

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2019

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 2 décembre 2019

Par Jeanne VANHILLE

Née le 13 mai 1994 à Dunkerque - FRANCE

L'EXERCICE GROUPE DE LA CHIRURGIE DENTAIRE

JURY

Président :

Pr Etienne DEVEAUX

Assesseurs :

Dr Philippe ROCHER

Dr Alessandra BLAIZOT

Dr Bernice LOVI

Président de l'Université :	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université :	P-M. ROBERT
Doyen :	E. BOCQUET
Vice-Doyen :	A. de BROUCKER
Responsable des Services :	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité :	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale. Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Professeur des Universités Praticien Hospitalier des CSERD

Section de Réhabilitation Orale

Département de dentisterie restauratrice endodontie

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur en sciences odontologiques

Docteur en odontologie de l'Université de Lille 2

Habilité à diriger des recherches

Ancien Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Lille

Membre associé national de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

Personne compétente en radioprotection

Ancien président de la Société française d'endodontie

Chevalier dans l'ordre des palmes académiques

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et je vous en remercie. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Philippe ROCHER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Études Approfondies de Génie Biologique et Médicale – option

Biomatériaux

Diplôme Universitaire de Génie Biologique et Médicale

Certificat d'Études Supérieures de Biomateriaux

Je vous remercie d'avoir immédiatement accepté de diriger cette thèse. Vous avez su, au fil des mois, m'aiguiller dans mes recherches tout en me laissant beaucoup de liberté. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon estime et de mon respect pour vous.

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Assesseur à la Pédagogie

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique,
Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé
Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier
(Toulouse III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention
méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie
clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie des sciences de la santé – Université
de Rouen- Normandie

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul
Sabatier (Toulouse III)

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger au sein de ce jury. Je vous
remercie d'avoir su vous rendre disponible. Votre enseignement tout au long de
mon parcours universitaire a toujours été enrichissant et très intéressant pour
moi et je vous en suis infiniment reconnaissante.*

Madame le Docteur Bernice Lovi

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Chirurgie-Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures de Médecine Buccale – Lille

*C'est avec spontanéité et enthousiasme que vous avez accepté de
siéger au sein de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde
gratitude.*

A ma famille, à mes amis,

Table des matières

Table des abréviations.....	15
Introduction.....	17
1 Différents modes d'exercice	19
1.1 L'exercice libéral	19
1.1.1 En cabinet dentaire pluripraticien	19
1.1.1.1 Les contrats.....	19
1.1.1.1.1 Le contrat de collaboration libérale	19
1.1.1.1.2 Le contrat d'exercice professionnel à frais communs .	20
1.1.1.2 Les sociétés	20
1.1.1.2.1 La Société Civile de Moyens	21
1.1.1.2.2 La Société Civile Professionnelle	21
1.1.1.2.3 La Société d'Exercice Libéral	21
1.1.2 En maison de santé.....	22
1.1.3 En cabinet pluriprofessionnel	23
1.2 L'exercice salarié	24
1.2.1 En centre de santé	24
1.2.1.1 Définition d'un centre de santé.....	24
1.2.1.2 Les centres de santé dentaires	25
1.2.2 En tant que collaborateur salarié.....	26
2 Évolutions.....	27
2.1 Évolution de la démographie	27
2.2 Évolution du patient	31
2.2.1 Un patient mieux informé et donc plus conscient.....	32
2.2.2 Un patient /client ?.....	33

2.3	Évolution des envies et tendances des praticiens et étudiants ...	33
2.4	Évolutions des techniques et des pratiques	36
2.4.1	Évolution des techniques.....	36
2.4.2	Évolution des pratiques	38
2.5	Évolution des lois et des demandes des pouvoirs publics.....	40
2.5.1	Évolutions en terme de santé publique	40
2.5.2	Évolutions des lois concernant chaque type d'exercice	45
2.5.2.1	Les centres de santé.....	45
2.5.2.2	Les maisons de santé	49
2.6	Évolution des obligations des chirurgiens-dentistes	50
3	Avantages et inconvénients de chaque type de pratique	54
3.1	Avantages et inconvénients de l'exercice en groupe.....	54
3.1.1	Avec d'autres chirurgiens-dentistes.....	54
3.1.1.1	Au niveau du temps et de la gestion	54
3.1.1.2	Au niveau financier.....	55
3.1.1.3	Au niveau de la qualité	56
3.1.2	Avec d'autres professionnels de santé.....	57
3.1.2.1	Pour la prise en charge du patient	57
3.1.2.2	Au niveau financier et administratif	57
3.1.2.3	Au niveau de l'organisation	58
3.1.3	Spécifiquement au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle	58
3.1.4	Communs aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et centres de santé.....	60
3.2	Avantages et inconvénients de l'exercice salarié en centre de santé	61
3.2.1	Pour les praticiens	61
3.2.2	Pour les patients.....	63

4	Un exercice groupé réussi.....	64
4.1	Erreurs à éviter et clés pour un exercice groupé réussi	64
4.1.1	En cabinet pluripraticien	64
4.1.1.1	Motivations	64
4.1.1.2	Gestion du personnel	65
4.1.1.3	Entre les associés	66
4.1.2	En centre dentaire	68
4.1.3	En Maison de Santé Pluriprofessionnelle	69
4.2	Équipe dentaire et management odontologique	71
4.2.1	Management odontologique	71
4.2.2	Une équipe dentaire en cours de construction	72
	Conclusion.....	76
	Références bibliographiques	77
	Table des figures	85
	Table des tableaux	86

Table des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ADF : Association Dentaire Française

ADQ 2 : Assistante Dentaire Qualifiée de niveau 2

ARS : Agence Régionale de Santé

CAO : Conception Assistée par Ordinateur

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAOM : Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères

DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

ERP : Établissement Recevant du Public

ESP : Équipe de Soins Primaires

FAO : Fabrication Assistée par Ordinateur

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SEL : Société d'Exercice Libéral

SELAFA : Société d'Exercice Libéral A Forme Anonyme

SELARL : Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée

SELAS : Société d'Exercice Libéral par Action Simplifiée

SELCA : Société d'Exercice Libéral en Commandite par Actions

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Introduction

La profession de chirurgien-dentiste, comme la société actuelle, est sans cesse en évolution. En effet, au cours des vingt dernières années, les avancées technologiques ont bouleversé les modes de vie et les façons de consommer. Ceci a eu des répercussions sur la profession mais également sur les patients. L'ensemble a conduit à des modifications dans les modes d'exercice des chirurgiens-dentistes ainsi qu'à des changements dans leurs motivations et leur vision de l'exercice de leur profession.

Ainsi, alors qu'auparavant le mode d'exercice prévalent était l'exercice en cabinet libéral mono praticien, aujourd'hui d'autres façons d'exercer la chirurgie dentaire se développent. De plus en plus de chirurgiens-dentistes choisissent d'exercer en groupe, avec d'autres praticiens ou d'autres professionnels de santé. Cependant, leurs motivations pour ce type de pratique ne sont pas toujours claires et valables et ils ne mesurent pas l'ampleur de l'ensemble du projet. L'exercice en groupe de la chirurgie dentaire ne s'improvise pas.

L'objectif de ce travail est de guider les chirurgiens-dentistes dans leur choix d'exercice et de mettre en avant les différentes façons d'exercer la chirurgie dentaire en groupe.

Pour cela, ce travail s'est attaché à d'abord décrire les différents modes d'exercice en groupe : en cabinet libéral pluripraticien, en cabinet pluriprofessionnel, en Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou en centre de santé.

Puis, l'ensemble des évolutions qui ont conduit au développement de l'exercice groupé et qui l'ont accompagné a été étudié. Ces évolutions sont visibles lorsque la démographie de la profession est abordée. Cette dernière résulte des évolutions des patients, des envies et attentes des étudiants en chirurgie dentaire et des praticiens, des progrès techniques et des modifications des pratiques qui en ont découlé. Ainsi, les lois, les demandes des pouvoirs publics tout comme les obligations imposées aux chirurgiens-dentistes se sont adaptées.

Cela permettra de comparer les avantages et les inconvénients des différents modes d'exercice en groupe, sur le plan organisationnel, financier ou encore de la qualité de soins ou de la vie personnelle.

Enfin, les prérequis et l'organisation nécessaires pour travailler en groupe sereinement et efficacement seront abordés. L'étude de la notion de groupe au sein même d'un cabinet sous la forme d'équipe dentaire et de son management ce travail de thèse.

1 Différents modes d'exercice

1.1 L'exercice libéral

L'exercice libéral est le mode d'exercice le plus répandu en chirurgie dentaire. En effet, malgré une augmentation progressive du nombre de chirurgiens-dentistes salariés, près de 87% des praticiens exercent encore en libéral [45]. Ils peuvent alors pratiquer seul, en association ou collaboration avec d'autres chirurgiens-dentistes ou en maison de santé.

1.1.1 En cabinet dentaire pluripraticien

Dans un cabinet dentaire pluripraticien, plusieurs chirurgiens-dentistes choisissent d'exercer dans un même cabinet. Ils peuvent être liés par différentes formes de contrats et pratiquer en tant que spécialistes ou omnipraticiens.

Les différents praticiens concluent alors un contrat de collaboration, d'exercice à frais communs ou d'exercice commun. Dans ce dernier cas, ils créent une société et doivent en déterminer son statut (SCP, SCM, SEL ou SELARL) et rédiger un pacte d'associé ainsi qu'un règlement intérieur. [33]

1.1.1.1 Les contrats

1.1.1.1.1 Le contrat de collaboration libérale

Le contrat de collaboration libérale est conclu entre un praticien exerçant à titre individuel ou une société d'exercice et un chirurgien-dentiste collaborateur.

Dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, le collaborateur est amené à soigner les patients présentés par le titulaire et ce dernier met à sa disposition les locaux et le matériel nécessaires à l'exercice de la profession. Il n'existe pas de lien de subordination entre le praticien et son collaborateur. Ce dernier exerce sa profession en son nom et sous sa propre responsabilité. Il peut ainsi constituer et développer sa propre patientèle. En contrepartie, le collaborateur rétrocède au titulaire un pourcentage sur les honoraires encaissés.

1.1.1.1.2 Le contrat d'exercice professionnel à frais communs

Le contrat d'exercice professionnel à frais communs permet la mise en commun de moyens nécessaires à l'exercice de la profession (matériels, personnels...) mais ne crée pas une entité juridique apparente distincte de ses membres. Ses membres restent donc totalement indépendants quant à l'exercice de leur profession et leurs responsabilités. Il permet le partage des dépenses mais pas celui des recettes. Chaque contractant conserve et développe donc sa propre patientèle et perçoit directement et pour son propre compte les honoraires de son activité. [46]

1.1.1.2 Les sociétés

Lorsque plusieurs chirurgiens-dentistes choisissent l'exercice en commun, ils doivent alors créer une société. Il en existe différentes formes, il sera développé ici les Sociétés Civiles de Moyens (SCM), Sociétés Civiles Professionnelles (SCP) et Sociétés d'Exercice Libéral (SEL).

1.1.1.2.1 La Société Civile de Moyens

La Société Civile de Moyens est constituée de personnes physiques ou morales exerçant une profession libérale et souhaitant partager l'usage de locaux et de matériaux. Elle permet à ses membres de mettre en commun des moyens humains et matériels (locaux, personnel...) pour faciliter l'exercice de leur profession ainsi que de partager les dépenses par le biais de contributions faites par les différents associés à la société. Chaque chirurgien-dentiste la constituant conserve une totale indépendance au titre de son activité professionnelle, reste propriétaire de sa patientèle et perçoit directement le montant de ses honoraires. [39]

1.1.1.2.2 La Société Civile Professionnelle

La Société Civile Professionnelle est dotée d'une personnalité morale et est donc soumise aux règles de droit commun des sociétés civiles, mais également à des règles spécifiques relatives à l'exercice de la profession et au code de santé publique.

Elle se caractérise par l'exercice en commun de ses membres avec mise en commun des honoraires perçus. Les associés restent cependant personnellement responsables sur l'ensemble de leur patrimoine et de leurs actes à l'égard de leurs patients.

Elle ne peut comprendre que des membres exerçant une même profession. Les associés de la SCP sont tous des libéraux. [51]

1.1.1.2.3 La Société d'Exercice Libéral

Il en existe quatre types pouvant être utilisés par les chirurgiens-dentistes : SELAFA, SELCA, SELAS et SELARL. Nous ne développerons ici que la SELARL car cette dernière est la plus utilisée par notre profession.

Elle permet d'exercer son activité sous la forme de société de capitaux et consiste en la pratique de la profession de chirurgien-dentiste par l'intermédiaire des membres qui la composent. Elle est dotée d'une personnalité morale et ne peut exercer la profession qu'après son agrément, son inscription ou sa titularisation. [52]

1.1.2 En maison de santé

La maison de santé (MSP) est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (délivrés par les médecins généralistes) et, le cas échéant, de second recours (délivrés par les médecins spécialistes). Ils peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. [65]

En effet, les maisons de santé signent avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui leur permet de bénéficier d'aides financières. Pour déterminer les termes du contrat, la MSP doit étudier le territoire sur lequel elle souhaite s'installer.

Tout d'abord elle effectue une étude d'opportunité qui permet de connaître l'offre de soins et les besoins de la population. Elle permet d'obtenir des informations sur le contexte géographique, la socio démographie de la population locale, les besoins de cette dernière, les données épidémiologiques, la densité des professionnels de santé, les personnes qui pourraient intégrer la future MSP, l'offre médicosociale, et les acteurs locaux qui seraient susceptibles de s'impliquer dans le projet. Cela permet d'établir le diagnostic territorial.

La MSP doit par la suite réaliser une étude de faisabilité qui permet de déterminer son projet de santé, son organisation, son local et son mode de gestion.

L'ensemble du diagnostic territorial et de l'étude de faisabilité permet alors de déterminer les termes du contrat passé entre la MSP et l'ARS.

Les maisons de santé ont été officiellement créées en 2007 lorsqu'elles ont été inscrites dans le Code de santé publique.

Un rapport ministériel de 2010 énonce que les maisons de santé pluriprofessionnelles sont là afin de remédier à des concepts et comportements traditionnels d'une pratique médicale isolée et centrée sur le seul soin, sans lien avec la prévention, l'éducation, la veille sanitaire et les actions sociales de terrain [27]. L'objectif principal de ces maisons de santé est de permettre une meilleure prise en charge des patients grâce à une offre de soin plus large et une étroite collaboration entre les professionnels y travaillant.

Nous nous intéressons ici aux maisons de santé pluriprofessionnelles qui sont composées de professionnels de santé médicaux et paramédicaux : kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, chirurgiens-dentistes, maïeuticiens, diététiciens, psychologues, orthophonistes ; mais aussi sociaux : assistants sociaux, associations d'aide à domicile, conseillers conjugaux (liste non exhaustive).

En moyenne, les maisons de santé pluriprofessionnelles sont composées d'environ 5 médecins (le plus souvent généralistes) ainsi que d'une petite dizaine d'autres professionnels médicaux et paramédicaux. Elles sont le plus souvent implantées dans des zones rurales proposant une offre de soin assez réduite. [4]

1.1.3 En cabinet pluriprofessionnel

Il s'agit ici pour les chirurgiens-dentistes d'exercer dans un cabinet avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux sans nouer de contrat avec l'ARS mais en se réunissant simplement en un même lieu.

