2021

Cabinets dentaires

L'ÉQUIPE DENTAIRE EN EUROPE

Ompl
Observatoire des métiers dans les professions libérales

103 449
entreprises employeuses

424 282
salariés

82,8 %
femmes

17,2 %
hommes

3 SECTEURS

- Cadre de vie-technique
- Juridique
- Santé

11 BRANCHES

- Entreprises d'architecture
- Entreprises d'experts en automobile
- Études d'administrateurs et mandataires judiciaires
- Cabinets d'avocats
- Offices de commissaires priseurs judiciaires et sociétés de ventes volontaires
- Études d'huissiers de justice
- Cabinets dentaires
- Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers
- Cabinets médicaux
- Pharmacie d'officine
- Cliniques vétérinaires

+ de 100
études

30
baromètres annuels

Rencontres régionales et conférences thématiques

ÉDITO

L'équipe dentaire en Europe

Alors que l'environnement d'activité des cabinets dentaires est en mutation, les partenaires sociaux de la branche des cabinets dentaires ont sollicité l'OMPL afin de conduire une étude comparative au niveau européen sur l'organisation des cabinets libéraux et notamment la composition des équipes, leurs périmètres d'intervention et les parcours de formation.

Dans un cadre d'accélération des mobilités intra-européennes des personnes et de convergence des contextes règlementaires, elle apporte aux partenaires sociaux des éléments qui alimenteront leur réflexion dans la construction de leur stratégie emploi-formation.

Riche d'enseignements, celle-ci prolonge l'analyse prospective engagée en 2020 et permet d'affiner les pistes d'actions envisagées.

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

Jacques NINEY
Président

Roger HALEGOUET
Vice-président

+ de 100 études conduites depuis 2005

41 études statistiques

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

21 études prospectives

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

25 études thématiques

- Turnover : cabinets dentaires (2008), pharmacie d'officine (2010)
- Emploi des séniors : laboratoires de biologie médicale (2010)
- Emploi et trajectoires professionnelles : entreprises d'économistes de la construction (2011), entreprises de géomètres (2010), entreprises d'architecture (2010), pharmacie d'officine (2010)
- Temps partiel et qualifications, cliniques vétérinaires (2011)
- Emploi à temps partiel, pharmacie d'officine (2013)
- Expertise automobile en Europe (2014)
- Insertion professionnelle des salariés en contrat d'alternance : cabinets dentaires (2014), pharmacie d'officine (2015)
- Chômage des pharmaciens adjoints (2015)
- Externalisation dans les cabinets d'avocats (2016, 2017)
- Application de la grille de classification, pharmacie d'officine (2017)
- Bac professionnel dans les entreprises de géomètres (2019)
- Construction de projets professionnels des étudiants vétérinaires et des ASV (2019)
- Plateforme emploi-compétences, entreprises d'architecture (2019), cabinets dentaires (2022)
- Emploi des travailleurs handicapés, laboratoires de biologie médicale (2020)
- Egalité professionnelle : cabinets médicaux (2010), laboratoires de biologie médicale (2010, 2020)
- L'équipe dentaire en Europe (2021)

28 baromètres annuels

- 1 Baromètre OMPL (2005, 2016, 2017, 2018)
- 3 Baromètres secteurs (2005, 2016, 2017, 2018)
- 11 Baromètres branches (2005, 2016, 2017, 2018)
- 13 Baromètres régionaux (2005, 2016, 2017, 2018)

11 études transverses

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

Toutes les études de l'OMPL sont téléchargeables sur son site
www.ompl.fr

SOMMAIRE

04 Principaux enseignements

09 Etude financée par l'OMPL et copilotée par la CPNE-FP des cabinets dentaires
Enjeux et objectifs de l'étude
Méthodologie

12 Contextes de l'odontologie en Europe
Cadre et politiques de santé dentaire
Besoins de santé dentaire
Démographie dentaire
Organisation des soins dentaires
Composition des équipes dentaires
Six types de contextes odontologiques

28 Cabinets et équipes de soins dentaires
Cabinets dentaires types des six pays
Comparaison des organisations
Synthèse : tendances organisationnelles
Organisation des soins dentaires et des cabinets dentaires

54 Les salariés des cabinets dentaires
Assistante dentaire
Hygiéniste dentaire
Fonctions support
Synthèse des enjeux métiers

65 Analyse comparative des formations
Formations initiales
Formation continue certifiante

84 Perspectives et pistes d'actions
Axes prioritaires d'action
Pistes d'action emploi-formation

89 Annexes
Monographies
Caractéristiques des filières odontologiques en Europe

PRINCIPAUX **ENSEIGNEMENTS**

ORGANISATION DES SOINS DENTAIRES

➤ SIX TYPES DE CONTEXTES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Le panorama des systèmes de santé et de la structuration de soins dentaires en Europe a mis en évidence plusieurs facteurs structurant les différents contextes odontologiques : les caractéristiques du système de santé, le niveau de la demande de soins dentaires, le cadre juridique de la pratique dentaire, la démographie dentaire, et l'organisation des cabinets dentaires.

