinets et la branche

Dans ce scénario, le bon développement des cabinets impose la redéfinition du cabinet libéral en la fondant sur l'assimilation d'un management d'entreprise. En d'autres termes, le groupement ne doit pas être compris comme la mutualisation d'équipements et de charges mais bien comme un projet de développement d'une structure de soins. Il ne s'agit pas de réunir des binômes praticien-assistante exerçant en parallèle dans un même lieu mais bien de constituer une équipe dentaire coordonnée autour du projet que représente le cabinet.

Incidemment, la relation au patient évolue. Il devient le patient du cabinet avant d'être celui d'un praticien. Cette configuration permet d'assurer la continuité des soins en s'affranchissant des contraintes de planning individuel et de bénéficier d'une expertise collective lorsqu'un praticien atteint les limites de son domaine de compétences. La relation de binôme entre chaque praticien et son assistante est aussi diluée au profit d'une plus grande flexibilité organisationnelle de l'équipe.

Dans ce cadre, un ou deux chirurgiens-dentistes fondateurs exercent la fonction de dirigeants. Ils assurent la cohésion du cabinet et le management de ses membres, praticiens comme salariés. L'équipe dentaire compte au moins autant d'assistantes que de chirurgiens-dentistes. En fonction de leurs compétences et affinités particulières, des assistantes peuvent avoir la charge de domaines de gestion spécifiques du cabinet parallèlement à leur présence au fauteuil (planning, interface avec les fournisseurs, éducation à

l'hygiène dentaire, etc.). Dans ce cas, les domaines doivent être clairement identifiés par l'ensemble des membres de l'équipe afin de limiter les doublons et les différentiels de traitement. La présence d'aides dentaires est fonction de la taille du cabinet et des choix organisationnels arrêtés par les dirigeants.

Les fonctions d'accueil et de secrétariat sont confiées à un personnel dédié. Il doit être en mesure d'assurer un suivi personnalisé des dossiers patients, de gérer les paiements, d'assurer l'interface avec l'AMO et l'AMC, d'établir les devis sur les indications des praticiens et de produire les principaux tableaux de bords comptables.

La trajectoire prospective induit un léger renforcement des effectifs du cabinet moyen à l'horizon 2025. Par rapport aux prévisions tendanciennes, le passage à 1,8 chirurgien-dentiste en moyenne par cabinet conduit à un repli du nombre de structures employeuses de 2 265 unités. En outre, les effectifs salariés seraient légèrement majorés (+ 1 744 personnes). La branche compterait alors 20 412 cabinets employeurs et 52 052 salariés.

Impact sur les métiers et compétences

Les grandes répartitions de la structure socioprofessionnelle de la branche ne sont pas profondément modifiées par le scénario. Seule la plus ou moins grande capacité des cabinets libéraux à s'ouvrir aux praticiens salariés peut amener une évolution notable. En revanche, les métiers et compétences évoluent assez fortement.

Les chirurgiens-dentistes dirigeants doivent nécessairement acquérir de réelles compétences managériales, organisation-

nelles et entrepreneuriales. D'une stature de femmes ou hommes de l'art épaulés par une assistante, ils doivent se projeter comme praticien à la tête d'une équipe composée de profils très variés. Des compétences en management peuvent aussi être nécessaires à certains salariés auxquels est confié le rôle de référent. En outre, si une certaine multiplicité de la nature des tâches demeure dans l'activité des salariés, une distinction nette est opérée entre, d'une part, les personnels en charge de l'accueil, du secrétariat et de l'administratif et, d'autre part, les personnels exerçant dans les sphères techniques du cabinet et du soin.

Au niveau de l'accueil, du secrétariat et de l'administratif, les champs de compétences sont renforcés par rapport aux configurations les plus fréquemment observées actuellement. Les salariés gagnent en autonomie et doivent être en mesure de coordonner leurs actions avec les contraintes des patients et des praticiens.

Pour leur part, les assistantes dentaires recentrent leurs compétences dans le domaine du support direct aux soins et du fonctionnement technique du cabinet. Dans le cas où elles choisissent d'assumer un rôle plus important dans un type de fonctions techniques, des procédures de renforcement des compétences doivent être déployées pour favoriser la cohérence de cet engagement. De plus, la délégation de tâches telle qu'envisagée par le projet de diplôme d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2 (ADQ2) pourrait constituer un levier supplémentaire de développement. Outre les actes de radiographie, une ADQ2 pourrait prendre en



“

L'objectif est de valoriser des plages de disponibilité des fauteuils tout en permettant une gestion fluide des agendas des praticiens pouvant intégrer des séances de formation et d'information.

charge une partie des actes de détartrage supra-gingival, de pose de *sealants*, de prise d'empreintes d'études, etc. en fonction de la disponibilité des fauteuils. L'objectif est de valoriser des plages de

disponibilité des fauteuils tout en permettant une gestion fluide des agendas des praticiens pouvant intégrer des séances de formation et d'information.

📄 Tableau 6 : Synthèse des scénarios

S. 1 : vers la clinique dentaire	S. 2 : vers le cabinet entrepreneurial
Hypothèses	
<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de la dépense de soins par l'AMC • Spécialisation des cabinets • Minimisation des coûts pour les patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Neutralité de l'AMC • Omnipratique autour d'un noyau de spécialités • Valorisation des soins par les patients
Effets	
<ul style="list-style-type: none"> • Développement des réseaux et plateformes de santé • Massification des actes et rationalisation • Exacerbation de la concurrence intra et extra-branche 	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution du modèle libéral • Personnalisation des soins et du relationnel • Stratégie de différenciation par la qualité par rapport aux centres de santé
Impacts sur les cabinets	
<ul style="list-style-type: none"> • Tendance à la constitution de grosses structures • Perte de la maîtrise de la patientèle • Segmentation fine des tâches 	<ul style="list-style-type: none"> • Croissance modérée de la taille des cabinets • Offre de soins optimisée en fonction des besoins locaux • Segmentation formelle entre les tâches liées au plateau technique et celles de l'administratif
Impact sur les métiers	
<ul style="list-style-type: none"> • Spécialisation des salariés • Croissance marquée du nombre d'employés administratifs • Développement d'un management hiérarchique 	<ul style="list-style-type: none"> • Recentrage sur deux cœurs de métiers (support et technique) • Au moins une secrétaire à part entière par cabinet • Développement d'un management collaboratif



ENJEUX D'EMPLOI, DE COMPÉTENCES ET DE RESSOURCES HUMAINES POUR L'AVENIR

À partir des tendances observées et des hypothèses retenues, les deux scénarios anticipent un accroissement du nombre de salariés au sein de la branche. Or, le développement des équipes dentaires implique, dans les deux cas, une plus forte segmentation des tâches. Cette tendance à la division des domaines de compétences est assez naturelle. Au fur et à mesure que les structures grossissent, la pluralité des fonctions individuelles devient de moins en moins efficace. Ce phénomène doit donc être intégré aux réflexions portant sur les métiers et compétences à venir.