1.2 L'exercice salarié

L'exercice salarié peut se pratiquer en centre de santé, en tant qu'enseignant dans une faculté de chirurgie dentaire ou en tant que collaborateur salarié. Il ne sera développé ici que l'exercice en centre de santé et l'exercice en collaborateur salarié. Il est depuis plusieurs années en constante augmentation. Il convient donc de le considérer comme un mode d'exercice à part entière même s'il peut être pratiqué en complément d'une activité libérale.

1.2.1 En centre de santé

1.2.1.1 Définition d'un centre de santé

Les centres de santé sont définis par [53] :

- leur positionnement dans le système de soins : il s'agit de structures de proximité dispensant des soins de premier recours. Ils participent à la permanence des soins et sont conventionnés secteur 1,
- la nature de leur activité : ils assurent essentiellement des activités de consultations, des soins paramédicaux, des prélèvements sanguins, des actions de santé publique, de prévention, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, ou encore des actions sociales. Les centres de santé sont soit pluriprofessionnels, soit mono professionnels. Ils sont alors de différents types : médicaux ou polyvalents dentaires, ou infirmiers,
- leur mode de gestion : ils sont régis par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements de santé publics ou d'intérêt collectif (mutuelles, associations ou caisses de sécurité sociale). Les professionnels exerçant en centre de santé sont salariés, ce qui constitue l'une des différences majeures avec les maisons de santé. Ils sont soumis à la codification des actes et à l'obligation de tiers payant,

- leur projet de santé : comme tout établissement de santé, les centres de santé disposent d'un projet d'établissement incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Ils disposent d'un projet médical, peuvent accueillir des internes et s'inscrire dans un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Il existe de grandes disparités entre les centres de santé tant au niveau de leur taille que de leur offre de soin.

1.2.1.2 Les centres de santé dentaires

Les centres de santé dentaires proposent tous les types de soins et de traitements à leurs patients. Leur modèle économique repose sur une maîtrise des coûts salariaux et des achats pour ne demander aux patients que de moindres dépenses. Ce modèle nécessite un gros volume d'activité pour fonctionner.

Comme tout centre de santé, le centre dentaire peut être créé et géré par :

- une caisse primaire d'assurance maladie,
- un organisme mutualiste. Dans ce cas, certains sont spécialisés en orthodontie ou en implantologie par exemple. Ils sont alors conventionnés : ils ne pratiquent pas de dépassement sur les soins inscrits à la nomenclature et proposent un reste à charge maîtrisé pour les autres actes,
- une personne privée, via une association à but non lucratif créée à cet effet. Ces derniers sont de plus en plus nombreux et proposent des tarifs très avantageux pour le patient. Ceux-ci sont rendus possibles car ce type de centre est souvent associé à une société commerciale qui fournit le matériel. Par un jeu de prestations croisées, cette société commerciale perçoit, en pratique, les bénéfices dégagés par ces centres. [6]

1.2.2 En tant que collaborateur salarié

Un chirurgien-dentiste diplômé ou un étudiant ayant validé sa 5^e année de chirurgie dentaire et ayant obtenu son Certificat de Synthèse Clinique et Théorique (CSCT) peuvent conclure un contrat de collaborateur salarié avec un autre chirurgien-dentiste ou une société. Ce contrat est à durée déterminée ou indéterminée, à temps plein ou à temps partiel. Le chirurgien-dentiste ou la société embauchant perçoit les honoraires et en reverse un pourcentage au salarié [47]. Le collaborateur est donc salarié mais le mode d'exercice se rapproche plus de l'exercice pluripraticien.

Ainsi, l'exercice groupé de la chirurgie dentaire peut se classer en 3 principales catégories :

- l'exercice libéral en cabinet pluripraticien,
- l'exercice libéral en MSP ou en cabinet pluriprofessionnel,
- l'exercice salarié en centre de santé.

2 Évolutions

Afin de mieux évaluer les avantages et les inconvénients de chaque type de pratique, il convient de s'intéresser dans un premier temps aux évolutions qu'a subi notre société au cours des dernières années. Ces évolutions influencent le comportement des patients et des chirurgiens-dentistes tant au niveau de leurs motivations que de leurs pratiques. Les lois et les obligations s'appliquant à la profession ont ainsi dû s'adapter à la progression de certains modes d'exercice.

2.1 Évolution de la démographie

Les chiffres en 2019 [45] :

- nombre total de chirurgiens-dentistes en France : 41 886,
- population française : 63 375 971,
- chirurgiens-dentistes / 100 000 habitants : 66,09,
- nombre de chirurgiens-dentistes libéraux : 36 334 (86,70%),
- nombre de chirurgiens-dentistes salariés : 5 552 (13,30%),

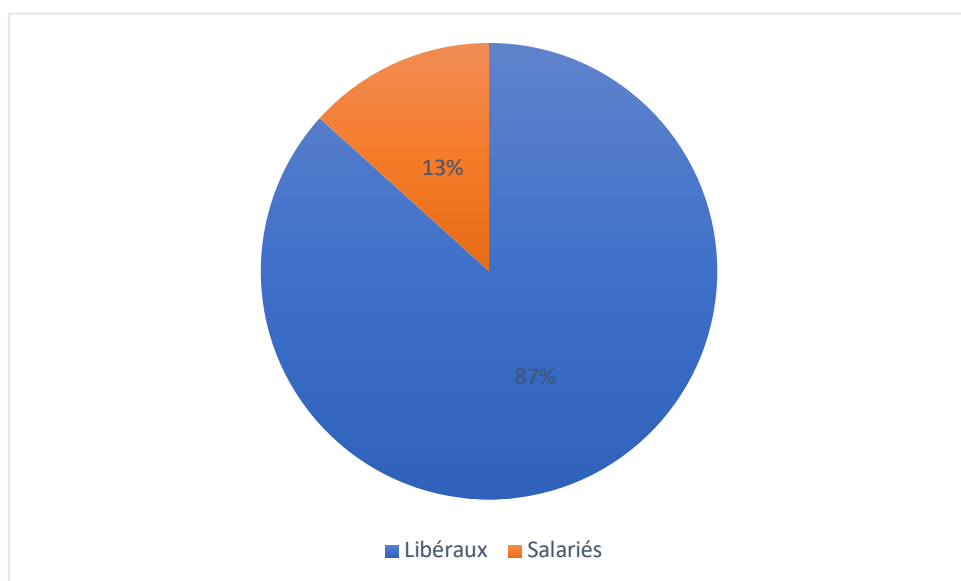


Figure 1: Mode d'exercice des chirurgiens-dentistes en 2019 [45]

- nombre de spécialistes en Orthopédie DentoFaciale (ODF) 2 388 (5,70%),
- nombre de spécialistes en Chirurgie Orale (CO) 168 (0,40%),
- nombre de spécialistes en Médecine Bucco-Dentaire (MBD) 74 (0,20%),
- taux de féminisation 46,00%,
- âge moyen 47,1 ans.

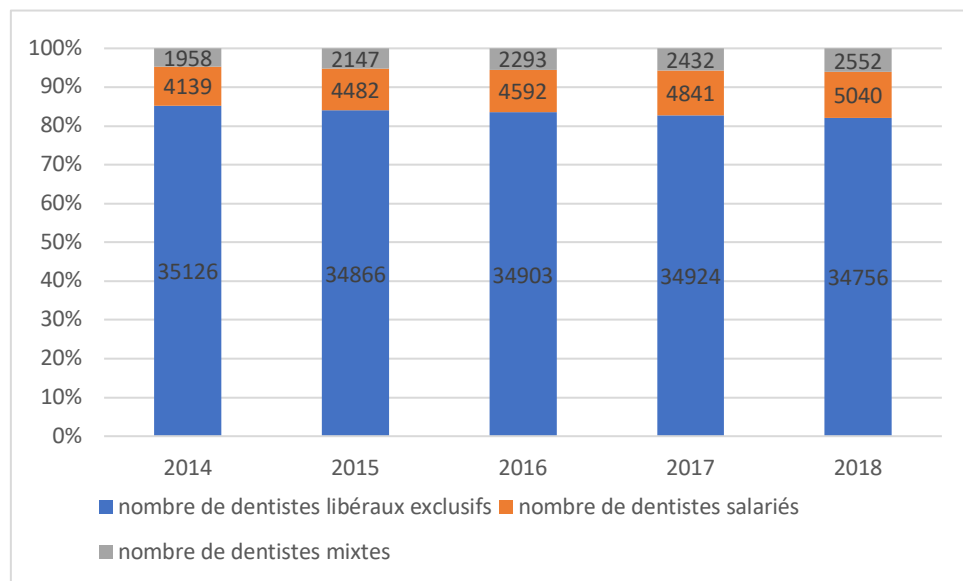


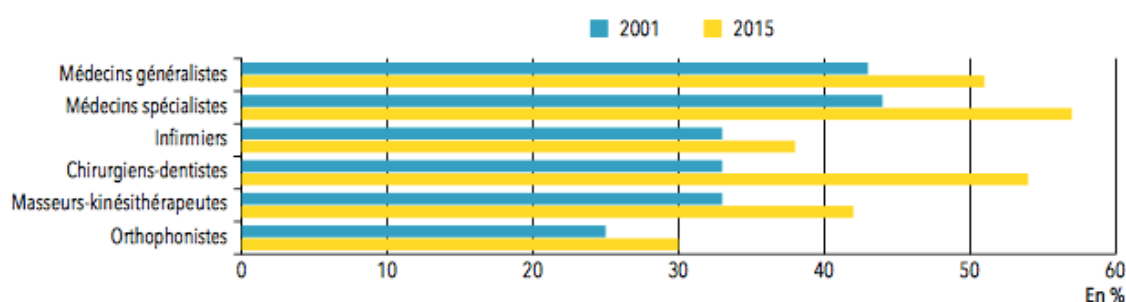
Figure 2: Évolution du mode d'exercice des chirurgiens-dentistes entre 2014 et 2018 [17]

Depuis 2014, le nombre de chirurgiens-dentistes exclusivement libéraux est globalement resté stable tandis que le nombre de chirurgiens-dentistes salariés a augmenté d'environ 1,86% et que celui de dentistes mixtes a augmenté de 1,25% (figure 2).

De plus, selon une étude menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) [40], 8 000 chirurgiens-dentistes supplémentaires exerceront d'ici 2040. Cette hausse serait plus importante que celle de la population française et engendrerait donc une augmentation de la densité de praticiens.

Selon cette même étude, la part des chirurgiens-dentistes libéraux continuerait à diminuer légèrement au profit de celle des praticiens salariés. En effet, celle-ci augmenterait d'environ 1,7% par an en moyenne jusqu'en 2020 puis suivrait une évolution plus lente.

En ce qui concerne l'exercice de groupe, la DREES indique à partir des données RPPS, que ce type d'exercice se développe majoritairement et rapidement chez les praticiens libéraux ou mixtes [49]. En effet, leur proportion est passée de 33% en 2001 à 55% en 2016. Elle souligne également que le changement de mode d'exercice est assez rare dans la profession mais qu'il est cependant plus fréquent chez les moins de 30 ans, en début de carrière. Les jeunes chirurgiens-dentistes passent plus souvent de l'exercice salarié à l'exercice libéral (6,6% des cas entre 2012 et 2016) que le cas inverse.



Note > Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans Adeli et le RPPS.

Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, Adeli 2001, Adeli 2015, RPPS 2015.

Figure 3: Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou en société) [18]

La répartition de ces chirurgiens-dentistes sur le territoire est inégale. Ce déséquilibre est cependant resté stable entre 2001 et 2016. Les praticiens ont toujours tendance à s'installer davantage dans de grands pôles urbains que dans des communes rurales. Ceci vient s'ajouter au fait que les jeunes praticiens, en sortant de la faculté ont tendance à rester à proximité de cette dernière souvent située dans une grande agglomération. Aussi, en 2016, en moyenne 66% des

diplômés entre 2008 et 2012 exercent dans le même département que celui où ils ont obtenu leur diplôme ou dans un département limitrophe.

Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), le nombre de maisons de santé a plus que doublé entre 2014 et 2017, passant de 436 à 910. Le nombre de projets de MSP a, quant à lui, diminué légèrement mais reste tout de même élevé (Figure 4). Ceci peut être expliqué par l'incitation par les pouvoirs publics à créer ce type de structure.

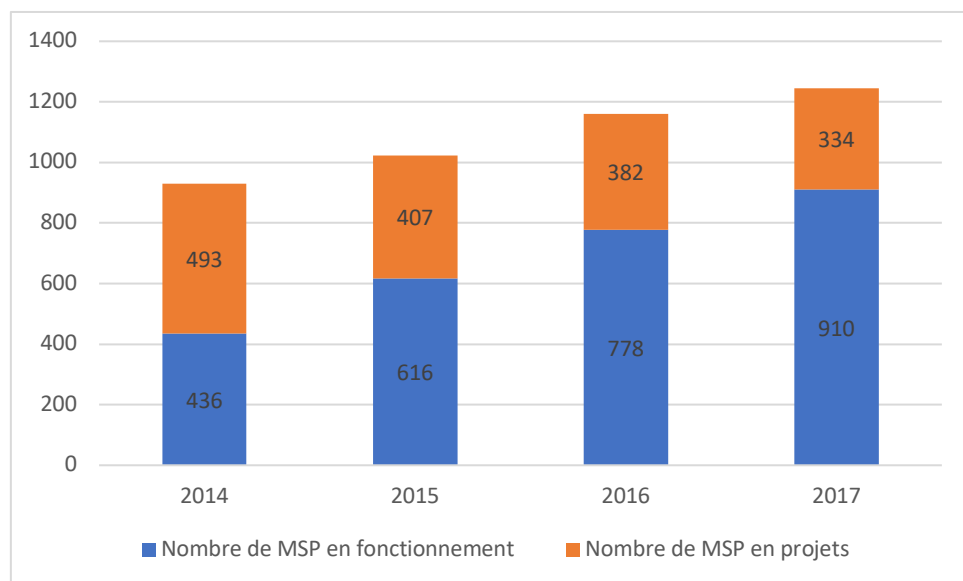


Figure 4 : Évolution du nombre de MSP entre 2014 et 2017 [15]

Le nombre de centres de santé a lui aussi augmenté depuis 2014. En effet selon la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), 1 842 centres existaient en 2014 dont 643 centres dentaires alors qu'en 2018, il en existe 2140 avec une hausse de 67 centres dentaires [19]. Les centres de santé en général, et plus particulièrement les centres de santé dentaires se situent majoritairement en zone urbaine et assez peu en milieu rural. Ils sont également peu nombreux dans les quartiers et communes « en difficulté ».

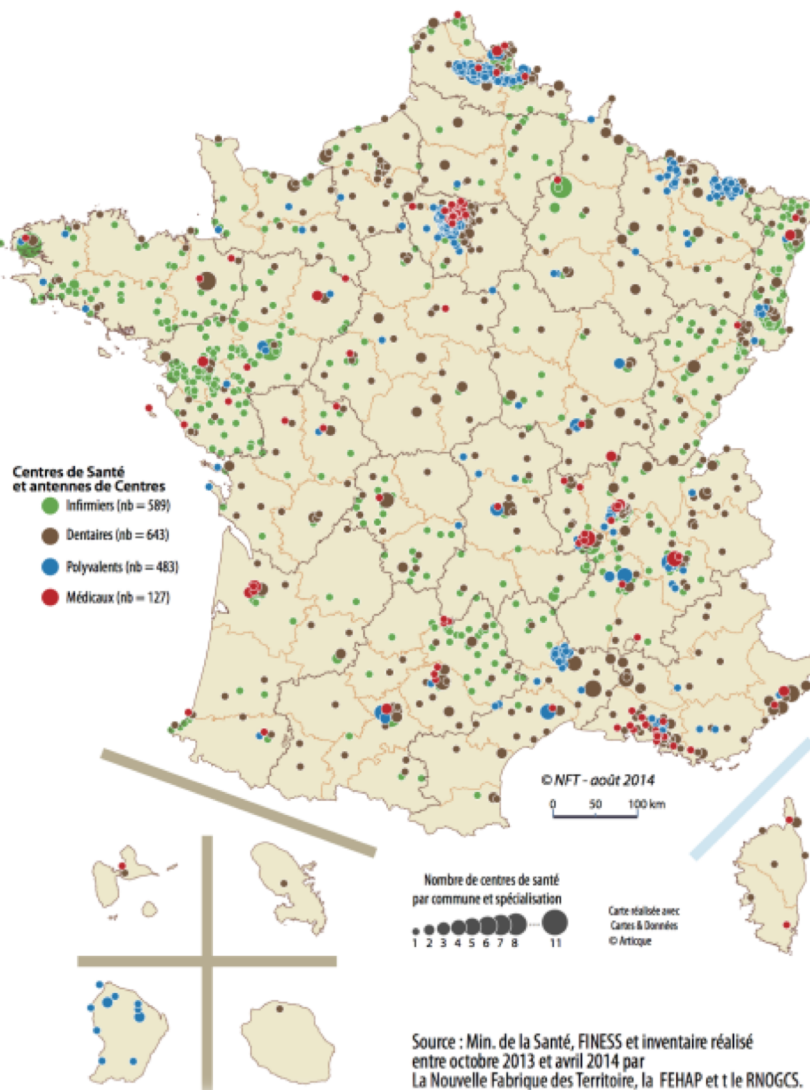


Figure 5: Les centres de santé et antennes de centres de santé en France en 2014 [59]

2.2 Évolution du patient

L'évolution de la société au cours des 50 dernières années a conduit à la modification des attentes et demandes des patients. Ces derniers n'ont cessé de revoir leur niveau d'exigences à la hausse. En effet, ceux-ci ne consultent plus seulement lorsqu'ils souffrent mais également pour des motifs esthétiques. La frontière entre patient et client est alors très mince.

2.2.1 Un patient mieux informé et donc plus conscient

Avec l'essor des nouvelles technologies comme Internet, les patients ont accès à toutes sortes d'informations, vraies ou fausses, qui leur permettent d'acquérir des connaissances. Ils sont alors plus motivés pour devenir acteurs dans certaines décisions thérapeutiques.

La population vieillit et les personnes jeunes ont bénéficié de plus de programmes de prévention et d'éducation à la santé. La moyenne d'âge des patients que les chirurgiens-dentistes prennent en charge aura donc tendance à augmenter. Or, les personnes vieillissantes sont plus informées et conscientes des liens entre maladie bucco-dentaire et maladie systémique [57]. De plus, ces générations sont plus axées sur la santé et l'apparence que les générations précédentes. Les patients sont ainsi plus motivés à garder le plus longtemps possible leurs dents en bouche et dans le meilleur état esthétique possible. Leur niveau d'exigence vis-à-vis du praticien quant au résultat, aux honoraires ou à la qualité de l'asepsie est ainsi plus important [29]. Ils sont alors plus enclins à se plaindre lorsqu'un soin ne leur convient pas et à engager des procédures juridiques. [54]

Ceci pourrait alors expliquer l'intérêt croissant des patients pour les traitements effectués par des spécialistes dans certains domaines de la chirurgie dentaire. Ainsi, la demande en soins orthodontiques continuera d'augmenter, tout comme les besoins en soins parodontaux. L'endodontie et la prothèse fixée garderont une place importante dans l'offre de soin ; tandis que la prévention occupera une place de plus en plus grande pour satisfaire le besoin croissant d'informations des patients pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire.

Les cabinets dentaires regroupant plusieurs dentistes omnipraticiens et spécialistes pourraient alors combler toutes leurs attentes.

Selon une étude menée par l'Eurobaromètre de la Commission Européenne, les cabinets dentaires ou les cliniques privées sont de loin le choix préféré des Européens. Lorsqu'ils ont besoin de soins dentaires, la grande majorité d'entre eux (79%) se rendent dans un cabinet dentaire ou dans une

clinique privée. La majorité (50%) des Européens interrogés dans le cadre de cette enquête ont déclaré que la dernière fois qu'ils sont allés chez le dentiste, le motif de consultation était un contrôle, un examen ou un nettoyage. Un tiers d'entre eux sont allés chez le dentiste pour un traitement de routine et près d'un sur cinq est allé chez le dentiste pour un traitement d'urgence. Les répondants qui disent ne pas aller chez le dentiste mentionnent les coûts élevés de la consultation et des traitements dentaires plutôt que les problèmes d'accessibilité. [12]

2.2.2 Un patient /client ?

La société de consommation, dans laquelle nous vivons depuis plus de 50 ans, a modifié les attentes et les modes de vie des patients. En effet, ces derniers ont pris l'habitude de tout consommer plus vite, de façon plus pratique et à moindre coût à l'instar des supermarchés. Ainsi, les patients admettent apprécier une offre de soin de proximité, plus large, pour laquelle la prise en charge est rapide et à coûts réduits [3,60]. Cela peut alors expliquer l'engouement croissant pour les centres dentaires appréciés pour leur disponibilité et leurs tarifs attractifs. L'attractivité croissante des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des cabinets pluriprofessionnels pourrait, elle, être expliquée par leur proximité et leur praticité.

2.3 *Évolution des envies et tendances des praticiens et étudiants*

Comme le démontre une étude menée au Royaume-Uni, le choix d'une carrière en chirurgie dentaire est influencé par une multitude de facteurs [20]. Parmi eux, certains se rapportent à la nature de la profession. Ainsi une grande partie des étudiants reconnaissent avoir choisi cette voie par désir d'aider et de travailler avec d'autres personnes. D'autres se rapportent davantage au type «

d'emploi » qu'est la chirurgie dentaire. Ainsi, beaucoup d'étudiants choisissent d'étudier dans cette filière car elle débouche sur une profession reconnue, à revenus élevés et assurant une sécurité de l'emploi. Enfin, les conditions de travail attirent également : les horaires de travail normaux, l'indépendance professionnelle, un temps de travail régulier sont autant de facteurs qui séduisent les futurs chirurgiens-dentistes. Cela souligne l'importance donnée à la qualité de vie personnelle par les étudiants choisissant cette voie.

C'est également pour cette raison que l'on peut s'attendre à une augmentation du nombre de dentistes salariés dans les années à venir. En effet, cette activité permet une conciliation plus facile entre vies familiale et professionnelle. [16]

D'autre part, certains chirurgiens-dentistes choisissent d'être salariés pour minimiser les risques économiques. En effet, l'installation dans un centre de santé ne nécessite aucun investissement contrairement à l'installation en milieu libéral imposant l'achat de matériel, l'achat ou la location des locaux ou l'embauche de personnel. Ainsi, de nombreux jeunes professionnels choisissent de travailler dans des cabinets partenaires en solution provisoire après l'obtention de leur diplôme afin d'acquérir une expérience théorique, pratique et organisationnelle avant de s'installer en libéral. [61]

Comme développé précédemment, les patients accordent désormais une importance accrue à l'amélioration de la fonction mais aussi de l'esthétique. La pratique de la dentisterie exige donc maintenant une connaissance et une expérience particulière des traitements multidisciplinaires complexes. Ainsi, les étudiants développent un intérêt croissant pour les spécialisations qui permettent de répondre à cette demande.

En ce qui concerne les plans de carrière des étudiants en chirurgie dentaire, une étude menée au Royaume-Uni permet de décrire les aspirations des étudiants quant aux modalités d'exercice de la chirurgie dentaire [21]. Il en ressort

que la majorité des étudiants se disent intéressés par une spécialité ou un exercice ayant un intérêt particulier, comprenons une omni pratique orientée dans un domaine particulier. Dans les deux cas, l'orthodontie et la dentisterie restauratrice sont les domaines qui attirent le plus.

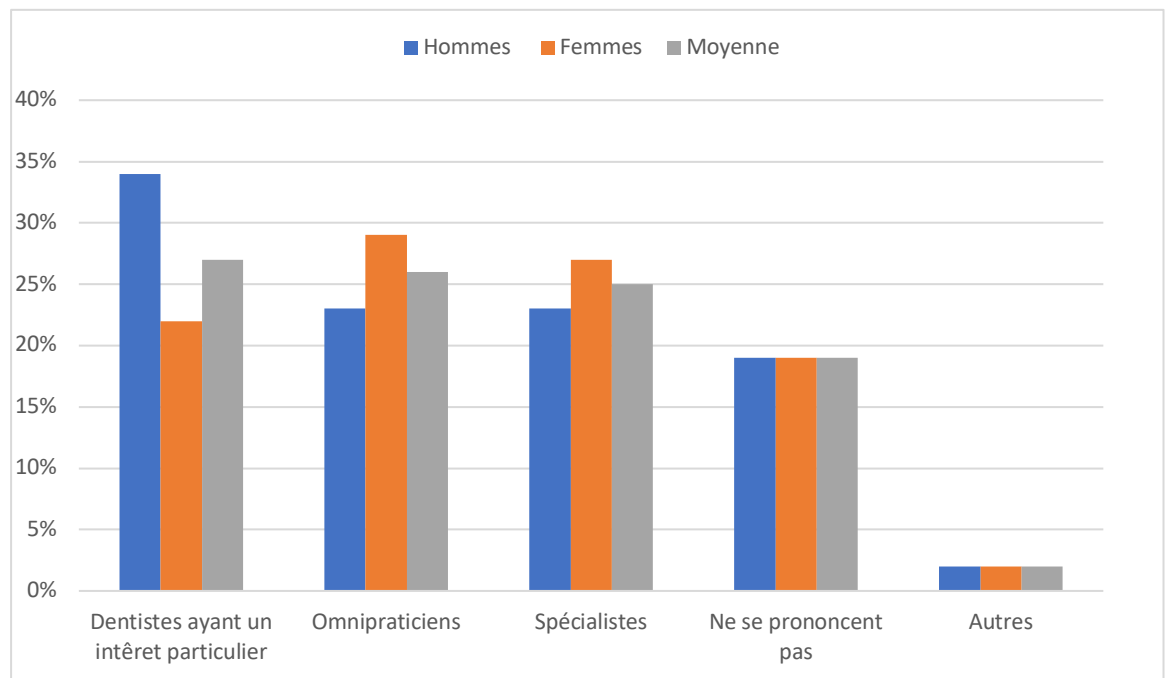


Figure 6 : Futurs domaines de pratiques selon le sexe [21]

Elle montre également que moins des deux tiers des interrogés prévoyaient de travailler à temps plein à long terme. Enfin, la majorité préféreraient travailler en équipe.

Une étude menée en France chez les jeunes diplômés français en médecine générale [28] peut être utilisée pour expliquer les choix des jeunes chirurgiens-dentistes. Elle compare l'exercice salarié et l'exercice « privé » autrement dit libéral selon les aspirations et les attentes des jeunes diplômés français. Elle démontre que de plus en plus de jeunes diplômés français préfèrent la pratique salariée à la pratique privée pour diverses raisons : revenu minimum garanti, de meilleures garanties de protection sociale notamment en cas de maladie, d'accident du travail, de grossesse ou de maternité. Ceci est contrebalancé par le fait que les jeunes médecins généralistes aspirent à nouer une relation de confiance et de proximité avec leurs patients qui selon eux est

impossible à construire en cabinet salarié. En effet, certains médecins salariés constatent une détérioration de la relation praticien-patient accompagnée d'un manque de reconnaissance et de respect venant des patients.

D'autre part, les horaires de travail préoccupent la plupart des jeunes généralistes. D'un sens, l'exercice privé permet une autonomie complète de par la flexibilité du temps de travail et la pose de congés sans avoir à se justifier auprès d'un employeur. A contrario, la charge de travail globale en exercice privé, et plus particulièrement en milieu rural, est jugée plus lourde qu'en exercice salarié.

L'ensemble des aspirations des jeunes médecins généralistes décrites dans cette étude peuvent être transposées aux jeunes chirurgiens-dentistes qui sont confrontés au même choix de l'exercice salarié ou libéral.

2.4 Évolutions des techniques et des pratiques

2.4.1 Évolution des techniques

Avec l'avènement des nouvelles technologies et l'application du numérique à d'autres sciences depuis les années 2000, les techniques utilisées dans les cabinets dentaires ont elles aussi évoluées.

En 2002, un véritable changement était annoncé par le biais du transfert des technologies de l'information [29]. Ainsi les cabinets dentaires pourraient être équipés de nouvelles technologies de gestion de l'information et d'outils de diagnostics et de traitement perfectionnés. Le défi pour les chirurgiens-dentistes serait alors d'adopter ces technologies de façon organisée et sécurisée.

Ce transfert de technologies a eu un impact sur l'ensemble de la profession : gestion de la pratique clinique et administrative, technologies de diagnostic, technologies de traitement, technologies éducatives, études et

résultats épidémiologiques, développement professionnel et formation continue ainsi que la communication interprofessionnelle et avec les patients.

Au cabinet, ces technologies se traduisent par exemple par :

- l'utilisation récurrente de systèmes d'agrandissement et d'éclairage (microscopes, loupes) qui permettent l'amélioration des résultats cliniques, l'optimisation de l'ergonomie et la compensation des déficiences visuelles,
- l'utilisation de solutions biologiques en traitement des pathologies dentaires,
- une meilleure compréhension des principes de bio-ingénierie en prothèse dentaire qui amène à une recherche commune entre ingénierie et dentisterie,
- l'intégration de la tomographie volumique à faisceau conique (cone beam) dans la pratique courante qui permet de meilleurs diagnostics et traitements [30],
- la Conception Assistée par Ordinateur (CAO) et la Fabrication Assistée par Ordinateur (FAO).

Ainsi, l'équipement de base d'un cabinet dentaire, aujourd'hui, est beaucoup plus important et onéreux qu'il ne l'était une quarantaine d'années auparavant [54]. L'investissement que représente le plateau technique actuel est lourd pour un jeune chirurgien-dentiste qui s'installe. Dès lors, il paraît évident que le partage des coûts entre plusieurs professionnels est une solution avantageuse.

D'autre part, la progression des savoirs et des technologies est de plus en plus rapide, ce qui nécessite une réactualisation fréquente des matériels mais également des formations des praticiens et des assistants à la maîtrise des nouveaux équipements et techniques de travail.