Parallèlement, les constats prospectifs restent subordonnés aux capacités de développement des centres de santé dentaires et, plus encore, à leur pouvoir d'attraction sur les salariés – mais aussi sur les praticiens – de la branche des cabinets dentaires libéraux. En plus d'un travail au sein d'une équipe nombreuse, les centres sont en mesure de proposer des compléments au salaire (chèques-vacances, couverture maladie complémentaire d'entreprise avec des garanties attrayantes, comité d'entreprise, etc.) que les cabinets libéraux, en tant que TPE, ne peuvent que difficilement mettre en place. La question de l'attractivité de la branche pour les salariés – actifs ou potentiels – reste donc une composante à ne pas négliger. Or, l'attractivité passe aussi par les évolutions de carrières que peuvent offrir les entreprises. Les capacités d'enrichissement de compétences et des

connaissances sont donc des éléments fortement valorisables tant au niveau des cabinets que de la branche.

L'articulation de ces constats avec les informations collectées au cours de l'étude conduit à repérer trois domaines d'actions pour l'adaptation des formations et des métiers aux évolutions futures. Pour chacun d'eux des séries de préconisations sont formulées.

► DÉVELOPPER UNE CULTURE DE L'ÉQUIPE MANAGÉE PLUTÔT QUE DU BINÔME

Le renforcement de l'intégration d'éléments de management et d'entrepreneuriat dans le cursus universitaire des chirurgiens-dentistes est une demande régulièrement exprimée. Néanmoins, les besoins vont au-delà du seul apprentissage de compétences dans la gestion d'entreprise. Des fondements en comptabilité, en droit des entreprises et sociétés ou en gestion courante sont certes nécessaires mais non suffisants. Les tendances observées et leurs amplifications par les scénarios montrent qu'il est indispensable pour les praticiens, ou au moins pour une partie d'entre eux, de développer de réelles compétences en gestion des ressources humaines et en pilotage d'équipes.

En effet, le renforcement des équipes induit mécaniquement un accroissement des interactions personnelles et un besoin accru de coordination efficace. De plus, les fondements de l'appétence au salariat des

“

En plus d'un travail au sein d'une équipe nombreuse, les centres sont en mesure de proposer des compléments au salaire (chèques-vacances, couverture maladie complémentaire, comité d'entreprise...) que les cabinets libéraux, en tant que TPE, ne peuvent que difficilement mettre en place.

“ Des compétences relationnelles autorisant un management efficace doivent donc être acquises pour fluidifier les relations interpersonnelles. —

jeunes générations de praticiens – ou de leur moindre appétence au statut libéral – impliquent que des relations hiérarchiques vont s'établir entre les praticiens pilotes et les autres praticiens membres du cabinet. Des compétences relationnelles autorisant un management efficace doivent donc être acquises pour fluidifier les relations interpersonnelles. Il s'agit de mettre le praticien pilote en capacité de tenir le rôle de chef de TPE tout autant que de favoriser l'acceptation d'un modèle d'activité coordonnée par les autres praticiens et, incidemment, par les salariés.

Sans préjuger de leur faisabilité, au moins quatre pistes d'action peuvent être envisagées pour faciliter la construction d'une réelle culture de l'équipe dentaire managée :

1. établir un référentiel de pratiques organisationnelles à partir de l'analyse d'entreprises de branches ayant des entreprises de taille similaire. L'objectif est de pouvoir repérer et mettre en place les dispositifs permettant de transmettre les compétences nécessaires ;
2. encourager le Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux (FIF-PL) à sensibiliser les praticiens à l'utilité de formations poussées dans le domaine des ressources humaines et des relations en entreprises. Des interventions thématiques de praticiens témoins dans le cadre de congrès et colloques peuvent être porteuses ;
3. systématiquement rapprocher les facultés de chirurgie-dentaire et les écoles d'assistantes dentaires sur des modules d'enseignement de la gestion des ressources humaines et de la gestion d'entreprise. À défaut, construire des modules de formations communes pris en charge par les fonds de formation propres aux employeurs et aux salariés. L'objectif est

de construire un ensemble de connaissances communes aux professionnels qui seront au cœur de l'activité des futurs cabinets, tout en essayant de générer une certaine proximité relationnelle ;

4. évaluer les potentialités de développement de la pratique dentaire sous statut salarié au sein des cabinets libéraux et interroger l'ouverture de la convention collective aux praticiens salariés. La dynamique des regroupements de chirurgiens-dentistes pourrait ainsi s'en trouver facilitée.

► REGROUPER LES FONCTIONS AU SEIN DE GROUPES DÉFINIS

Les scénarios impliquent une distinction opérationnelle des différents pôles de fonctions au sein des cabinets. Il s'agit d'optimiser la disponibilité de chaque professionnel pour l'exercice de son cœur de métier afin de limiter les coûts de coordination, les doublons et les anomalies accompagnant la gestion par défaut du temps alloué aux différentes tâches. Néanmoins, la distinction des segments de fonctions ne doit pas se limiter à un repérage formel visant à mieux articuler les disponibilités horaires. L'accroissement de la taille des équipes, en lien avec celui de la demande de soins, nécessite une prise en charge de fonctions spécifiques par des personnels dédiés.

Dans ce cadre, à l'horizon 2025, une segmentation minimale est envisageable. Elle dresse une frontière entre :

- les tâches directement liées au plateau technique du cabinet qui englobent, notamment, le support direct aux soins au fauteuil, la stérilisation, l'information et l'éducation des patients à la santé bucco-dentaire, la mise à jour des plans de soins, la gestion du matériel et des fournitures de soin. Ces tâches sont du ressort exclusif des assistantes dentaires ;

“ Optimiser la disponibilité de chaque professionnel pour l'exercice de son cœur de métier afin de limiter les coûts de coordination, les doublons et les anomalies... —

- les tâches à dominante administrative venant en support de l'activité. En plus de la réception des patients, ces tâches incluent la rédaction des devis, la tenue des plannings, le suivi des dossiers patients en lien avec les plans de soins, la réalisation des opérations comptables et administratives courantes.

Dans cette configuration, l'assistante dentaire a moins de compétences multiples à déployer au profit d'un renforcement des compétences directement liées au soin. Dans une certaine mesure, il s'agit d'une re-spécialisation du titre. En retour, l'emploi au sein du cabinet d'une personne dont l'activité est dédiée aux fonctions à dominante administrative est nécessaire.

Il convient de souligner qu'au-delà des évolutions motrices retenues pour les scénarios prospectifs, cette dichotomie organisationnelle doit être envisagée car elle répond à un certain nombre de craintes exprimées par les assistantes. En particulier, l'inflation administrative et la multiplication des interactions avec les organismes d'assurance sont perçues comme des facteurs de dégradation du métier. Ce phénomène ne semble pas pouvoir être contenu par l'intensification du recours aux outils numériques et c'est bien le foisonnement comme l'alourdissement des tâches administratives qui est unanimement redouté dans un avenir proche :

« L'administratif prendra plus de place que la partie soin. » **Assistante dentaire**

« La question est surtout de savoir si nous pourrions y faire face, il y en a déjà tant [de tâches]. Mais je vois bien venir le tiers payant qui nous achèvera ! » **Assistante dentaire**

« On devra être partout avec 10% de réalisation d'assistante dentaire : secrétaire, aide dentaire, comptable, femme de ménage, etc. Et assistante occasionnellement, si on n'est pas occupé aux autres tâches citées ci-dessus. » **Assistante dentaire**

Force est de constater que la différenciation des pôles de fonctions participerait aussi d'une sauvegarde de l'attractivité du titre d'assistante dentaire.