Ces évolutions auraient pour conséquence une baisse du nombre de rachats de cabinets par les jeunes chirurgiens-dentistes au profit de la

construction de locaux et l'achat de matériel neufs qui seraient plus intéressants. De plus, ces nouvelles technologies favorisent une communication fluide entre les différentes professions par le biais de logiciels de partage d'informations par exemple. Ceci, couplé à l'aspiration des jeunes à rompre leur isolement professionnel peut expliquer le développement des maisons de santé, cabinets pluriprofessionnels et cabinets pluripraticiens.

2.4.2 Évolution des pratiques

La pratique de la profession dentaire a elle aussi évolué.

L'éducation thérapeutique des patients occupe une plus grande partie du temps du clinicien. Accompagnée par des méthodes plus perfectionnées de communication prédiquant et simulant les résultats des traitements, les chirurgiens-dentistes sont devenus de véritables conseillers dans l'orientation des choix de traitements par les patients.

La diversification des pratiques du chirurgien-dentiste a une incidence sur son choix de mode d'exercice. En effet, il doit désormais consacrer plus de temps aux activités de prévention, dépistage, éducation thérapeutique. Les structures telles que les MSP ou les centres dentaires sont engagées auprès des ARS à remplir ces missions et sont rémunérées pour le faire. Certains chirurgiens-dentistes pourraient ainsi choisir ces structures d'exercice pour leur permettre de remplir ce rôle avec plus de confort et de soutien.

D'autre part, l'approche fragmentée de la « dentisterie de crise » d'autrefois a laissé place à une approche plus globale des soins de santé bucco-dentaire. Ainsi, les plans de traitement pluridisciplinaires, impliquant des spécialités dentaires mais également d'autres professions sont devenus plus courants [29]. Dès lors, l'omnipraticien devient le pilier d'une équipe pluridisciplinaire. Ceci couplé à la demande croissante de résultats élevés font de lui un aiguilleur vers les différentes spécialités permettant d'assurer aux patients une prise en charge par les meilleurs spécialistes selon leurs besoins thérapeutiques.

Par conséquent, davantage de chirurgiens-dentistes développent un intérêt spécifique voire se spécialisent [24].

De ce fait, 4 catégories de chirurgiens-dentistes [54] peuvent être distinguées :

- les monopraticiens, experts d'une famille d'actes limités. Ils ont une pratique exclusive quand ils interviennent ponctuellement pour des actes précis sur des patients adressés, ou gardent une petite partie d'omnipraticque. Ce sont les endodontistes, pédodontistes, parodontistes, implantologistes,
- les polypraticiens : que la profession désignerait comme les omnipraticiens « de base »,
- les omnipraticiens : qui, si l'on s'attache au sens d'universalité que recouvre le préfixe « omni », prolongent leur pratique de base par la maîtrise de toutes techniques avancées : implantologie, parodontie, petite-chirurgie,
- les spécialistes qualifiés en orthodontie, chirurgie orale et médecine bucco-dentaire.

Les raisons avancées pour expliquer le nombre croissant de spécialistes et monopraticiens sont :

- le coût du plateau technique : la spécialisation dans un type d'actes souvent hors nomenclature est plus rémunérateur. Le praticien aurait donc plus de facilités à rentabiliser le coût horaire de son plateau technique,
- l'investissement en temps et en argent représenté par les formations complémentaires. Il s'agit de rentabiliser ce coût en se spécialisant,
- la tendance au regroupement : les praticiens d'un même groupe peuvent ainsi se répartir la patientèle selon la spécialité dont elle a besoin.

D'autre part, les plans de traitement pluridisciplinaires traités par différentes spécialités dentaires ou non sont de plus en plus fréquents. L'exercice au sein d'une même structure de ces spécialités favorise les échanges, une meilleure

compréhension et une fluidité dans la réalisation du traitement. C'est pourquoi l'exercice en MSP ou cabinets pluripraticiens multi spécialités semble être promu.

2.5 *Évolution des lois et des demandes des pouvoirs publics*

2.5.1 Évolutions en terme de santé publique

Les gouvernements successifs et autorités responsables ont dû s'adapter aux évolutions de la profession. Ainsi, ils ont mis en place certaines mesures permettant d'encadrer ces évolutions, de garantir aux patients des soins de qualité et aux chirurgiens-dentistes d'exercer leur profession dans de bonnes conditions.

Depuis 2004, l'exercice groupé des professions médicales est encouragé sur les plans législatif et réglementaire en supprimant les obstacles juridiques et déontologiques susceptibles d'en empêcher le développement.

Sur le plan déontologique, les règles concernant l'exercice en cabinet secondaire ont été assouplies afin de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des patients dans les zones sous-dotées. Et, en 2005, le statut de collaborateur libéral a été créé afin d'éviter l'installation en cabinet isolé.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2006 incite les unions régionales des caisses d'assurance maladie à promouvoir les différentes formes d'exercice groupé.

D'autre part, diverses mesures incitatives visant à lutter contre les déserts médicaux ont été prises au cours des années telles que :

- l'exonération de l'impôt sur le revenu pendant 5 ans dans les zones franches,
- la création de cabinets par les collectivités locales pour attirer des praticiens,

- l'attribution de bourses d'études contre engagement de l'étudiant de s'installer dans une zone désertée pendant un certain nombre d'années.

En 2009, un rapport est établi à la demande de Madame Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur le bilan des maisons et des pôles de santé et sur les propositions pour leur déploiement [27]. Il y est reconnu qu'à l'avenir, l'exercice pluriprofessionnel occupera une part importante dans la dispensation des soins de premier recours et il souligne également le manque d'encadrement et de soutien pour la création de ce type de structures.

Des recommandations ont été proposées :

- favoriser les modes d'exercice pluriprofessionnels, quelle que soit leur forme (centre ou maison de santé) et où qu'ils soient (en zone sous-dotée ou non),
- mettre en place un système d'aides graduées en fonction des besoins de la population et des spécificités des territoires pour permettre un accès équitable aux soins,
- modifier la législation du point de vue du statut des structures, du partage de données et du mode de financement,
- développer des stages pratiques pour les étudiants en milieu pluriprofessionnel,
- créer de nouveaux métiers permettant d'optimiser le fonctionnement des structures pluriprofessionnelles tels qu'assistant administratif, assistant chargé d'organiser le système d'information,
- moderniser les outils et les fonctions support tels que l'informatisation, la télémédecine.

En 2009 également, la loi HPST, dont l'instigatrice est Madame Roselyne Bachelot, ministre de la santé, crée les Agences Régionales de Santé (ARS). Ces dernières ont pour rôle d'organiser un maillage territorial et d'améliorer

l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population. Ainsi, les ARS vont stimuler l'activité des maisons de santé pour répondre à cette demande.

En 2012, Madame Marisol Touraine est à l'origine du Pacte Territoire Santé (PTS) pour lutter contre les déserts médicaux [42]. Ce dernier comprend 10 engagements :

- développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville,
- faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles,
- favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains,
- assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes,
- augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine,
- augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants,
- soutenir la recherche en soins primaires,
- mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien,
- favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents,
- soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient.

L'engagement 3 est basé sur un constat simple : les médecins veulent travailler en équipe et sont attirés par les maisons et centres de santé.

Diverses actions sont alors mises en place :

- généralisation en 2015 de la rémunération d'équipe par l'Accord national des centres de santé. En échange de cette aide, les professionnels de santé s'engagent à offrir un meilleur accès aux soins (grâce à des horaires élargis par exemple) et une meilleure qualité des soins en se coordonnant entre eux,

- investissement dans la création et la rénovation des maisons et de centres de santé dans les quartiers prioritaires des villes.

De plus, afin de soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient, le projet prévoit de favoriser la coordination entre les professionnels de santé par :

- la mise en place d'Équipes de Soins Primaires (ESP) [58] : elles sont constituées de tout professionnel de santé de premier et second recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients. Ce sont des formes de coordinations souples qui peuvent parfois être simplement basées sur la transmission organisée d'informations, la facilitation de coopérations et la mise en cohérence des interventions autour des patients,

- la constitution de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) regroupant médecins généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux, acteurs médicosociaux et sociaux afin d'améliorer le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situations de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie.

Les CPTS sont créées par la loi du 26 janvier 2016. Un rapport établi par l'Inspection Général des Affaires Sociales (IGAS) qui étudie leur déploiement [18] est remis à la ministre de la santé Agnès Buzyn en août 2018. Il souligne le développement décevant de ces structures. En effet, aucun texte de loi ne prévoit l'application, l'encadrement ou le soutien du développement des CPTS. De leur côté, les ARS n'ont pas organisé de politique active de soutien à leur émergence. Ainsi, les CPTS créées témoignent uniquement de la mobilisation et de la motivation des professionnels de santé.

La mission dégage alors des recommandations afin d'accélérer et pérenniser le développement des CPTS. Elle propose notamment de développer la formation interprofessionnelle par le biais du Développement Professionnel Continu (DPC).

Tableau 1 : Recommandations établies par l'IGAS pour le développement des CPTS en 2018 [18]

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
Fixer une ambition et un cadre			
1	Fixer un objectif politique partagé entre les professionnels et la puissance publique qui pourrait être formulé ainsi : « à terme, tout patient doit pouvoir accéder à un parcours de soins organisé. La CPTS est l'organisation de référence des parcours ambulatoires. »	DGOS	Fin 2018
2	Définir au niveau national les impératifs que devront respecter les CPTS.	DGOS	Fin 2018
3	Clarifier l'articulation entre CPTS, ESP et PTA : - l'ESP assure la prise en charge d'une patientèle en proximité ; - la CPTS est un mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population ; - la PTA intervient en tant que de besoin sur la gestion des cas complexes.	DGOS	Fin 2018
4	Laisser le dimensionnement territorial, ainsi que l'organisation et la gouvernance des CPTS à l'initiative des porteurs de projets et des professionnels de santé.	DGOS/ARS	Fin 2018
Fonder le déploiement sur l'accompagnement et l'évaluation permanente			
5	Recommander aux ARS, responsables du pilotage du déploiement des CPTS et de l'accompagnement des porteurs de projet, de le faire en partenariat rapproché avec les URPS.	DGOS	Fin 2018
6	Développer les synergies entre ARS et Assurance maladie pour l'accompagnement des CPTS, notamment dans le cadre du guichet unique créé à l'attention des professionnels de santé.	DGOS/ARS et Assurance maladie (CNAM/CPAM)	Premier semestre 2019
7	Promouvoir une posture de soutien et de progressivité de la puissance publique (Etat et Assurance maladie) auprès des porteurs de projet.	DGOS/ARS et Assurance maladie (CNAM/CPAM)	Fin 2018
8	Organiser parallèlement aux décisions relatives au déploiement des CPTS, l'évaluation nationale et régionale de cette politique publique.	DGOS/ SGMAS	Premier trimestre 2019
Les leviers clés du développement des CPTS			
9	Favoriser les dynamiques interprofessionnelles des CPTS dans le cadre du DPC et consacrer un budget qui pourra atteindre en 2021 15 % de l'enveloppe actuelle aux actions de transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins.	ANDPC	Fin 2018
10	Financer les CPTS et le déploiement du dispositif : - par le FIR en phase projet jusqu'à la validation - par un ACI à négocier dès 2019 après validation du projet - par le fonds de transformation du système de santé pour les coûts transitionnels.	DGOS/ARS et Assurance maladie	Fin 2019
11	Elaborer des profils-types de CPTS selon une typologie territoriale.	DGOS/ARS et Assurance maladie	Premier semestre 2019
12	Confirmer la réorientation du programme e-parcours vers l'outillage numérique des CPTS, et organiser l'accompagnement territorial à l'usage des outils socles de coordination (DMP, messagerie sécurisée, e-prescription, etc.).	DGOS/ARS et Assurance maladie (CNAM/CPAM)	2018-2019
13	Organiser un processus collectif d'animation de réseau et d'apprentissage s'appuyant sur des outils collaboratifs.	DGOS/ SGMAS	Premier semestre 2019

Enfin, en septembre 2018, Monsieur le Président de la République Emmanuel Macron prononce un discours annonçant sa stratégie de Transformation du Système de Santé. [32]

Son objectif est clair, il souhaite réorganiser les déserts médicaux plutôt que de les repeupler. Il souhaite que « l'exercice isolé devienne progressivement marginal, qu'il devienne l'aberration et qu'il puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022 ». Il y souligne l'importance de la coordination entre les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients et veut mettre l'accent sur la prévention. Il souhaite soutenir financièrement le développement des CPTS. C'est ainsi que le plan « Ma santé 2022 » a été adopté le 16 juillet 2019. Il encourage l'exercice coordonné des professionnels et soutient les nouvelles formes d'exercice pour renforcer la présence médicale dans les territoires fragiles. Ainsi, le nombre de projets de CPTS a déjà augmenté de 25% entre décembre 2018 et avril 2019, celui de MSP a augmenté de 37% entre 2017 et 2019 et le nombre de centres de santé dentaires ou infirmiers a augmenté de 49% durant cette même période. [43]

2.5.2 Évolutions des lois concernant chaque type d'exercice

Chaque type de pratique s'exerce dans un cadre bien spécifique, les lois ont donc dû s'adapter à leur développement afin de les encadrer et les orienter au mieux.

2.5.2.1 Les centres de santé

En 2009, la loi HPST modifie les fondements du cadre juridique des centres de santé. Alors qu'autrefois ces derniers devaient obtenir un agrément pour être

créés, celui-ci est remplacé par une vérification des conditions techniques de fonctionnement. Le projet de santé, assorti du règlement intérieur et des conditions d'hygiène et de sécurité, envoyés à l'ARS permettent à cette dernière de déclencher l'enregistrement de la structure dans la base du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et d'être financée par l'assurance maladie.

En 2013, dans un rapport ministériel étudiant la situation économique des centres de santé et leur place dans le futur du système de soin [22], des recommandations sont données afin d'ancrer les centres de santé dans une offre de soins primaires accessible, regroupée et coordonnée. Elles ont pour objectifs de faciliter la gestion quotidienne des centres de santé, d'en améliorer le modèle économique en échange d'une meilleure gestion et de mettre en place un pilotage stratégique des centres de santé afin de répondre aux problèmes qui se présentent à eux.

Tableau 2 : Recommandations établies par le rapport ministériel de 2013 pour favoriser le développement des centres de santé [22]

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Généraliser à l'ensemble des centres de santé le recours à l'outil de contrôle des droits « CDR »	CNAMTS	Fin 2013 (accord national)
2	Former les agents à la gestion du tiers payant	CNAMTS/Centres de santé	Automne 2013
3	Désigner un référent par CPAM pour la gestion du tiers payant	CNAMTS	Automne 2013
4	Ne pas recourir au tiers payant avec les organismes complémentaires qui créent un surcoût pour le centre	Centres de santé	Automne 2013
5	Inscrire dans l'accord national l'obligation pour la CPAM de payer lorsque le centre de santé a vérifié les droits du patient sur la plateforme « CDR »	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Fin 2013 (accord national)
6	Mutualiser entre centres de santé la gestion du tiers-payant en passant par une caisse pivot d'assurance maladie pour la part obligatoire et par une plate-forme commune pour les organismes complémentaires	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé (pour la partie obligatoire)	Fin 2013 (accord national)
7	Etudier une application aux centres de santé de la procédure retenue pour les consultations externes dans le cadre de FIDES	DGOS	Avant juillet 2014
8	Permettre le versement aux centres de santé des rémunérations afférentes aux activités de maître de stage et de permanence des soins	DGOS	Loi de santé publique à venir
9	Modifier la loi afin permettre aux médecins réalisant moins de deux demi-journées de vacances par semaine dans les centres de santé de conserver leur statut de libéral	DGOS	Loi de santé publique à venir
10	Elaborer un cahier des charges des centres de santé relatif aux critères de bonne gestion	DGOS	Premier trimestre 2014
11	Adresser aux agences régionales de santé un guide d'utilisation des CPOM pour conclure avec les centres de santé des contrats d'optimisation de la gestion	DGOS	Premier trimestre 2014
12	Les partenaires de l'accord national procèdent d'ici fin 2013 à la transposition des dispositions financières applicables aux libéraux qui ne se rapportent pas à la fonction de coordination	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Fin 2013 (accord national)
13	Transformer l'option de coordination en forfait de gestion regroupée, versé au titre des patients respectant le parcours de soins et venus au moins deux fois dans le centre dans l'année, sous réserve du respect du cahier des charges de bonne gestion des centres de santé	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Fin 2013 (accord national)
14	Créer un véritable forfait de coordination médicale commun aux centres de santé et aux maisons de santé	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Premier semestre 2014 (accord national)
15	Etablir un calendrier de négociations de l'accord national afin de le faire évoluer rapidement.	DGOS, DSS, CNAMTS, Groupe de concertation centres de santé	Fin septembre 2013
16	Inclure les centres de santé dans les projets régionaux de santé et les schémas régionaux d'organisation des soins.	SG – DGOS	2014
17	Mener des contrôles ciblés sur certains centres dentaires ou polyvalents pratiquant des activités dentaires.	DGOS pour cadrage, ARS / CPAM	2014
18	Inscrire dans l'instruction relative aux contrats entre ARS et centres de santé que ces contrats peuvent porter sur le développement des missions d'action sociale et de santé publique des centres de santé.	Circulaire DGOS	Avant fin 2013
19	Inscrire dans l'accord national la possibilité pour les ARS de moduler le forfait en fonction des caractéristiques sanitaires et sociales du territoire	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Premier semestre 2014 (accord national)
20	Définir la gouvernance de l'observatoire des centres de santé et le charger de constituer une base de données, de mener des études de fond et de diffuser les bonnes pratiques sur les centres de santé.	DGOS	Avant fin 2013

En 2016, dans un rapport remis à madame Marisol Touraine [15], ministre de la santé, l'IGAS constate un assouplissement de l'encadrement juridique des centres de santé et une baisse des moyens de contrôle, ce qui a conduit à des dérives commerciales et propose donc un encadrement plus strict des activités.

En effet, depuis 2009 et la loi HPST, les centres de santé peuvent être créés par une simple déclaration auprès de l'ARS. Puis, chaque année, un rapport d'activité doit lui être remis afin de contrôler le respect des engagements pris. Cependant, l'ARS délivre assez facilement son autorisation, les centres n'ont qu'à respecter les prescriptions du Code de santé publique : matériel certifié, respect des protocoles de soins et chirurgiens-dentistes diplômés. Cette réglementation très souple a laissé place à des écarts.

Le rapport établit donc des recommandations :

- mise en place d'une déclaration d'intérêts pour que les structures basées sur des liens étroits entre centre de santé et sociétés privées ne puissent plus exister juridiquement,
- renforcement des contrôles ciblés et coordonnés entre approches sanitaire, financière et fiscale,
- établissement d'un plan de santé publique pluriannuel sur la santé bucco-dentaire basé sur un référentiel dentaire établi par la Haute Autorité de Santé (HAS),
- réaffirmation de l'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes avec une clarification du code de déontologie,
- finalisation des études médico-économiques permettant de modifier la nomenclature.

De cette manière, les autorités espèrent endiguer les dérives auxquelles ont été exposés les centres de santé tout en promouvant leur développement afin de répondre aux objectifs de santé publique.

2.5.2.2 Les maisons de santé

Afin de stimuler le développement des MSP, les autorités et les ARS ont mis en place diverses réformes [34].

Depuis 2008, les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) sont expérimentés et ont par la suite été convertis en règlement arbitral. Ils sont destinés à financer le travail en équipe, favoriser le partage des systèmes d'information et offrir de nouveaux services aux patients comme l'éducation thérapeutique

En 2011, la création de la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) offre un nouveau cadre juridique aux MSP en favorisant l'exercice groupé des professionnels de santé libéraux sous cette forme.

En effet, celle-ci permet à la MSP de :

- percevoir les NMR,
- mettre en commun des moyens et d'exercer en commun des activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé,
- choisir le régime fiscal applicable à la SISA.

En 2013, la « Stratégie Nationale de Santé » place au centre de ses objectifs le développement des structures d'exercice collectif.

En 2018, La « Stratégie de Transformation du Système de Santé » donne clairement la priorité à l'exercice en réseaux et en structures de soins coordonnés. Elle est guidée par trois impératifs : améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées, développer la télémédecine en ambulatoire et coordonner les professionnels de santé dans la prise en charge des pathologies chroniques.

Avec l'ensemble de ces nouvelles recommandations et l'adaptation de leurs stratégies de santé, les gouvernements successifs ont permis la création de nouveaux statuts pour les structures d'exercice groupé des professions médicales. Ils stimulent ainsi leur développement en attirant des professionnels toujours plus nombreux auxquels ils attribuent certains avantages. D'autre part, ils s'assurent de leur bon fonctionnement en développant un meilleur encadrement garantissant aux patients un service rendu optimal et une qualité de soins certaine.

2.6 Évolution des obligations des chirurgiens-dentistes

La chirurgie dentaire est une profession règlementée et est par conséquent soumise à un Code de déontologie inscrit dans le Code de Santé Publique. Le Code de déontologie dentaire énonce tous les droits et les devoirs des chirurgiens-dentistes.

Au cours du temps, il s'est étoffé et adapté aux évolutions de la profession. Ainsi, les obligations sont de plus en plus nombreuses et demandent de plus en plus de temps en tâches administratives. Le chirurgien-dentiste devient donc un professionnel de santé mais également un chef d'entreprise devant gérer personnel, sécurité et formations. [50]

Tout d'abord, afin d'assurer la sécurité des patients, des praticiens et du personnel travaillant au cabinet, des normes et règles concernant l'hygiène, la radioprotection et les équipements permettant de prévenir ou traiter les situations d'urgences ont été mises en place :

- le cabinet dentaire est un lieu de soins, il doit répondre à des normes d'hygiène et d'asepsie afin d'éviter les infections liées aux soins. Cela s'applique aux locaux, au personnel et à l'instrumentation,
- en matière de radioprotection, la détention et l'utilisation d'un matériel de radiologie sont soumises à autorisations et formations. Ainsi, il existe de nombreuses obligations [66] telles que la déclaration auprès de la division

territoriale de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), le suivi de dosimétrie, les formations à la radioprotection et les contrôles par la Personne Compétente en Radioprotection (PCR),

- pour la prise en charge des situations d'urgences, le cabinet dentaire doit être doté d'une trousse de secours permettant de soigner le personnel en cas de blessure [67,68] ainsi que d'une trousse d'urgence destinée à prendre en charge les patients en cas de détresse [69].

De plus, le cabinet dentaire est un Établissement Recevant du Public (ERP) de type U, c'est-à-dire un établissement de soins sans hébergement de 5^e catégorie pouvant recevoir moins de 100 personnes. Il doit donc respecter les normes incendies applicables à ce type de structures notamment en matière d'extincteurs, systèmes d'alarmes et de consignes de sécurité [70]. Enfin, les installations électriques doivent elles aussi répondre à des règles strictes et doivent être soumises à des contrôles réguliers. [71,72]

Les cabinets dentaires sont également soumis à des obligations contractuelles pour l'élimination des déchets d'amalgame [69,73], des DASRI [74,75], pour l'assurance des locaux professionnels ainsi que pour la maintenance des différents équipements. [50]

D'autre part, afin de respecter l'intégrité des patients et leur assurer une bonne prise en charge, le chirurgien-dentiste est également redevable d'obligations envers eux.

Les dossiers médicaux sont soumis à des règles en matière de contenu, d'archivage [50], de protection des données [63] et de partage d'informations. [76,77]

Le praticien est dans l'obligation d'obtenir le consentement éclairé du patient et de lui proposer des devis pour les soins non remboursés en intégralité par la sécurité sociale. [50]

En ce qui concerne le cabinet dentaire, les locaux doivent répondre à certaines normes :

- ils doivent être accessibles aux personnes en situation de handicap depuis la loi du 11 février 2005 [78],
- les matériaux utilisés pour les revêtements des sols et murs doivent répondre à certains critères
- ils doivent posséder un vestiaire pour le personnel ainsi qu'un local de stockage des déchets (DAOM et DASRI),
- un certain nombre d'affichages sont obligatoires, d'une part en salle d'attente pour les patients : interdiction de fumer, honoraires [64], d'autre part pour le personnel : conduite à tenir en cas d'Accident Exposant au Sang (AES), affichage pour l'égalité professionnelle et de rémunération, concernant la lutte contre le harcèlement [79,80] et la lutte contre le tabagisme.

Vis-à-vis du personnel employé, le chirurgien-dentiste est dans l'obligation de rédiger un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) [81], de proposer une visite médicale [82], ainsi que d'afficher leurs horaires et congés.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2013, le chirurgien-dentiste est dans l'obligation de suivre chaque année un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) afin de continuer à délivrer des soins conformes aux données acquises de la science. Ainsi il doit effectuer un certain nombre de formations proposées par des organismes spécifiques au DPC afin d'acquérir des connaissances nouvelles.

Pour permettre d'offrir à l'ensemble du personnel travaillant au sein du cabinet dentaire de bonnes conditions de travail, de garantir aux patients des soins de qualité, respectant les normes en toute transparence, le chirurgien-dentiste est soumis à un nombre croissant d'obligations. Lorsqu'il exerce dans

une petite structure dans laquelle le personnel n'est représenté que par un assistant par exemple, ces obligations peuvent être lourdes et très chronophages. Tandis que lorsque l'ensemble de ces obligations sont respectées grâce au partage des tâches entre différents praticiens, assistants, secrétaires, elles paraissent plus acceptables. Cela peut alors orienter le chirurgien-dentiste dans son choix de mode d'exercice, un exercice en groupe semble faciliter le respect de ces obligations et en alléger le poids.

Les évolutions de la profession de chirurgien-dentiste sont nombreuses, de plus en plus rapides et font que ce métier est en constant remaniement. La démographie et le choix d'installation des praticiens sont influencés par une multitude de facteurs. Parmi eux, les aspirations nouvelles des étudiants et des praticiens qui tendent à vouloir plus de confort de vie et plus de souplesse dans leur exercice.

D'autre part, les patients aspirent à des soins plus perfectionnés et répondant à des problématiques plus complexes. Ceci est possible grâce aux nombreuses avancées techniques et technologiques mises en place dans les cabinets dentaires permettant des soins spécifiques et plus pointus.

Pour accompagner ces changements, les lois et les obligations auxquelles doivent se soumettre les chirurgiens-dentistes sont toujours plus nombreuses afin de permettre à l'ensemble de la population française de bénéficier d'une prise en charge bucco-dentaire de qualité et accessible à tous. La profession est ainsi guidée et encadrée par une politique de santé publique suivant le même cap de la multidisciplinarité et de la coopération depuis plus de 10 ans.

3 Avantages et inconvénients de chaque type de pratique

La pratique traditionnelle et dominante de la chirurgie dentaire est l'exercice en solo dans un cabinet libéral. Cependant, la profession fait face à de nombreuses mutations et ainsi diverses autres façons de pratiquer se développent. Celles qui permettront d'améliorer la qualité des soins et de mieux contrôler les coûts peuvent ainsi concurrencer la pratique en solo. [55]

3.1 Avantages et inconvénients de l'exercice en groupe

Comme décrit précédemment, la tendance au regroupement des professions médicales est réelle. De multiples facteurs permettent de l'expliquer et d'en déterminer les avantages et les freins.

3.1.1 Avec d'autres chirurgiens-dentistes

3.1.1.1 Au niveau du temps et de la gestion

L'exercice en cabinet de groupe permet plus de souplesse, plus de confort et plus de liberté dans la gestion du temps [48].

En effet, l'organisation du cabinet y est optimisée. Ce type de structure permet d'engager plus facilement du personnel (secrétaires et assistants dentaires) qui pourront gérer les tâches administratives et la stérilisation par exemple.

Les horaires des praticiens sont plus flexibles. La présence d'autres chirurgiens-dentistes au cabinet en cas d'absence de l'un d'entre eux assure la prise en charge des patients. Cela permet une gestion simplifiée des emplois du temps.

De plus, le management du cabinet est facilité, les décisions se prennent à plusieurs et ainsi, les responsabilités sont partagées. Chaque praticien peut apporter ses compétences dans un domaine.

Ceci est à nuancer avec le fait que les décisions sont souvent plus difficiles à prendre à plusieurs et que chacun doit être capable de faire des concessions.

De plus, la multiplication du personnel et des praticiens induit plus de probabilité de conflits humains. Chacun devra apprendre à travailler en équipe.

3.1.1.2 Au niveau financier

Sur le plan financier, l'exercice groupé de la profession offre une multitude d'avantages.

Tout d'abord, les investissements tels que le local, le matériel commun ou l'ameublement sont partagés. Ainsi, d'après le Livre Blanc de l'ONCD de 2016 [48], les investissements nécessaires à l'ouverture d'un cabinet individuel sont évalués en moyenne à 320 000 euros alors que pour un cabinet de 2 ou 3 praticiens ils sont respectivement de 400 000 et 450 000 euros.

D'autre part, comme expliqué auparavant, le coût du plateau technique ne cesse d'augmenter du fait des nouvelles technologies. L'exercice avec d'autres chirurgiens-dentistes facilite l'acquisition et l'amortissement d'équipements coûteux [11] tels que l'appareil pour radiographies panoramiques, la chaîne de stérilisation, le matériel pour empreinte optique et FAO. De plus, un groupement de praticiens aura une plus grande puissance d'achat vis-à-vis des fournisseurs.

Enfin, le regroupement permet le partage des frais fixes comme ceux permettant d'engager une secrétaire, un technicien de surface ou un informaticien [44]. Il mutualise également les frais courants tels que l'électricité, la formation et le management du personnel.

Cependant, il ne faut pas oublier que ces avantages financiers sont contrebalancés par le coût de fonctionnement global du cabinet qui reste supérieur à celui d'un cabinet isolé.

3.1.1.3 Au niveau de la qualité

L'exercice de la chirurgie dentaire dans un cabinet regroupant plusieurs praticiens semble satisfaire les aspirations de ces derniers en terme d'activité professionnelle et de qualité de vie [26].

En effet, l'exercice en groupe permet une collaboration technique entre les différents membres et une confrontation des pratiques professionnelles. Ainsi, ils peuvent échanger sur des plans de traitement complexes afin d'offrir aux patients les soins optimaux. Lorsque le groupe est composé de jeunes praticiens et d'autres ayant plus d'expérience, cela permet un partage et une continuité dans la formation sur le terrain.