Dans ce cadre, la qualification des salariés en charge du pôle à dominante administrative reste en suspens. Dans tous les cas, un socle de compétences doit être possédé. Il doit notamment intégrer :

- la connaissance générale de l'activité dentaire ;
- la maîtrise de la communication avec le patient ;
- la capacité à gérer les dossiers patients en autonomie ;
- la capacité à gérer les plannings et à communiquer avec l'ensemble de l'équipe du cabinet ;
- la maîtrise des interfaces avec les organismes d'Assurance maladie.

Une partie de ces compétences sont constitutives de la formation des aides dentaires. Il pourrait donc être envisagé d'approfondir leur champ de compétences dans le domaine administratif et de limiter leur intervention dans le pôle technique. Une autre piste consiste à redéfinir le profil de la secrétaire dentaire en enrichissant le modèle de la secrétaire technique option santé. En conséquence, le métier de l'aide dentaire serait reporté sur des fonctions du pôle technique dont le périmètre serait rapidement réduit du fait de la présence des assistantes dentaires, sauf à ne privilégier que quelques tâches comme la stérilisation et le magasinage. Cette configuration pourrait être développée dans les cabinets de grande taille.

Au-delà des cinq années à venir, l'adaptation du métier d'aide dentaire semble donc nécessaire. Sa flexibilité était adaptée au fonctionnement des cabinets traditionnels ne comptant qu'un praticien. Dans des modèles de développement impliquant un



“

Il pourrait donc être envisagé d'approfondir leur champ de compétences dans le domaine administratif et de limiter leur intervention dans le pôle technique.

renforcement de la spécialisation des professionnels, le déploiement de l'intégralité des compétences de l'aide dentaire est mis en question. Dans le cadre de l'exercice prospectif à l'horizon 2025, sa réorientation vers le pôle administratif semble la plus appropriée. Les professionnels – employeurs et salariés – anticipent un renforcement drastique des normes et des contraintes administratives qui réclamera des disponibilités en termes de personnel dédié. En outre, du point de vue des dispositifs de formation, il s'agirait d'un simple recentrage de l'existant.

À la lumière de ces éléments, trois pistes d'action sont proposées :

1. sensibiliser les praticiens en activité et en cours de formation à la plus-value générée par une meilleure répartition des tâches et l'emploi de personnel dédié aux tâches de support non-technique. La promotion de démarches d'audit et la diffusion de cas types mettant en perspective un chiffrage de l'impact économique sur les cabinets constituent des leviers envisageables. En la matière, la contribution de Noguera et Tronc (2019) est un modèle à valoriser ;
2. évaluer l'opportunité de réorienter le métier d'aide dentaire vers des fonctions essentiellement centrées sur l'administratif et le secrétariat. Le cas échéant, une réflexion sur le développement d'une formation au secrétariat dentaire ou l'inclusion d'options spécifiques au titre de secrétaire technique option santé peut être engagée. Cette approche doit être menée de manière comparative en évaluant les potentialités d'une spécialisation dans les tâches de stérilisation et de magasinage dans la périphérie du plateau technique ;

« Elles devraient avoir des tâches ciblées, c'est-à-dire être spécialisées. Il ne faut pas de multiplication de tâches diverses. »

« Avec la tendance au regroupement, les praticiens se spécialisent. On a besoin de compétences particulières. On a besoin de former des assistantes spécialisées. »

3. renforcer le rôle et la formation des assistantes dentaires en les axant sur les domaines techniques et du support aux soins. L'objectif est de limiter la multiplication des tâches et des fonctions en les recentrant sur l'assistantat aux soins et à leur périphérie directe. Dans une certaine mesure, cette orientation renforcerait la dimension de profession de santé qui est reconnue au métier d'assistante dentaire par la loi³⁸.

► FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT D'OPTIONS DE SPÉCIALISATION POUR LES ASSISTANTES DENTAIRES

Composante des scénarios prospectifs, la spécialisation des assistantes dentaires est une piste d'évolution très présente dans les informations collectées sur le terrain. Elle participe en partie d'un désir de recentrage des tâches appelant à la segmentation des fonctions (voir la section précédente) mais elle est surtout liée à l'expression d'un besoin de compétences spécifiques et parfaitement maîtrisées. Qui plus est, la spécialisation n'est pas nécessairement envisagée dans la seule périphérie du fauteuil.

*« Elles devraient avoir des tâches ciblées, c'est-à-dire être spécialisées. Il ne faut pas de multiplication de tâches diverses. »
Assistante dentaire, représentante salariée*

*« Avec la tendance au regroupement, les praticiens se spécialisent. On a besoin de compétences particulières. On a besoin de former des assistantes spécialisées. »
Chirurgienne-dentiste, représentante patronale*

*« Il y a une vraie nécessité d'avoir différentes spécialisations. Même en communication ou en sciences humaines. »
Assistante dentaire*

38. Décret n° 2016-1646 du 1^{er} décembre 2016 relatif aux modalités d'exercice de la profession d'assistante dentaire.

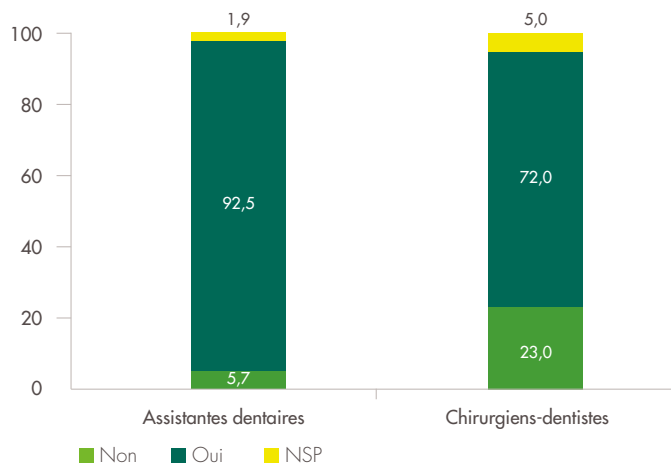
L'analyse des entretiens individuels et collectifs permet de repérer une liaison directe entre la spécialisation et le titre d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2 (ADQ2). La référence à ce titre en projet³⁹ semble assez naturelle : les partenaires sociaux essaient de le promouvoir auprès des pouvoirs publics et les professionnels – employeurs

comme salariés – l'envisagent dans un proche avenir⁴⁰. Les données issues de l'enquête en ligne convergent vers ces observations. Les répondants envisagent un statut d'assistante dentaire qualifiée avec délégation de certaines tâches liées aux soins comme une réponse à l'évolution des pratiques et des besoins (Figure 18).

“

Les répondants envisagent un statut d'assistante dentaire qualifiée avec délégation de certaines tâches liées aux soins comme une réponse à l'évolution des pratiques et des besoins.

Figure 18 : Besoin d'un statut d'assistante dentaire qualifiée avec délégation d'actes : résultats de l'enquête en ligne (%)



Champ : Assistants dentaires et chirurgiens-dentistes ayant répondu à l'enquête en ligne, soit 265 et 161 personnes respectivement.
Source : Données d'enquête.



Clé de lecture

92,5 % des assistantes dentaires ayant participé à l'enquête en ligne ont répondu positivement à la question : « Pensez-vous que l'évolution des pratiques et des besoins justifie un statut d'assistant(e) dentaire qualifié(e) avec délégation de certaines tâches liées aux soins ? »

De fait, étant donné les tendances et les scénarios prospectifs, ce projet est porteur de potentialités à trois niveaux principalement :

- il accroît les possibilités de mobilité professionnelle intra-entreprise et intra-branche. Il est ainsi possible d'envisager des parcours professionnels très valorisables pour les salariés débutant sous statut d'aide dentaire. En outre, il offre une alternative d'évolution à l'ensemble des assistantes dentaires souhaitant pro-

gresser dans leur carrière. Pour l'instant, seules celles exerçant sous la responsabilité d'un orthodontiste peuvent envisager une mention de spécialisation en orthopédie dento-faciale (ODF) ;

- dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens, il permet une meilleure répartition temporelle de l'exercice des chirurgiens-dentistes et une optimisation économique de leur temps de soin. La délégation des tâches prévue concerne

“

Il est ainsi possible d'envisager des parcours professionnels très valorisables pour les salariés débutant sous statut d'aide dentaire.

39. Le projet de l'ADQ2 est précisé p. 37.

40. L'intérêt pour la thématique est assez vif comme en témoigne le groupe Facebook « L'assistante dentaire de demain » suivi par 5 274 personnes (<https://www.facebook.com/groups/935477423249528/>).

“

Dans l'esprit des démarches engagées pour le titre de l'ADQ2, un schéma de spécialisation est envisageable. Synthétiquement, il s'agit d'articuler des mentions de spécialisation autour du socle que constitue le titre d'assistante dentaire actuel.

Le projet de l'ADQ2 apporte une réponse aux tendances observées.

en effet des actes chronophages et peu valorisés ;

- dans les cabinets ne parvenant pas à fédérer plusieurs praticiens – dans les zones rurales notamment – il permet aux chirurgiens-dentistes isolés de bénéficier d'un renfort dans la pratique des soins de base et, ainsi, d'améliorer les délais de rendez-vous sous réserve de la disponibilité d'un fauteuil.

En retour, des lignes argumentaires exprimant deux types de crainte ont été repérées⁴¹ :

- une partie du différentiel observé dans l'appréciation du statut de l'ADQ2 entre les assistantes dentaires et les chirurgiens-dentistes (Figure 18) repose sur une crainte inflationniste exprimée par ces derniers. La valorisation salariale accompagnant la reconnaissance du titre semble alors un frein majeur à son déploiement dans les cabinets. Néanmoins, dans le cadre de l'analyse prospective et, au regard des tendances économiques observées (voir p. 37), ce risque doit sans doute être minoré ;
- le risque d'un rejet systématique des tâches trop éloignées du soin par les ADQ2 est évoqué par les praticiens. Du côté des assistantes dentaires, c'est la dévalorisation de « l'assistant de niveau 1 » et, à terme, sa disparition qui est redoutée. Ces éléments pourront être maîtrisés par la définition raisonnée du poste prévoyant finement le périmètre d'activité et les conditions d'accès au fauteuil.

Malgré les questions restant en suspens et devant être tranchées par les partenaires sociaux, le projet de l'ADQ2 apporte une réponse aux tendances observées. Toutefois, les évolutions envisagées par les

scénarios appellent à l'enrichir. La proposition est ambitieuse car elle vise tout à la fois à offrir une plus grande adaptabilité du métier à la forme et à l'orientation technique de chaque cabinet, à répondre au besoin de mobilité des salariés et à favoriser la différenciation qualitative des cabinets dentaires au sein de l'offre de soins.

Pour atteindre ces objectifs, une approche modulaire de la qualification des assistantes dentaires semble la plus pertinente. Dans l'esprit des démarches engagées pour le titre de l'ADQ2, en s'inspirant des modèles retenus en Allemagne ou en Suisse et en s'appuyant sur l'existant – la mention ODF –, un schéma de spécialisation est envisageable. Synthétiquement, il s'agit d'articuler des mentions de spécialisation autour du socle que constitue le titre d'assistante dentaire actuel. En effet, des possibilités d'enrichissement sont laissées ouvertes par l'article 2.5.1. de l'annexe I de la convention collective nationale des cabinets dentaires. Il prévoit en effet que :

« Les assistant(e)s dentaires titulaires du titre inscrits au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) peuvent engager une formation continue en vue d'obtenir une mention complémentaire dans des disciplines spécifiques de la chirurgie dentaire, notamment orthopédie dento-faciale. »

Dans ce cadre, les mentions peuvent être acquises soit par un dispositif comme le plan de développement des compétences – comme c'est déjà le cas pour la mention ODF – soit par la formation en alternance dans le cadre de la promotion par alternance (Pro-A). Le type de dispositif mobilisé doit naturellement être subordonné à la nature des compétences devant être maîtrisées.

41. Il est à noter que, dans la formulation du projet, les partenaires sociaux ont déjà anticipé le risque d'une absorption massive des ADQ2 par les centres de santé qui les auraient substitués à des praticiens pour les actes pouvant être délégués. Une limitation d'une ADQ2 par praticien a été retenue.

Dans tous les cas, il s'agit de donner à l'assistante dentaire une possibilité d'accéder à des compétences valorisables et répondant aux besoins effectifs du cabinet. Ainsi, la possession d'une mention n'implique pas le seul exercice des compétences qui la définissent mais une plus grande spécialisation de l'assistante dans les fonctions spécifiques mobilisées plus intensément par le cabinet.

Sur la base de ces éléments, une articulation de quatre mentions est envisageable (Figure 19). Elles viennent se greffer sur le socle des compétences donnant accès au titre d'assistante dentaire. Ces dernières devraient être utilement augmentées d'une délégation des actes de radiologie au prix d'une modification des dispositions législatives inhérentes aux professionnels habilités à réaliser des actes de radiologie (réglage et déclenchement des appareils, recueil et