D'autre part, la tendance à la spécialisation permet une complémentarité des soins entre les différents praticiens. Chacun d'entre eux, dans son domaine de prédilection, peut apporter la meilleure qualité des soins possible aux patients et offre ainsi une prise en charge globale de qualité.

Enfin, la pratique en groupe permet d'améliorer la qualité du service rendu aux patients. L'amplitude horaire est plus large et la prise en charge en cas d'urgence est plus aisée [10].

Cependant, il est important que le groupe constitué ait une vision commune de la dentisterie et un style de pratique similaire. En effet, bien que chacun exerce individuellement la profession avec sa méthode et sa conscience professionnelle, l'image globale qu'ont les patients du cabinet reste commune à tous les praticiens. Chacun assume une partie de la réussite mais aussi des erreurs des autres membres et leurs conséquences.

3.1.2 Avec d'autres professionnels de santé

3.1.2.1 Pour la prise en charge du patient

Comme décrit auparavant, les liens entre santé générale et santé bucco-dentaire sont nombreux. L'exercice dans une même structure de différents professionnels de santé permet une prise en charge plus globale du patient, une meilleure coordination ainsi qu'une continuité des soins [27].

En effet, la coopération et la continuité des soins sont facilitées par la proximité spatiale et la fluidité de communication avec les professionnels présents grâce au partage des dossiers et des informations concernant les patients [41]. Dès lors, les personnes souffrant de pathologies chroniques multifactorielles telles que le diabète, la maladie d'Alzheimer, les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires, les cancers, bénéficient d'une meilleure prise en charge.

D'autre part, le soin de ces pathologies dans des cabinets pluriprofessionnels favorise la compréhension par le patient du lien oral-systémique et le motive pour l'ensemble des traitements recommandés. [23]

3.1.2.2 Au niveau financier et administratif

Le cabinet pluriprofessionnel comme le cabinet pluripraticien constitue un moyen pour les professionnels de santé de réduire les tâches administratives. La mise en commun des moyens nécessaires à l'activité professionnelle comme les locaux et les équipements y contribue. Cela permet une plus grande souplesse dans les conditions de travail et plus de disponibilités pour les autres tâches. [1,18]

D'autre part, plus les professionnels de santé mettent des moyens en commun, coopèrent entre eux et partagent des informations, plus les gains en

matière de productivité et de dépenses sont importants, notamment par la mutualisation des frais de fonctionnement.

3.1.2.3 Au niveau de l'organisation

Dans un cabinet pluriprofessionnel, les conditions d'exercice de la profession sont meilleures et semblent plus propices au bon équilibre entre vies professionnelle et personnelle. L'allègement des contraintes administratives et une plus grande souplesse dans l'organisation et la gestion du temps de travail permettent aux professionnels d'exercer plus sereinement. [1]

D'autre part, les patients consultant chez l'une des personnes faisant partie d'une MSP ou d'un simple regroupement de professionnels, sont plus susceptibles de choisir un professionnel de santé d'une autre spécialité dans ce même lieu pour d'autres soins qu'un professionnel libéral exerçant seul.

De ce point de vue, le libre choix du professionnel de santé peut être remis en cause. Les patients seraient influencés. Cela pourrait entraîner des conflits déontologiques entre les différents professionnels de santé et une certaine concurrence déloyale avec les libéraux du secteur. [3]

3.1.3 Spécifiquement au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Au sein d'une MSP, la pratique médicale collective est mieux organisée. Les professionnels exerçant en Maison de Santé sont souvent regroupés dans une SISA. Cette dernière permet de mettre en commun des moyens et d'exercer en commun des activités de coordination et d'éducation thérapeutiques. De plus, ce type de structure mutualise les coûts et les marges de manœuvres financières. [41]

Les MSP permettent également de rendre l'exercice de la médecine de premier recours dans les zones rurales et périurbaines plus attractif grâce à une meilleure répartition des tâches entre les professionnels. Ainsi, l'amélioration des conditions de travail liée à une meilleure organisation engendre une convivialité entre les membres qui la composent et une certaine rupture de l'isolement. [3]

Enfin, l'organisation plus souple du travail facilite l'accueil de remplaçants. [26]

Cependant, l'exercice en MSP présente également des inconvénients.

Même si l'exercice avec d'autres professionnels permet l'allègement des tâches administratives grâce à la mise en commun des moyens nécessaires à l'activité professionnelle, les contraintes administratives restent importantes. Les projets sont souvent longs à mettre en place : 2 ans sont en moyenne nécessaires entre l'élaboration du projet et la mise en service de la MSP.

Par la suite, les professionnels de santé s'engagent à respecter un projet de santé précis sous peine de se voir supprimer les subventions de l'ARS. Cela peut créer une pression allant parfois jusqu'à une perte d'indépendance. [35]

D'autre part, les économies réalisées par la mutualisation de certains frais sont à pondérer avec la majoration des coûts de l'exercice en MSP liée aux salaires, aux charges salariales ainsi qu'aux loyers plus ou moins lourds.

De plus, certains frais ne peuvent pas être mis en communs, comme les salaires du personnel non médical. En effet, les besoins en la matière ne sont pas les mêmes pour tous les professionnels de santé. [3]

Le regroupement de différentes professions peut générer auprès de certaines la crainte d'une prétendue subordination [26] et d'une perte d'autonomie. En milieu libéral, les professionnels sont attachés à leurs libertés.

D'une part, l'évolution des lois poussant de plus en plus les professionnels de santé à s'installer en MSP pourrait, à terme, et en cas d'extrapolation, nuire à la liberté d'installation dont ils jouissent actuellement.

D'autre part, le rassemblement en un lieu unique d'une grande partie de l'offre de soin dans une zone sous-dotée risque de polariser l'offre locale en un centre unique. Ainsi, les cabinets périphériques se retrouveraient en difficulté et cela assècherait les territoires alentours.

De plus, le regroupement peut engendrer des conflits entre des professionnels qui auraient des avis divergents. Il est donc important que chacun adhère au même projet et ne se sente pas contraint par les autres. Pour cela, il est nécessaire que l'ensemble des professionnels se réunisse lors de réunions pluriprofessionnelles qui sont parfois chronophages.

Concernant le partage d'informations au sujet des patients entre les différentes professions, la loi définit que celui-ci doit se restreindre aux professionnels participant à la prise en charge du patient et que « les informations partagées doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social » [62]. Il faut donc veiller à ne pas rompre le secret médical et à respecter les normes de confidentialité.

Enfin, une fois engagé dans une MSP, le professionnel de santé peut se retrouver face à des difficultés pour en sortir si les modalités n'ont pas été prévues.[35]

3.1.4 Communs aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et centres de santé

L'exercice dans les structures telles que les centres de santé et les MSP présentent divers avantages communs. [1]

Du point de vue des professionnels de santé, comme pour les autres modes de regroupement, cela leur permet d'exercer de façon coordonnée pour la prise en charge des patients, de faciliter les échanges interprofessionnels, de jouir d'une plus grande souplesse dans l'organisation et la gestion du temps de travail ainsi que de mutualiser les frais de fonctionnement du cabinet.

A ceci s'ajoute une rémunération spécifique pour la structure dont seules les MSP et les centres de santé peuvent bénéficier.

L'ensemble de ces avantages crée un cadre propice aux pratiques innovantes.

Quant au patient, il peut accéder à une offre de soin de proximité qui assure la continuité des soins. Ainsi, son parcours de soins se voit simplifié par une prise en charge la plus globale possible en un seul et même lieu.

D'un point de vue général, l'exercice groupé en libéral, qu'il se pratique avec d'autres chirurgiens-dentistes ou avec d'autres professionnels de santé, présente de nombreux avantages. L'organisation, tant au niveau de la gestion administrative que celle du temps est simplifiée et plus confortable. Les avantages financiers sont nombreux grâce à la mutualisation. Enfin, la qualité des soins apportée aux patients est optimale et leur continuité est assurée. Cependant, il présente également des contraintes et des risques de mésentente avec les autres membres du groupe. Il peut également dans certains cas entraver à certaines libertés chères aux chirurgiens-dentistes.

3.2 Avantages et inconvénients de l'exercice salarié en centre de santé

3.2.1 Pour les praticiens

L'exercice en tant que chirurgien-dentiste en centre de santé dentaire ou pluriprofessionnel offre tous les avantages liés au salariat.

Ainsi, les revenus et les horaires sont fixes et prévisibles. Le temps de travail est en général de 35 heures par semaine avec la possibilité d'effectuer des heures supplémentaires. Ces horaires de travail normés permettent souvent

une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. Dans les centres mutualistes un contrat-type est utilisé entre l'employeur et le salarié. Dans la majorité des cas ils s'agit d'un contrat à durée déterminée [7]. Les personnes exerçant dans ce type de structures disent être moins stressées grâce la stabilité de leur cadre de travail et une charge administrative moindre.

De plus, les praticiens salariés bénéficient également des indemnités de sécurité sociale en cas de maladie, de maternité ou d'accident du travail et perçoivent des congés payés.

D'autre part, leur engagement dans un centre de santé ayant des obligations règlementaires leur permet de diversifier leurs activités en termes de prévention, d'éducation à la santé, de recherche et de formations. [22]

Enfin, comme évoqué plus haut, les jeunes professionnels aspirent de plus en plus à rompre l'isolement dont ils ont longtemps été victimes. Les centres de santé répondent à cette demande et favorisent le partage d'interrogations sur le diagnostic et le traitement de certains patients dont les jeunes praticiens ont besoin.

Cependant, les praticiens salariés doivent également se plier aux choix d'organisation et de gestion du centre et participer à la politique de santé mise en place. Dès lors, certains se sentent moins motivés à effectuer des soins de qualité.

Théoriquement, ils ne peuvent être soumis à aucune norme de productivité ou de rendement dans le cadre de leur exercice professionnel mais il arrive parfois qu'ils ressentent une certaine pression sur les revenus qu'ils engendrent et ainsi une perte de liberté dans leurs décisions thérapeutiques. [7,56]

Les chirurgiens-dentistes travaillant dans ces structures n'ont pas d'influence ni de capacité de décision sur le type de pratique qu'ils souhaitent exercer ni sur sa progression. Ceci ajouté au fait que leurs horaires fixes sont également moins flexibles, engendre parfois un sentiment de perte d'autonomie. [56]

3.2.2 Pour les patients

Les patients consultant et étant traités dans les centres de santé bénéficient de certains avantages.

Au niveau financier et social, cela leur permet de bénéficier de tarifs conventionnés sans dépassement d'honoraires et d'une dispense d'avance de frais (tiers payant) en fonction des accords conclus avec les mutuelles pour les actes courants tels que les soins ou les prothèses, des actions de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé. [7,22]

D'autre part, d'un point de vue géographique, les centres de santé aident à réduire les inégalités territoriales d'offre de soins. En effet, historiquement, ils sont souvent implantés dans des zones défavorisées. [15]

Les centres de santé offrent donc un cadre de travail stable et sécurisant pouvant répondre aux attentes des jeunes diplômés. Cependant les politiques qui y sont appliquées peuvent parfois nuire à la liberté des praticiens et à la qualité des soins qui y sont prodigués. Les patients, quant à eux y bénéficient d'avantages financiers, sociaux et d'un accès géographique facilité.

L'exercice en groupe de la chirurgie dentaire offre de nombreux avantages et il est aisé de constater qu'elle est certainement une solution d'avenir pour l'ensemble des praticiens. Chaque chirurgien-dentiste, selon ses attentes et ses ambitions, est libre de choisir le mode d'exercice qui lui convient et qui, selon lui, présente le plus d'avantages.

4 Un exercice groupé réussi

Chaque type d'exercice en groupe présente des avantages et des inconvénients. Pour être certain de mettre à profit les avantages et tenter d'en minimiser les inconvénients, certaines erreurs sont à éviter et certaines clés permettent d'en faciliter la réussite.

4.1 Erreurs à éviter et clés pour un exercice groupé réussi

Certains chirurgiens-dentistes ne souhaitent travailler en groupe que dans l'objectif de faire des économies ou de travailler avec des amis. Or, les motivations d'association doivent être plus profondes et réfléchies si le regroupement veut être durable. Trop nombreux sont les cabinets se lançant dans cette « aventure » sans en connaître les bases et fondements et ainsi commettent des erreurs. C'est pourquoi nous nous attacherons à décrire les motivations valables pour se lancer dans un exercice groupé, la façon optimale de gérer le personnel paramédical ainsi que les règles à respecter entre les différents praticiens. Les centres de santé et les MSP doivent eux aussi se soumettre à certaines règles pour pouvoir fonctionner sereinement et répondre à leurs obligations légales.

4.1.1 En cabinet pluripraticien

4.1.1.1 Motivations

Un cabinet de groupe doit être basé sur un accord formel et intangible entre les associés sur les perspectives de développement du cabinet et sur la réalisation d'objectifs aussi bien communs que respectifs à chacun. Il est important d'identifier et de circonscrire ces objectifs dès le commencement afin de prévenir les conflits d'intérêts et de responsabilités. Trop souvent, des

praticiens choisissent de s'associer par affinité, pour la simple mise en commun des moyens matériels. Selon Rodolphe Cochet, les meilleurs associés n'ont parfois en commun que la satisfaction des patients et la sectorisation des pratiques grâce à leur spécialisation. [8,10]

Certains organismes proposent différentes solutions aux cabinets de groupe pour les gérer au mieux. Cela a laissé place à quelques dérives allant jusqu'à la supervision du chiffre d'affaires des praticiens, la manipulation du personnel, le consentement télécommandé des patients ou encore des économies drastiques des moyens matériels. Or, le développement de l'exercice en chirurgie dentaire doit être basé sur la gestion rationnelle et le développement harmonieux des compétences cliniques et managériales des praticiens. [9]

D'autre part, si le seul critère d'augmentation de la productivité (soigner plus de patients) du cabinet est choisi comme motif d'association, cela peut produire l'effet inverse et entraîner contre-performance et contre-productivité. En effet, cela multiplie les problèmes de gestion du cabinet et d'équipe et amoindrit le service rendu au patient.

Les omnipraticiens s'associant doivent être guidés par la notion de synergie et de complémentarité des soins. En effet, chacun ne peut pas exceller en tout. La pratique semi-exclusive ou exclusive en association avec des spécialités complémentaires est la configuration d'association ayant le plus de chances de réussir et d'être profitable aux praticiens. Que cela soit sur le plan des compétences de gestion ou sur le plan clinique, la complémentarité et la fédération des compétences semblent permettre une association réussie. [8,9]

4.1.1.2 Gestion du personnel

En ce qui concerne la gestion du personnel et plus précisément des assistants, plusieurs erreurs doivent être évitées.

Les cabinets de groupe ont souvent tendance à reproduire à plus grande échelle l'organisation d'un cabinet d'exercice individuel. Pour cela, ils embauchent plusieurs assistants dits « polyvalents » tantôt aides dentaires, secrétaires, agents de stérilisation. Cela entraîne une contre-performance et ces cabinets se retrouvent en sureffectif. Au contraire, rationaliser les tâches de chacun et les spécialiser permet d'augmenter leur efficacité et leur investissement. L'organisation du cabinet est alors optimale.