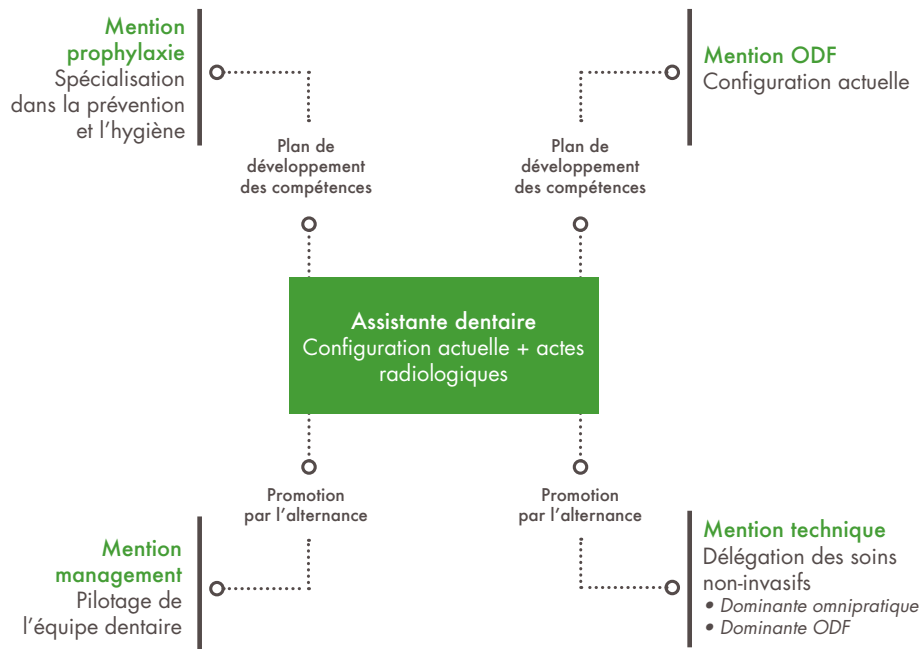
traitement de l'image ou du signal). Trois des mentions apportent des spécialisations dans le périmètre du soin et une dans l'organisation de l'équipe dentaire :

- la mention ODF reste inchangée. Elle répond efficacement à un besoin effectif et son inscription dans un plan de développement débouche sur des résultats opérationnels ;
- la mention technique est spécifiquement dédiée à la délégation des soins non-invasifs sur tissus sains prévue dans le projet de l'ADQ2. Il pourrait être utile de prévoir une alternative de dominantes : omnipratique et ODF. Les compétences sous-jacentes induisent une formation longue pouvant être déployée dans le cadre de la Pro-A. Cette option nécessite un accord de branche pour pouvoir être mobilisée par les employeurs ;

“

Il s'agit de donner à l'assistante dentaire une possibilité d'accéder à des compétences valorisables et répondant aux besoins effectifs du cabinet.

Figure 19 : Possibilité d'articulation du titre d'assistante dentaire et mentions de spécialisation



Clé de lecture

Les compétences de l'assistante dentaire sont élargies aux actes de radiologie. Par le biais de la promotion par l'alternance, elle peut acquérir une spécialisation dans des soins non-invasifs en validant la mention technique.



- la mention prophylaxie permet la spécialisation dans la formation à l'hygiène, l'éducation thérapeutique et la nutrition. La titulaire de cette mention est en mesure d'identifier des carences individuelles en matière d'hygiène bucco-dentaire, d'accompagner le patient dans un programme visant son amélioration, de transmettre un savoir et des pratiques adaptées à des publics particuliers (enfants, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie chronique, etc.). Elle peut être amenée à effectuer des missions en milieu scolaire, en EHPAD ou auprès d'institutions assimilées. Un plan de développement des compétences articulant une série de stages dédiés à des thématiques spécifiques semble le dispositif approprié pour l'accession à cette mention ;
- la mention management conduit à acquérir les compétences clés du pilotage de l'équipe dentaire. Dans des cabinets de taille croissante, l'exclusivité des rapports interindividuels assistant-praticien s'efface au profit d'une logique d'équipe. La fonction de management devient essentielle pour assurer la coordination des moyens humains et matériels sous peine de voir les coûts de transaction obérer les résultats du cabinet et porter atteinte à la qualité des soins et services. Au fait des métiers, des actes et des procédures, l'assistante souhaitant développer et valoriser les compétences nécessaires peut envisager une Pro-A pour valider la mention.

À la lumière des éléments de prospective, il ne semble pas opportun de développer une

mention administrative. Le renforcement des compétences nécessaires doit prioritairement être proposé aux personnels administratifs. En effet, au regard de l'accroissement des normes administratives et de la multiplication des procédures pressenties, il semble que l'emploi et le développement des compétences de salariés au profil purement administratif soient plus valorisables pour les cabinets.

Afin de favoriser la construction d'un modèle modulaire de formation, trois préconisations sont formulées :

1. agir au niveau législatif pour permettre aux assistantes dentaires en exercice d'accéder à la validation des compétences ouvrant droit à la réalisation des actes de radiologie bucco-dentaire et l'intégrer aux domaines d'apprentissage devant être validés pour l'obtention du titre. Un rapprochement avec les facultés de chirurgie dentaire peut être envisagé à cette occasion ;
2. réaliser une analyse comparative raisonnée des qualifications, compétences et modes de formation des assistantes dentaires dans les systèmes allemand, suisse, autrichien et canadien notamment. L'analyse doit mettre en perspective les modèles sous-jacents selon une grille de lecture arrêtée par les partenaires sociaux. Au minimum, cette grille doit intégrer des critères objectifs de comparaison juridiques, sociaux, organisationnels, économiques et fonctionnels⁴². Les résultats permettront d'orienter efficacement l'élaboration d'un système de spécialisation modulaire des assistantes dentaires françaises ;

“

À la lumière des éléments de prospective, il ne semble pas opportun de développer une mention administrative.

”

42. Les critères fonctionnels visent à repérer la réalisation du métier au quotidien, c'est-à-dire les tâches que réalisent effectivement les professionnels.

3. mobiliser les représentants des professionnels, des organismes de formation et des Pouvoirs publics dans le cadre d'un atelier de travail ou d'un congrès dédié à l'élaboration d'un modèle de formation modulaire de l'assistante dentaire de demain. La contribution de spécialistes du droit de la santé et de représentants professionnels européens serait souhaitable. L'objectif est de promouvoir la réflexion sur l'évolution du métier au travers d'un évènement fédérateur, tout en collectant la matière venant nourrir l'élaboration d'un projet robuste de transformation du modèle de formation.

L'idée d'une qualification modulaire des assistantes dentaires s'inscrit dans une logique dépassant le projet de l'ADQ2. Elle implique l'élaboration d'un dispositif de validation des compétences plus riche et, incidemment, un peu plus complexe à mettre en place. En revanche, ce modèle répond tout à la fois aux aspirations individuelles des salariés en termes d'évolution de carrière, aux besoins concrets des cabinets par la segmentation des compétences pouvant être acquises et à l'accroissement de l'attractivité de la branche vis-à-vis des futurs professionnels comme de ceux déjà en exercice. Quelle que soit l'option envisagée, la satisfaction de ces besoins implique néanmoins un remaniement de la convention collective nationale.

L'idée d'une qualification modulaire des assistantes dentaires s'inscrit dans une logique dépassant le projet de l'ADQ2.



REMARQUES CONCLUSIVES 2025 ET APRÈS ?

À l'image de nombreuses branches libérales d'activités réglementées, les cabinets dentaires libéraux se situent à une période charnière de leur histoire. Les modifications de leur environnement ne se limitent plus aux seuls résultats des négociations conventionnelles. L'influence européenne, dont l'impact sur les effectifs de nouveaux praticiens n'est qu'un exemple, l'émergence d'une concurrence par des structures plutôt orientées vers l'industrialisation des soins, l'emprise croissante des institutions de financement privées sur la demande de soins et la mutation des attentes des jeunes professionnels – employeurs comme salariés – sont autant de forces de transformation drastique à l'œuvre. Les mouvements induits sont d'autant plus puissants qu'ils sont accompagnés, tout autant qu'ils se nourrissent, de l'importance toujours plus grande de la technologie fondée sur le numérique et des exigences qualitatives et sanitaires génératrices de normes dont le volume croît de manière exponentielle.

L'analyse prospective proposée dans ce rapport montre que la gestion prévisionnelle des qualifications et des métiers sont des éléments clés pour une construction maîtrisée de l'avenir de la branche. Néanmoins, face à la rapidité des évolutions, les partenaires sociaux doivent se saisir de leur faculté à mobiliser ces éléments. Les changements assez profonds que suggèrent les pistes d'action proposées à un horizon temporel assez réduit témoignent de cette pressante nécessité. Pour autant, elles ne sont qu'une étape nécessaire pour préparer l'après 2025.

dédiés à la coordination des ressources humaines et au management. C'est-à-dire que les cabinets vont progressivement voir apparaître des besoins en personnels d'encadrement. D'autre part, les potentialités en termes de mobilité professionnelle deviennent un critère déterminant dans les choix d'emploi pour les nouvelles générations de praticiens comme de salariés des fonctions supports. Ces phénomènes sont d'ailleurs transversaux à l'ensemble des branches de la santé et, plus généralement, des branches d'entreprises libérales (OMPL & Rapelli, 2020).

“

Les cabinets vont progressivement voir apparaître des besoins en personnels d'encadrement.

Le passage à un horizon plus lointain impose d'élargir le cadre de réflexion et d'anticiper des enjeux dépassant le seul périmètre de la branche. D'une part, la tendance à l'augmentation du nombre d'actifs par cabinets – salariés et employeurs – implique l'émergence dans la branche de métiers éloignés du cœur de l'activité et spécifiquement

En revanche, même si l'intégration de personnels d'encadrement représente une opportunité de mobilité supplémentaire par les salariés, la montée en régime des besoins éprouvés par les entreprises de la branche va être très progressive. Qui plus est, elle concernera uniquement les plus grandes d'entre elles. La création

de dispositifs de formation permettant de générer les compétences sous-jacentes au sein de la branche n'est donc pas envisageable. Néanmoins, les besoins cumulés de l'ensemble des branches de la santé et, au-delà, des branches d'entreprises libérales sont susceptibles de concerner un nombre assez important de salariés pour motiver la création d'un titre interprofessionnel de personnel d'encadrement. Le modèle du titre interprofessionnel de secrétaire technique de niveau IV option santé ou option cadre de vie promu par l'UNAPL est un précédent à considérer. Avec ce type de dispositif, la mobilité professionnelle est valorisée aussi bien dans la branche qu'en dehors. Ainsi, il devient possible de faire évoluer les salariés au sein des entreprises et d'attirer de nouveaux profils issus d'autres branches.

La création d'un tel titre n'est naturellement pas du seul ressort de la branche. Cependant, la tendance est au rapprochement des branches libérales, au moins par grands secteurs (Romain, 2020). La branche des cabinets dentaires pourrait donc être force de proposition pour un enjeu de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en passe de devenir conséquent pour elle-même et qui va nécessairement impacter tous les secteurs libéraux.

La tendance est au rapprochement des branches libérales.



BIBLIOGRAPHIE

Abasq, N. (2017). *Critères de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral : satisfactions et attentes*. Brest : Faculté de chirurgie dentaire de Brest, Université de Bretagne-Occidentale.

Actaliens. (2018). *Base adhérents*. Paris : Actaliens.

AOI. (2019). *PASS bucco-dentaire et PASS généralistes ayant une activité bucco-dentaire France métropolitaine*. Montrouge : Aide odontologique internationale.

ARS Nouvelle-Aquitaine. (2018). *Plan d'actions régional en faveur de la santé bucco-dentaire*. Bordeaux : ARS Nouvelle-Aquitaine.

Azogui-Levy, S., & Boy-Lefèvre, M.-L. (2017). Inégalités d'accès aux soins dentaires. *Après-Demain*, 2017/2(42), pp. 30-32.

Batifoulier, P., & Ginon, A.-S. (2019). *Les marchés de l'Assurance maladie complémentaire : logiques économiques et dispositifs juridiques*. *Revue de droit sanitaire et social*, 10|2019(5), 789-800.

Binhas, E., Kubler, J.-M., & Petitjean, B. (2011). *La gestion globale du cabinet dentaire : l'organisation technique (vol. 1)*. Rueil-Malmaison : Éditions CdP.

Bonnafous, F. (2014). *Bien organiser son cabinet dentaire*. Paris : Quintessence Publishing France.

Bravo, M., San Martín, L., Casals, E., Eaton, K. A., & Widström, E. (2015). *The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states, Part 2 : Spain*. *British Dental Journal*, 219(11), pp. 547-551.

Bureau Van Dijk. (2019). *Extractions*. *Base de données DIANE*. Londres : Moody's Analytics.

Carlac'H, D., Ouaddirhi, M., & Romeo, K. (2018). *L'Organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas*. Paris : DREES.

Centre national des soins à l'étranger. (2018). *Rapport d'activité*. Vannes : CPAM du Morbihan.

CLEISS. (2019). *Les systèmes nationaux de Sécurité sociale*. Récupéré sur La protection sociale à l'international : www.cleiss.fr

CNAMTS. (2020a). *Activité et prescriptions des chirurgiens-dentistes*. *Base de données AMOS*. Paris : Ameli.

CNAMTS. (2020b). *Dépenses mensuelles en date de remboursement*. *Base de données*. Paris : Ameli.

CNAMTS. (2020c). *Évolution des honoraires des autres professionnels de santé*. *Base de données AMOS*. Paris : Ameli.

Cochet, R. (2010). *Le cabinet dentaire : cabinet médical ou entreprise ?* *L'Information dentaire (16)*, pp. 31-33.

Cochet, R. (2018). *Gestion du cabinet dentaire l'avènement du management scientifique et adaptatif*. *Revue d'orthopédie dento-faciale*, 52(3), pp. 261-267.

Colin, M.-P., & Acker, D. (2009). *Les centres de santé : une histoire, un avenir*. *Santé publique*, 21(1), pp. 57-65.

Collet, M., & Sicart, D. (2007a). *La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national*. *Drees - Études et Résultats (585)*, pp. 1-8.