D'autre part, les responsabilités des assistants doivent être circonscrites et inaccessibles entre eux en fonction de leurs compétences. En effet, la « satellisation » ou « l'interchangeabilité » des assistants provoquent une dilution des tâches et des responsabilités entraînant ainsi une perte d'efficacité. En déterminant clairement le rôle de chacun, ils sont plus investis et responsables.

De plus, il est important de ne pas donner de positions hiérarchiques aux assistants peu importe les motifs ou les fondements de cela. Dans certains cabinets où les assistants sont nombreux, un assistant est nommé « chef » par les praticiens selon son ancienneté ou sa capacité de leadership. Il est alors en charge de coordonner ses collègues, gérer les plannings et superviser les tâches et postes de travail en fonction des demandes des praticiens. En réalité, ces derniers abandonnent et lui confient leur rôle de manager qui doit normalement relever de leur responsabilité. [9]

Enfin, la gestion administrative est la base d'une bonne organisation d'un cabinet de groupe. Sans une bonne gestion administrative, la gestion clinique ne peut pas l'être non plus. Elle doit être confiée à une seule personne qualifiée et compétente dans ce domaine.

4.1.1.3 Entre les associés

Afin que l'association entre les différents praticiens soit pérenne, il est conseillé de rédiger 3 documents. [36]

Les statuts permettent de poser les bases du fonctionnement interne du futur cabinet. Ils en sont le texte fondateur et font partie des pièces obligatoires à fournir pour immatriculer la société de l'association. Ils vont conditionner la future vie professionnelle des associés.

Le pacte d'associés permet de définir l'organisation du pouvoir et les rémunérations de chacun. Il précise les règles de fonctionnement spécifiques du cabinet et prévoit les situations telles que l'arrivée ou le départ d'un associé. Il est plus souple que les statuts car tous les associés ne sont pas obligés de le signer et il peut être modifié par des avenants. Il contient les clauses liées aux parts sociales et détermine les droits et les devoirs de chaque associé concernant ces parts. Il définit également les clauses sur l'organisation des pouvoirs et peut établir l'existence d'organes de direction et de gestions particuliers ou énoncer le poids de chacun dans les décisions. Enfin, il fixe les règles de rémunérations de chacun des associés.

Pour que le pacte d'associés soit le plus juste et le plus clair possible, il est préférable de le rédiger avec l'aide d'un professionnel du droit. Il vérifiera que le pacte est complet, cohérent avec les autres documents et conforme aux obligations légales et déontologiques. Cela permet d'éviter certaines erreurs telles que [37] :

- éluder certains sujets complexes ou sensibles,
- répartir de façon inégale les parts et les pouvoirs,
- entraver le fonctionnement du cabinet par la lourdeur du document,
- oublier les clauses d'exécution du pacte comme la durée de l'engagement, les sanctions en cas de non-respect.

Enfin, le règlement intérieur est plus concret. Il s'attache à définir le fonctionnement réel et quotidien du cabinet. Il est modifiable par les associés et il est même conseillé de le mettre à jour régulièrement afin que les informations s'y trouvant soient les plus actuelles possibles. [36]

Afin que l'exercice en cabinet pluripraticien soit une réussite, les motivations de ce choix doivent être définies par des objectifs clairs entre les associés, une envie de complémentarité et de synergie dans les soins délivrés aux patients. L'objectif ne peut pas simplement être d'augmenter le nombre de patients traités. Les tâches attribuées au personnel paramédical doivent être bien définies et l'organisation du cabinet ne peut pas simplement reproduire à plus grande échelle l'organisation d'un cabinet d'exercice individuel. Enfin, pour favoriser une bonne entente entre les associés, il est important de rédiger attentivement les statuts de la société, le pacte d'associés et le règlement intérieur.

4.1.2 En centre dentaire

La chirurgie dentaire, peu importe son mode d'exercice, doit être encadrée par des lois permettant de protéger les patients contre les abus financiers ou les traitements défectueux. Or, dans de nombreux pays européens et notamment en France, des investisseurs sont autorisés à gérer un centre de santé [61]. Ainsi, le danger de voir s'installer un environnement de plus en plus compétitif et une commercialisation de la profession grandit. Si le seul objectif d'un centre dentaire est d'être rentable, alors les praticiens y travaillant risquent de ne plus exercer la profession de façon libre, indépendante, responsable et de ne plus bénéficier de leur liberté de choix thérapeutique.

C'est pourquoi, l'Ordre des chirurgiens-dentistes ainsi que des patients ont été amenés à déposer des plaintes pénales à l'encontre de centres dits « low-cost » pour excès de soins ou au contraire de soins non achevés. [6]

Dans de nombreux centres mutualistes, l'écart entre les ambitions et motivations du personnel clinique, administratif ou logistique et les intérêts de la Direction Générale du groupe mutualiste concerné, est souvent très important. En effet, pour pouvoir diriger efficacement les personnes exerçant en chirurgie

dentaire, praticiens comme assistants, il est nécessaire d'en connaître parfaitement l'organisation d'équipe en étant allé sur le terrain. Or, dans ce type de structure la Politique de santé n'a parfois jamais été approuvée par le personnel clinique. Les directeurs administratifs, des ressources humaines ou opérationnels nommés pour administrer la branche dentaire sont donc bien loin des attentes de ce dernier.

D'autre part, les centres dentaires privés sont parfois dirigés par des « hommes d'affaires » ayant fait des études de commerce ou des gérants n'ayant pas de connaissance particulière dans la branche médicale ou dentaire. Ces derniers nomment alors des assistants dentaires expérimentés ou ayant de l'ancienneté, directeurs opérationnels de ces centres. Ces derniers n'ayant pas de formation appropriée pour diriger une équipe peuvent alors vite tomber dans le piège des relations affectives avec certains de leurs collègues, ou au contraire, prendre leur rôle de chef un peu trop à cœur. [10]

4.1.3 En Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Pour un exercice en MSP réussi, plusieurs points sont à prendre en considération. [38]

Tout d'abord l'équipe doit être bien choisie. Les professions doivent être complémentaires et chaque professionnel doit croire au projet. Idéalement, les personnalités doivent être compatibles afin que l'équipe fonctionne.

Il est conseillé d'effectuer au moins 6 réunions pluri professionnelles par an. Ces réunions peuvent traiter de cas complexes de patients comme de l'amélioration des pratiques. A l'issue de ces réunions, un compte-rendu doit être communiqué à l'ensemble des membres de la MSP. Elles sont l'un des critères-socles fixés par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) pour percevoir les NMR.

D'autres critères sociaux fixés par l'ACI permettent également de faciliter la coopération entre les différents professionnels de santé, et une plus grande fluidité entre eux.

Ainsi, la rédaction de protocoles pluriprofessionnels aide à mieux prendre en charge et suivre les patients dont la pathologie nécessite une intervention coordonnée de plusieurs professions de l'équipe de la MSP. Ils permettent de déterminer le rôle de chacun et la façon dont le patient sera pris en charge. Dans l'idéal, le protocole pluriprofessionnel doit être facile à exécuter pendant les actes de soins, doit pouvoir s'adapter aux besoins de chaque patient et évoluer en fonction des retours d'expériences, et doit être adapté aux thématiques prioritaires du territoire. Enfin, ils doivent être communiqués à l'ARS.

De plus, afin que les échanges entre professionnels soient optimisés pour faciliter la continuité des soins, un système d'informations partagées efficace doit être mis en place. Il permet de partager facilement les dossiers des patients au sein de l'équipe, de traiter les données sensibles en toute sécurité et de gérer simplement les activités de la MSP.

L'exercice en MSP est basé sur un projet commun à tous les membres. La communication y est donc primordiale lors des réunions pluriprofessionnelles. La bonne entente et l'aboutissement du projet sont favorisés par la rédaction de protocoles pluriprofessionnels et la mise en place d'un système d'information partagé.

4.2 Équipe dentaire et management odontologique

4.2.1 Management odontologique

Avec l'essor des cabinets de groupe, l'équipe dentaire travaillant dans chaque cabinet s'agrandit. En effet, la plupart du temps, un cabinet pluripraticien est composé de 3 omnipraticiens, de leurs assistants et souvent du personnel administratif. [9]

Pour que chacun puisse trouver sa place et que le cabinet fonctionne correctement, la maîtrise des aspects cliniques de la chirurgie dentaire ne suffit plus. Les chirurgiens-dentistes doivent également avoir des compétences en administration et affaires. Ils doivent être capables de recruter et former un personnel efficace pour constituer une équipe dentaire de qualité au service du cabinet et des patients. Cependant ces compétences ne sont que très peu enseignées lors de la formation. [5,24]

Ainsi, à l'instar du groupe Edmond Binhas [2] , de nombreuses entreprises proposent aux chirurgiens-dentistes des formations de gestion, management, communication au sein du cabinet dentaire pour pallier à ce manque. Par exemple, Rodolphe Cochet, coach en management et organisation des cabinets dentaires, donne les notions de base, selon lui, du management odontologique.

Chaque praticien doit tenir une responsabilité qui lui est propre au sein de la structure et qui correspond à ses capacités, en ...

Gestion de cabinet : savoir déléguer, savoir anticiper une opportunité ou un risque de développement, avoir du leadership, être proactif, être apte à prendre une décision en toute autonomie intellectuelle.

Gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) : savoir anticiper et évaluer ses besoins en personnel, définir la charte de poste, hiérarchiser les fonctions, évaluer et recruter

Organisation : savoir définir les priorités et les objectifs à son assistante, planifier les tâches de travail cliniques et administratives.

Formation Continue : savoir évaluer ses propres besoins en formation (clinique, management, organisation), évaluer les insuffisances professionnelles de son assistante et proposer le programme de formation interne ou externe adéquat.

Motivation et fidélisation : identifier les leviers individuels de motivation de chacune de ses assistantes, assigner des objectifs de réalisation technique ou personnelle, savoir gratifier au moment opportun et sanctionner avec prudence ou fermeté, fidéliser les assistantes à fort potentiel de développement.

Gestion des conflits : savoir anticiper et désamorcer une relation conflictuelle (conflit d'intérêt personnel ou conflit de responsabilités) avec son collaborateur/associé, savoir gérer une situation de crise avec l'une de ses assistantes (médiation, sanction, mise à pied, démission, licenciement).

Communication interne : organiser, diriger et arbitrer les briefings, les réunions mensuelles de développement, un entretien ad hoc, ou bien les entretiens annuels d'évaluation du personnel.

Communication externe : créer, animer et fidéliser le réseau de ses correspondants, mettre en valeur l'image de son cabinet et son niveau de compétences techniques (plaquette, site Internet, fiches techniques et pédagogiques).

Figure 7 : Rôles des différents praticiens dans un cabinet de groupe selon Cochet [9]

4.2.2 Une équipe dentaire en cours de construction

D'un autre point de vue, le système français fait office d'exception. En effet, dans beaucoup d'autres pays d'Europe ainsi qu'aux États-Unis, l'équipe dentaire est composée d'une multitude de « personnel dentaire allié » [57]. Ces membres

de l'équipe dentaire, formés en conséquence, permettent au chirurgien-dentiste de se délester de certaines tâches qu'il peut déléguer.

Par exemple, en Allemagne, il existe les postes :

- d'assistante de gestion comparable à celui de secrétaire,
- d'assistante de prophylaxie qui peut effectuer des détartrages supra-gingivaux, scellements de sillons, application de vernis fluorés,
- d'hygiéniste qui peut réaliser un examen parodontal complet ainsi que des séances de prophylaxie.

En France, la délégation de tâches à des membres du personnel allié n'est pas d'usage. En effet, les assistants dentaires sont cantonnés à un rôle très restreint et ne sont pas autorisés à travailler en bouche. [31]

Cependant, la création d'un nouveau statut est en cours. La France a toujours été fermée à la création de la profession d'hygiéniste. Les raisons pour expliquer cela sont diverses. Certains affirment que la délivrance de soins en hygiène dentaire par les chirurgiens-dentistes est suffisante et réclament l'uniformisation des formes d'exercice de la profession d'hygiéniste au sein de l'Union Européenne. En effet, les formations dans l'Union Européenne sont très hétérogènes, il est donc difficile de garantir une égalité des compétences des hygiénistes formés dans différents pays. Or, selon la loi européenne, les travailleurs sont libres de circuler et d'exercer leur profession dans leur pays d'accueil. La France s'oppose donc à ce que des hygiénistes étrangers viennent exercer en France leur profession. C'est ainsi qu'est née l'idée de ne pas créer une profession mais de faire évoluer celle d'assistant dentaire. [13]

Ainsi lors d'une conférence donnée au congrès de l'Association Dentaire Française (ADF) en 2018 [14], il est annoncé la mise en place d'un nouveau diplôme dit « Assistante Dentaire Qualifiée de niveau 2 (ADQ 2). La profession évoluerait de façon verticale. Les assistants dentaires qui le souhaitent pourraient devenir ADQ 2 après 3 ans à travailler en cabinet dentaire et en suivant une formation de 2 ans au sein d'un organisme de formation agréé.

Les missions qui pourraient leur être confiées sont :

- prévention, prophylaxie,
- application de fluor, scellements de sillons, aéropolissage,
- dépose de sutures, surveillance de l'hémostase,
- prise de radiographies et photographies,
- détartrages supra-gingivaux.

L'ensemble de ces actes resteraient sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste et sont non-invasifs et réalisés sur des organes définis comme sains par le praticien.

Cependant, certaines questions restent encore sans réponse, notamment celle du financement de la formation des ADQ 2. Revient-il à l'ensemble de la profession de la financer ? Au chirurgien-dentiste qui emploierait un ADQ 2 ? Ou aux assistants en formation eux-mêmes ?

De plus, le nombre d'ADQ 2 par praticien serait limité à un, pour éviter la création de centres dentaires où seul un praticien diplômé embaucherait de nombreux ADQ 2. [25]

L'élargissement de l'équipe dentaire offrirait de multiples avantages, que ce soit pour les praticiens, pour les patients ou pour les assistants.

Tout d'abord, la possibilité pour le praticien de déléguer des tâches lui permettrait d'accroître la capacité de service de son cabinet. En effet, cela lui libérerait du temps pour de se consacrer davantage à des activités de soins réelles en déléguant les autres tâches de façon sécuritaire et efficace. [57]

D'autre part, pour les patients, cela permettrait un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des maladies parodontales et une réduction du coût de cette prise en charge. De plus, la mise en place d'actes préventifs par le personnel dentaire allié tels que les scellements de sillons et l'application de fluor permettrait de réduire le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (CAO). [31]

Enfin, les assistants dentaires le souhaitant pourraient élargir leur champ de compétences et diversifier leur activité.

Ainsi, le chirurgien-dentiste deviendrait le chef d'orchestre d'une réelle équipe dentaire au service des patients. Chacun ayant un rôle bien défini. La capacité à gérer et diriger en sera d'autant plus importante, malgré les carences dans ce domaine au niveau de sa formation. [24]

L'exercice en groupe peut aussi se concevoir par l'exercice en équipe. Le chirurgien-dentiste d'aujourd'hui doit être capable de s'adapter aux nouvelles formes d'organisation des cabinets et ainsi former avec l'ensemble du personnel une équipe efficace.

Conclusion

L'exercice en groupe de la chirurgie dentaire est aujourd'hui très répandu. Il est en constante évolution et est sans nul doute, aux yeux de tous, une solution d'avenir qui permet à la fois d'assurer qualité des soins aux patients et confort de travail aux praticiens.