- Collet, M., & Sicart, D. (2007b). Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006. *Drees - Études et Résultats (594)*, pp. 1-8.
- Conférence des ARAPL. (2019). *Statistiques nationales 2011-2019*. Paris: Conférence des ARAPL.
- Cornu, G. (2008). *Vocabulaire juridique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Corso-Scheer, J. (2014). Le rôle ainsi que la formation des assistantes et des aides dentaires dans les cabinets d'odontologie : comparaison de la situation française avec celle de quatre pays européens. Strasbourg: Faculté de chirurgie dentaire, Université de Strasbourg.
- Cour des comptes. (2016). Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. Dans *La Sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale (pp. 247-286)*. Paris: La Documentation française.
- Damaskinos, P., Koletsis-Kounari, H., Economou, C., Eaton, K. A., & Widström, E. (2016). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states, Part 4: Greece. *British Dental Journal*, 220(5), pp. 253-260.
- Daniel, C., Paris, P., & Vienne, P. (2016). *L'association Dentexia, des centres de santé en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions*. Paris: IGAS.
- Daniel, C., Vienne, P., & Sivarajah, P. (2017). *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Paris: Inspection générale des Affaires sociales.
- de Jouvenel, H. (2004). *Invitation à la prospective - An invitation to foresight*. Paris: Futuribles.
- DREES. (2013). *Accessibilité potentielle localisée (APL) aux chirurgiens-dentistes libéraux*. Base Data.Drees - Professions de santé et du social. Paris: DREES.
- DREES. (2018). *Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé édition 2018*. Paris: DREES.
- DREES. (2019a). *La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADELI)*. Base Data. Drees - Professions de santé et du social. Paris: DREES.
- DREES. (2019b). *Baromètre d'opinion de la Drees*. Base Data.Drees. Paris: DREES.
- DREES. (2019c). *Répertoire FINESS*. Base Data.Drees. Paris: DREES.
- DREES. (2019d). *Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé édition 2019*. Paris: DREES.
- DREES. (2020). *Extraction du Fichier des établissements*. Répertoire FINESS. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- Durand, N., & Emmanuelli, J. (2017). *Les réseaux de soins*. Paris: Inspection générale des Affaires sociales.
- Eaton, K. A., Ramsdale, M. L., Vinall, K., Whelton, H., & Douglas, G. (2019). *Variations in the provision and cost of oral healthcare in 11 European countries : a case study*. *International Dental Journal*, 69(2), pp. 130-140.
- Georges, P., & Waquet, C. (2013). *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Paris: Inspection générale des Affaires sociales.
- Gey-Coué, M. (2018). *Centres de santé : une réforme importante, un enjeu pour les établissements de santé ?* Gestions hospitalières(578), <http://gestions-hospitalieres.fr/centres-de-sante/>.
- IFOP. (2017). *Enquête auprès des dentistes libéraux*. Paris: ASD – URPS Grand Est.
- Imbaud, C., Garassus, P., André, J.-M., & Langevin, F. (2016). *Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren*. *Santé publique*, 28(5), pp. 555-568.

- INSEE. (2018). DADS grand format 2015 - Fichiers détail. Base de données. Paris: INSEE.
- INSEE. (2019). Base de données Sirene. Paris: INSEE.
- INSEE. (2020). Extractions du fichier postes exhaustif. DADS 2016. Metz: INSEE.
- IRDES. (2017). Enquête santé et protection sociale. Extraction de la base de données EHIS-ESPS. Paris: IRDES-DREES.
- Jurišić, E., & Cegur Radović, T. (2017). Dental tourism : an opportunity for croatian tourism. Interdisciplinary Management Research, XIII, pp. 297-311.
- Lafon, A., & Montaut, A. (2017). La place de l'Assurance maladie privée dans six pays européens. Paris: DREES.
- Lesueur, J.-Y. (2019). L'adhésion des assurés aux programmes de prévention santé : quels facteurs explicatifs ? Villeurbanne: hal.archives-ouvertes.fr.
- Lévi, P., & Cohen, P. (2018). Ce que disent les assistantes. Récupéré sur Le Fil Dentaire: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/ce-que-disent-les-assistantes/>
- L'Hermite, C. (2018). Peut-on encore travailler seul au cabinet dentaire ? Toulouse: Faculté de chirurgie dentaire, Université Toulouse III.
- L'Information dentaire. (2019). Diplôme « Assistante dentaire qualifiée de niveau 2 » : dossier au point mort ? Récupéré sur Information-dentaire.fr: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/diplome-assistante-dentaire-qualifiee-de-niveau-2-dossier-au-point-mort/>
- Lousteau, M. (2017). Le tourisme implantaire des ressortissants français en Europe. Toulouse: Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paul Sabatier.
- Mazevet, M. E., Garyga, V., Pitts, N. B., & Pennington, M. W. (2018). The highly controversial payment reform of dentists in France : seeking a new compromise after 2017 strike. Health Policy(122), pp. 1273-1277.
- Millet-Ursin, C., & Leport, A. (2019). 100% santé : une réforme, des principes, des textes et des incertitudes (Analyse). Récupéré sur Argus de l'Assurance : Juriscope: www.argusdelassurance.com
- Millien, C. (2017a). En 2015, un tiers de nouveaux chirurgien.ne.s-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Drees - Études et Résultats (1026), pp. 1-6.
- Millien, C. (2017b). 8 000 chirurgien.ne.s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040. Drees - Études et Résultats (1027), pp. 1-6.
- Noguera, F., & Tronc, B. (2019). Les nouveaux défis des cabinets d'odontologie : vers une normalisation du management et de la GRH. Management & Avenir, 2019/4(110), pp. 171-194.
- Oancea, R., Amariei, C., Eaton, K. A., & Widström, E. (2016). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states, Part 5: Romania. British Dental Journal, 220(7), pp. 361-366.
- Offner, D., Wurtz, A., Foresti, C., & Musset, A.-M. (2018). Optimiser sa chaîne de stérilisation selon les recommandations actuelles : des clés pour relever le défi. La Lettre de la Stomatologie (79), pp. 35-44.
- OMPL & Rapelli, S. (2020). OMPL : 15 ans au service des branches d'entreprises libérales - Rapport d'étude. Paris: OMPL.
- OMPL. (2017). Baromètre entreprises. Paris: OMPL.
- OMPL. (2018). Qualité de vie au travail : Secteur santé. Paris: OMPL.
- OMPL. (2019). Baromètre salariés. Paris: OMPL.
- OMPL, CPNEFP des cabinets dentaires, Rapelli. (2019). Cabinets dentaires : portrait statistique. Paris: OMPL.
- OMPL, Média-T. (2019). Territoires et compétences : étude socio-économique sur les entreprises libérales. Paris: OMPL.

ONCD. (2019). *Les facultés de chirurgie dentaire*. Récupéré sur Ordre national des chirurgiens-dentistes : www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/

Pälvärinne, R., Widström, E., Forsberg, B. C., Eaton, K. A., & Birkhed, D. (2018). *The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states, Part 9: Sweden*. *British Dental Journal*, 224(4), pp. 647-651.

Pegnon-Machat, E., Jourdan, D., & Tubert-Jeannin, S. (2018). *Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France*. *Santé publique*, 30, pp. 243-251.

Portela, M., & Signoretto, C. (2017). *Qualité de l'emploi et aspirations professionnelles : quels liens avec la mobilité volontaire des jeunes salariés en CDI ?* *Revue économique*, 68(2017/2), pp. 249-279.

Rakotozafy, L. (2016). *Vers un sourire idéal : comprendre la demande esthétique actuelle*. Nancy : Faculté de chirurgie dentaire, Université de Lorraine.

Ramain, P. (2020). *Rapport sur la restructuration des branches professionnelles : Document de travail*. Paris : Ministère du Travail.

Raulet, G. (2017). *Le tourisme dentaire des Français dans l'Union européenne*. Lille : Faculté de chirurgie dentaire, Université de Lille 2.

Rémy, C. (2012). *La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée*. Vandoeuvre-lès-Nancy : Faculté de chirurgie dentaire, Université de Lorraine.

Reuillon, C., & Maire, F. (2019). *Assistant(e)s dentaires : un métier, des évolutions et des formations*. *Pratiques dentaires* (35), pp. 13-15.