Qu'il soit organisé en cabinet pluripraticien, en cabinet pluriprofessionnel, en Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou en centre de santé, son développement est indéniable. Il peut être expliqué par différentes évolutions concomitantes. Les attentes des patients ainsi que les desiderata des praticiens et futurs chirurgiens-dentistes ont favorisé son expansion, de même que les évolutions des techniques et technologies applicables à la chirurgie dentaire. Les pouvoirs publics, en encadrant ce développement et en imposant des obligations de plus en plus nombreuses aux chirurgiens-dentistes, ont également contribué à sa croissance.

Chaque façon de pratiquer l'exercice en groupe présente des avantages et des inconvénients tant au niveau de la gestion administrative et du temps, qu'au niveau financier, de la qualité des soins et de la qualité de vie qu'elle offre aux praticiens.

L'important est de savoir tirer les points positifs de chaque mode de pratique afin d'exercer la chirurgie dentaire selon ses propres convictions tout en garantissant des soins de qualité. Pour cela, l'équilibre du groupe tient au respect d'un certain nombre de bonnes pratiques pour en optimiser le fonctionnement.

Les politiques de santé successives tiennent clairement le cap du regroupement des professionnels de santé par le biais de mesures incitatives dans la refondation complète de l'organisation du système de soins. La chirurgie dentaire est une profession libérale garantissant à ceux qui la pratiquent une liberté dans leur exercice et dans la façon dont ils l'exercent. Il est souhaitable que celle-ci perdure et ne soit jamais mise à mal par les prochaines réformes sanitaires.

Références bibliographiques

1. Assurance maladie. Structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Ameli. 2019 [consulté le 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
2. Binhas E. Gestion, communication, organisation et management de cabinet dentaire [Internet]. Gestion, communication, organisation et management de cabinet dentaire. [consulté le 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.binhas.fr/>
3. Boivin HL. Analyse des attentes des patients et des futurs médecins généralistes par rapport aux maisons de santé pluri professionnelles: à propos de l'exemple de la maison de santé pluri professionnelle du Val d'Ajol [Thèse]. Université de Lorraine; 2014.
4. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabriell V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2013/bibliographie-chronologique-des-publications.html>
5. Christensen GJ. The diversity of dentistry. J Am Dent Assoc 1939. 2000;131(1):83-5.
6. CMV Mediforce. Chirurgiens-dentistes : les caractéristiques des centres dentaires [Internet]. CMV Mediforce. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-professions/chirurgien-dentiste/les-caracteristiques-des-centres-dentaires/>
7. CMV Mediforce. Exercer en centre dentaire [Internet]. CMV Mediforce. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-professions/chirurgien-dentiste/exercer-en-centre-dentaire/>
8. Cochet R. Recruter un collaborateur et /ou associé. L'information dentaire. 2008;23:285-8.
9. Cochet R. Management odontologique appliqué à l'exercice de groupe. L'information dentaire. 2008;42:2547-52.
10. Cochet R. Centres dentaires et cabinets de groupe: le dérèglement hiérarchique. Le fil dentaire [Internet]. 25 févr 2016 [consulté le 30 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/centres-dentaires-et->

cabinets-de-groupe-le-dereglement-hierarchique/

11. Cochet R, Aron O. Le cabinet dentaire n'est pas une entreprise. Le fil dentaire [Internet]. 15 nov 2011 [consulté le 21 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/le-cabinet-dentaire-nest-pas-une-entreprise/>
12. Commission Européenne. Oral health [Internet]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/eurobarometers_fr
13. Coppin B, Blaizot A: Le métier d'hygiéniste en Europe: Et pourquoi pas en France? [Thèse]. Lille: Université du droit et de la santé; 2017.
14. Corso-Scheer J. L'équipe dentaire en Europe et prospective en France [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://videos.adfcongres.com/hikashop-menu-for-module-129/product/258-l-equipe-dentaire-en-europe-et-prospective-en-france-corso-scheer-jennifer>
15. Daniel C, Vienne P, Sivarajah P. Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins [Internet]. 2017 janv. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article690>
16. Dhima M, Petropoulos VC, Han RK, Kinnunen T, Wright RF. Dental students' perceptions of dental specialties and factors influencing specialty and career choices. J Dent Educ. 1 mai 2012;76(5):562-73.
17. DREES. Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,972
18. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS [Internet]. 2018 août.p45-49. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article705>
19. Fédération Nationale des Centres de Santé. Les chiffres nationaux 2018 de l'observatoire des CDS [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé. [consulté le 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.fncs.org/les-chiffres-nationaux-2018-de-l-observatoire-des-cds>
20. Gallagher JE, Patel R, Donaldson N, Wilson NH. The emerging dental workforce: why dentistry? A quantitative study of final year dental students' views on their

professional career. BMC Oral Health. 2007;7(1):7.

21. Gallagher JE, Patel R, Wilson NH. The emerging dental workforce: long-term career expectations and influences. A quantitative study of final year dental students' views on their long-term career from one London Dental School. BMC Oral Health. 2009;9:35.

22. Georges P, Waquet C, Part J. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain [Internet]. 2013 juill. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article322>

23. Guyton B, LeBeau J, Sorci R, Doneen A. Commentary on an Innovative Interprofessional Dental Practice for 2026. J Evid Based Dent Pract. 2016;16:11-9.

24. Holt VP. The need for leadership and vision in dentistry. A personal view. Prim Dent Care J Fac Gen Dent Pract UK. 2008;15(3):113-9.

25. Information Dentaire. Les assistantes dentaires doivent s'inscrire au répertoire ADELI [Internet]. L'Information Dentaire. 2018 [consulté le 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/les-assistantes-dentaires-doivent-s-inscrire-au-repertoire-adel/>

26. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [Internet]. Disponible sur: http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=r863373_1&idtable=r863057_1|r864716_3|r863502_8|r864535_25|r863417_5|r863518_62|r863373_1|r864537_73|r862982_1|r863121_15&_c=rapport+d%27information+fait+au+nom+de+la+commission+des+affaires+sociales+sur+la+d%27mographie+m%27diac&rch=rs&de=20070128&au=20081231&dp=1+an&radio=deau&aff=ens&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn&isFirt=true

27. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement [Internet]. 2010 janv. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30889-le-bilan-des-maisons-et-des-poles-de-sante-et-les-propositions-pour-leur>

28. Kinouani S, Boukhors G, Luaces B, Durieux W, Cadwallader J-S, Aubin-Auger I, et al. Private or salaried practice: how do young general practitioners make their career choice? A qualitative study. BMC Med Educ. 2016;16(1):231-10

29. Koufos MJ, Lange KW, Rose TS, Sheets CG. Future of dentistry: dental practice issues. Interview. J Am Dent Assoc 1939. 2002;133(8):1108-16.

30. Lamster IB, Eaves K. A model for dental practice in the 21st century. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1825-30.
31. Luciak-Donsberger C. Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *Int J Dent Hyg*. 2003;1(1):29-42.
32. Macron E. Discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » [Internet]. [consulté le 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>
33. MACSF. Créer votre cabinet de groupe en 8 étapes [Internet]. MACSF.fr. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/Creer-votre-cabinet-de-groupe-en-8-etapes>
34. MACSF. Cabinets de groupe et MSP : les chiffres clés de l'installation libérale [Internet]. MACSF.fr. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/chiffre-cle-installation-liberale-msp-cabinet-de-groupe>
35. MACSF. Maison de santé pluridisciplinaire, MSP : avantages et inconvénients [Internet]. MACSF.fr. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/Maison-sante-pluridisciplinaire-avantages-inconvenients>
36. MACSF. Collaboration médicale : les documents à rédiger [Internet]. MACSF.fr. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/3-documents-a-rediger-pour-s-entendre-entre-associes>
37. MACSF. 6 erreurs à éviter dans votre pacte d'associés [Internet]. MACSF.fr. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/Erreurs-a-eviter-dans-le-pacte-d-associes>
38. MACSF. Les bases du travail en équipe façon MSP [Internet]. MACSF.fr. [consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/Les-bases-du-travail-en-equipe-facon-MSP>
39. Micouleau A. L'exercice en groupe: une réponse aux défis d'aujourd'hui [Internet]. *Bulletin de l'Académie nationale de chirurgie dentaire*; 2014. Disponible sur: <https://academiedentaire.fr/travaux-et-publications/>

40. Millien C. 8 000 chirurgien·ne·s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040. Etudes & Résultats [Internet]. sept 2017;(1027). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/8-000-chirurgien-ne-s-dentistes-supplementaires-d-ici-a-2040>
41. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé du 23 Septembre 2013 [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-breves/archives-courantes-des-breves/annee-2013/article/feuille-de-route-de-la-strategie-nationale-de-sante>
42. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte Territoire Santé: Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
43. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [consulté le 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
44. Molle B, Richard B. Choisir son mode d'exercice face aux mutations de la profession: s'installer seul ou en cabinet de groupe ? [Thèse]. Lyon: Université Claude Bernard; 2015.
45. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes [Internet]. 2009 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie.html>
46. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Exercice professionnel à frais communs - EPFC [Internet]. 2011 [consulté le 11 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/selectionnez-votre-contrat/tous-les-contrats/contrats-dexercice-de-groupe/exercice-professionnel-a-frais-communs-epfc.html>
47. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Collaboration salariée [Internet]. 2015 [consulté le 24 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/selectionnez-votre-contrat/tous-les-contrats/contrats-de-collaboration/collaboration-salariee.html>
48. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Livre blanc de la santé bucco-dentaire: Imaginer la médecine bucco-dentaire de demain [Internet]. 2016 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en->

cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=621&cHash=859ea53b410ee9c0a79149e556b15059

49. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Ce qu'est la profession aujourd'hui, ce qu'elle serait en 2040 [Internet]. 2017 [consulté le 10 juill 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=728&cHash=3cd30646868fd4ee61d26f0770ba4206

50. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Sécurisez votre exercice [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice.html>

51. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Société Civile Professionnelle [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/selectionnez-votre-contrat/tous-les-contrats/contrats-dexercice-de-groupe/societe-civile-professionnelle-scp.html>

52. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Société d'exercice libéral [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/selectionnez-votre-contrat/tous-les-contrats/contrats-dexercice-de-groupe/societe-dexercice-liberal-sel.html>

53. Ribardièrè O. The coordination of care in health centres. *Soins*. 2016;61(806):35-7.

54. Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/autres-travaux?fbclid=IwAR23WKhIZt7NBiNLIjJKcGxr-1GyR5T1I1RuBYz7BpORpQX3oaxtB2vSO4A>

55. Rovin S, Nash J. Traditional and Emerging Forms of Dental Practice Cost, Accessibility, and Quality Factors. *Am J Public Health*. 1982;72(7):656-62.

56. Sasso ATL, Starkel RL, Warren MN, Guay AH, Vujicic M. Practice settings and dentists' job satisfaction. *J Am Dent Assoc*. 2015;146(8):600-9.

57. Seldin LW, Oversight Committee, American Dental Association Future of Dentistry Report. The future of dentistry: an overview of a new report. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(12):1667-77.

58. URPS. Equipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de

santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.urpsml-hdf.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante/>

59. Vigneron E. Les centres de santé: une géographie et rétrospective [Internet]. 2014 nov [consulté le 2 oct 2019]. Disponible sur: http://fehap.fr/jcms/publications-en-une/les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap_141766?portal=ndi_18542
60. Vujicic M, Israelson H, Antoon J, Kiesling R, Paumier T, Zust M. A profession in transition. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(2):118-21.
61. Wolf TG, Seeberger GK, Callaway A, Briseno-Marroquin B, Rusca P, Frank M, et al. Is liberal independent dental practice in danger? Assessing forms of dental practice in the European Regional Organization (ERO) zone of the FDI World Dental Federation. *Quintessence Int.* 2018;49(4):325-36.
62. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 4, 2002.
63. Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. 2005-296 nov 22, 2005.
64. Décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé. 2009-152 févr 10, 2009.
65. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
66. Code de la santé publique - Article L1333-11. Code de la santé publique.
67. Code du travail - Article R4224-23. Code du travail.
68. Code du travail - Article R4224-14. Code du travail.
69. Code de la santé publique - Article R4127-204. Code de la santé publique.
70. Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).
71. Code du travail - Article R4226-14. Code du travail.
72. Arrêté du 26 février 2003 relatif aux circuits et installations de sécurité.
73. Arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires.
74. Code de la santé publique - Article R1335-3. Code de la santé publique.

75. Code de la santé publique - Article R4127-269. Code de la santé publique.
76. Code de la santé publique - Article L1111-14. Code de la santé publique.
77. Code de la santé publique - Article R1111-26. Code de la santé publique.
78. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
79. Code du travail - Article L1152-4. Code du travail.
80. Code du travail - Article L1153-5. Code du travail.
81. Code du travail - Article R4121-1. Code du travail.
82. Code du travail - Article R4624-10. Code du travail.

Table des figures

Figure 1: Mode d'exercice des chirurgiens-dentistes en 2019 [45]	27
Figure 2: Évolution du mode d'exercice des chirurgiens-dentistes entre 2014 et 2018 [17]	28
Figure 3: Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou en société) [18].....	29
Figure 1 : Évolution du nombre de MSP entre 2014 et 2017 [15]	30
Figure 5: Les centres de santé et antennes de centres de santé en France en 2014 [59]	31
Figure 6 : Futurs domaines de pratiques selon le sexe [21].....	35
Figure 7 : Rôles des différents praticiens dans un cabinet de groupe selon Cochet [9]	72

Table des tableaux

Tableau 1 : Recommandations établies par l'IGAS pour le développement des CPTS en 2018 [18].....	44
Tableau 2 : Recommandations établies par le rapport ministériel de 2013 pour favoriser le développement des centres de santé [22].....	47

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2019 – N°:

L'exercice groupé de la chirurgie dentaire / **VANHILLE Jeanne.**- p.87; ill.7 réf.82.

Domaines : Exercice Professionnel ; Déontologie et législation

Mots clés Rameau: Cabinets dentaires - Organisation ; Maisons de santé ; Odontostomatologie – Pratique ; Personnel dentaire

Mots clés FMeSH: Cabinet dentaire de groupe ; Gestion de cabinet dentaire ; Cabinets dentaires – organisation et administration

Résumé de la thèse :

La profession de chirurgien-dentiste est sans cesse en évolution et notamment la façon dont elle est pratiquée. L'exercice en groupe se développe de plus en plus alors qu'auparavant le cabinet libéral mono praticien faisait figure d'exemple.

Ce travail décrit dans un 1^{er} temps les différents modes d'exercice en groupe de la chirurgie dentaire. Il expose ensuite les évolutions qu'a connu la profession et qui ont engendré des modifications de pratiques. Il détermine dans un 3^e temps les avantages et les inconvénients de chaque mode d'exercice. Enfin, il décrit certains éléments permettant d'aborder sereinement l'exercice en groupe.

L'objectif de cette thèse est de guider les chirurgiens-dentistes dans leur choix d'exercice et de mettre en avant les différentes formes d'exercice groupé de la profession.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Assesseurs : Monsieur le Docteur Philippe ROCHER

Madame de Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Bernice LOVI