Seux, C. (2018). *Les disparités sociales des usages d'Internet en santé*. *Réseaux*, 2018/2(208-209), pp. 63-93.

SNITEM & COMIDENT. (2018). *Dispositifs médicaux et progrès en santé bucco-dentaire*. La Défense : SNITEM.

Tabuteau, D. (2010). *La métamorphose silencieuse des assurances maladie*. *Droit Social* (685), pp. 85-92.

Valougeorgis, G. (2019). *Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière*. Montrouge : Faculté de chirurgie dentaire, Université Paris Descartes.

Vassal, J.-P. (2012). *L'entreprise cabinet dentaire*. Les Ulis : EDP Sciences.

Vigé, M. (2017). *Iniquités de recours aux soins, gouvernance territoriale de santé : contributions empiriques à la définition des politiques publiques*. Poitiers : Université de Poitiers - CRIEF.

Yassine, B. (2017). *La compétence du chirurgien-dentiste en France : état des lieux et perspectives*. Toulouse : Faculté de chirurgie dentaire, Université Toulouse III.

Ziller, S., Eaton, K. E., & Widström, E. (2015). *The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states, Part 1: Germany*. *British Dental Journal*, 218(4), pp. 239-244.

INDEX

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Implantation communale des cabinets dentaires principaux et secondaires	23
Figure 2 : Répartition des cabinets libéraux en fonction du nombre d'emplois salariés ETP (% , 2018).....	27
Figure 3 : Répartition des emplois salariés en ETP en fonction de la taille du cabinet (% , 2018).....	27
Figure 4 : Répartition des salariés par groupes professionnels (% , 2015)	28
Figure 5 : Fonctions et tâches : exemple des répondants à l'enquête en ligne	31
Figure 6 : Turnover annuel des salariés de la branche (%).	33
Figure 7 : Indicateurs de la qualité de vie au travail dans les cabinets dentaires (score sur 20 points)	35
Figure 8 : Consommation annuelle de soins dentaires (millions d'euros).....	38
Figure 9 : Décomposition de la variation annuelle de la consommation de soins dentaires (%).	39
Figure 10 : Répartitions des actes des chirurgiens-dentistes libéraux (%)	40
Figure 11 : Honoraires annuels moyens (€) et part des dépassements (%) selon la spécialité.....	41
Figure 12 : Évolution du RCAI moyen des cabinets libéraux (base 100 en 2010).....	42
Figure 13 : Part des dépenses de soins dentaires remboursables générées par les centres de santé (%).....	44
Figure 14 : Projection de la DREES pour les effectifs et la densité de chirurgiens-dentistes (scénario tendanciel).....	48
Figure 15 : Nombre et part des libéraux dans la population totale de chirurgiens-dentistes.....	49
Figure 16 : Prévisions des effectifs et du nombre de cabinets à l'horizon 2025.....	63
Figure 17 : Nombre de centres de santé recensés	66
Figure 18 : Besoin d'un statut d'assistante dentaire qualifiée avec délégation d'actes : résultats de l'enquête en ligne (%).	83
Figure 19 : Possibilité d'articulation du titre d'assistante dentaire et mentions de spécialisation	85

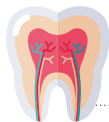
INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition territoriale des cabinets dentaires principaux et secondaires (%).....	24
Tableau 2 : Répartition des salariés entrants et sortants par classes d'âge (2016).....	35
Tableau 3 : Honoraires annuels moyens (milliers d'euros) et part des dépassements (%).....	41
Tableau 4 : Nombre de chirurgiens-dentistes partenaires des principales plateformes de soins.....	45
Tableau 5 : Actes pratiqués en fonction de l'intervenant dans 11 pays européens.....	60
Tableau 6 : Synthèse des scénarios.....	78

NOTES



A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top right of the toothbrush illustration and extending across the page.



A series of horizontal dotted lines for writing, starting from the level of the tooth illustration and extending down the page.



+ de 100 études conduites depuis 2005

41 études statistiques

- Entreprises d'architecture (3)
- Entreprises d'économistes de la construction (4)
- Entreprises d'experts en automobile (3)
- Cabinets de géomètres-experts, géomètres-topographes, photogrammètres et experts fonciers (4)
- Études d'administrateurs et mandataires judiciaires (1)
- Cabinets d'avocats (4)
- Offices de commissaires-priseurs judiciaires et sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques (2)
- Études d'huissiers de justice (2)
- Cabinets dentaires (4)
- Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (3)
- Cabinets médicaux (3)
- Pharmacie d'officine (4)
- Cliniques vétérinaires (4)

30 baromètres annuels

- Baromètre OMPL (2005, 2016, 2017, 2018)
- Baromètres secteurs (2005, 2016, 2017, 2018)
- Baromètres branches (2005, 2016, 2017, 2018)
- Baromètres régionaux (2005, 2016, 2017, 2018)

19 études prospectives

- Entreprises d'économistes de la construction (1)
- Entreprises d'experts en automobile (1)
- Cabinets de géomètres-experts, géomètres-topographes, photogrammètres et experts fonciers (2)
- Études d'administrateurs et mandataires judiciaires (1)
- Cabinets d'avocats (2)
- Offices de commissaires-priseurs judiciaires et sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques (2)
- Études d'huissiers de justice (2)
- Cabinets dentaires (2)
- Laboratoires de biologie médicale extra hospitaliers (1)
- Cabinets médicaux (1)
- Pharmacie d'officine (2)
- Cliniques vétérinaires (2)

11 études transverses

- Chômage des salariés (2013)
- Qualité de l'emploi (2013)
- L'emploi à temps partiel, choisi ou subi par les salariés ? (2013)
- Qualité de vie au travail (2014 et 2017)
- Entreprises libérales et territoires (2013 et 2019)
- Le numérique dans les entreprises libérales (2019)
- Apprentissages informels (2019)
- Cartographie des mobilités (en cours)
- OMPL : 15 ans au service de 13 branches d'entreprises libérales (2020)

23 études thématiques

- Application de la grille de classification, pharmacie d'officine (2017)
- Bac professionnel dans les cabinets de géomètres (2019)
- Chômages des pharmaciens adjoints (2015)
- Construction de projets professionnels des étudiants vétérinaires et des ASV (2019)
- Égalité professionnelle : cabinets médicaux (2010), laboratoires de biologie médicale (2010, 2020)
- Emploi à temps partiel, pharmacie d'officine (2013)
- Emploi des seniors : laboratoires de biologie médicale (2010)
- Emploi des travailleurs handicapés, laboratoires de biologie médicale (2020)
- Emploi et trajectoires professionnelles : entreprises d'économistes (2011), cabinets de géomètres (2010), entreprises d'architecture (2010), pharmacie d'officine (2010)
- Expertise automobile en Europe (2014)
- Externalisation dans les cabinets d'avocats (2016, 2017)
- Insertion professionnelle des salariés en contrat d'alternance : cabinets dentaires (2014), pharmacie d'officine (2015)
- Plateforme emploi compétences, entreprises d'architecture (2019)
- Temps partiel et qualifications, cliniques vétérinaires (2011)
- Turnover : cabinets dentaires (2008), pharmacie d'officine (2010)