Ces facteurs mettent en évidence six types de contextes odontologiques, facilitant la compréhension des réalités et enjeux auxquels les cabinets dentaires européens font face :

- des types **« Europe du Sud »** et **« Europe de l'Est »** encore en structuration, tant en termes d'accès et de prise en charge des soins, que de professionnalisation des équipes dentaires ;
- … aux types **« scandinave »**, **« anglo-saxon »** et **« germanique »** caractérisés par un niveau élevé d'accès aux soins et de santé dentaire, des politiques de santé dentaire orientées vers les soins prophylactiques, et des équipes élargies et hautement professionnalisées ;
- la France relève quant à elle du type **« Europe de l'Ouest »** à la position médiane, caractérisé par un niveau élevé de prise en charge des soins, des politiques tournées vers les soins conservateurs, et des équipes dentaires plutôt resserrées et qualifiées.

Pour cette étude, six pays appartenant à chacun des types ont été sélectionnés pour une analyse approfondie : la Belgique, le Royaume-Uni, le Danemark, l'Allemagne, l'Italie et la Roumanie.

➤ TENDANCES D'ACTIVITÉ TRANSVERSES

Les dynamiques d'activité des soins dentaires observées en Europe sont pour la plupart transverses et partagées par la France. Elles ont des conséquences fortes sur la structuration des cabinets au regard :

- **des enjeux de santé dentaire croissants :** évolutions démographiques (vieillissement des patients et des professionnels…) engendrant de nouveaux besoins de soins et un renouvellement du personnel des cabinets, fracture marquée entre zones urbaines et rurales ;
- **une évolution des cadres politiques et réglementaires des soins dentaires :** orientation des politiques vers les soins préventifs (prophylactiques) plus chronophages, nécessitant de remodeler les équipes dentaires (élargissement, nouveaux métiers), et rôle central des complémentaires santé, renforçant les exigences réglementaires et administratives ;
- **un contexte économique de plus en plus contraint :** augmentation du niveau d'investissement nécessaire à l'ouverture de cabinets, favorisant l'exercice regroupé et suscitant un impératif plus marqué de rentabilité pour les chirurgiens-dentistes.

Dans ce contexte, un nouveau modèle de cabinet essaime en Europe : la **clinique dentaire**. De taille importante, elle permet des économies d'échelle, une stricte rationalisation des ressources et un objectif de forte lucrativité impliquant souvent des financeurs extérieurs. Leur concurrence croissante suscite des inquiétudes chez la plupart des praticiens européens.

➤ HAUSSE DE LA DÉLÉGATION ET DE LA SUBSTITUTION D'ACTES

La délégation et la substitution d'actes dentaires constituent une réponse aux nouveaux enjeux d'activité. Ces modalités d'organisation sont clairement encadrées aux niveaux européen et national : là où la délégation permet la réalisation d'actes dentaires par une assistante ou un hygiéniste sous la stricte autorité du chirurgien-dentiste, la substitution permet la pose de diagnostic et la réalisation d'actes de soins en toute autonomie.

La délégation d'actes est ainsi diffusée dans cinq des six pays étudiés, et la substitution dans quatre pays. En France, ces modalités d'organisation ne sont pas déployées au sein des cabinets. Malgré certaines réticences encore persistantes, la délégation et la substitution ont prouvé leur efficacité : à la fois levier économique pour les cabinets, levier de santé dentaire pour les patients et les systèmes de santé, et levier d'évolution pour les personnels habilités.

➤ QUATRE TYPES D'ORGANISATION POUR LES CABINETS

L'étude a permis de mettre en évidence quatre organisations types de cabinets dentaires, à la variabilité induite par la composition et la spécialisation des équipes, la délégation d'actes et les modes de management.

- **L'Allemagne et le Royaume-Uni :** des équipes élargies (10 à 15 professionnels), diversifiées, aux assistantes dentaires spécialisées en deux filières « soins » et « administration », managées de façon verticale, ayant recours à la délégation d'actes *via* la formation certifiante. Ces cabinets ont déjà absorbé les mutations d'activité en cours en France ;
- **Le Danemark :** des équipes plutôt élargies (8 à 10 professionnels), diversifiées, aux assistantes dentaires polyvalentes pouvant réaliser des actes délégués dès l'issue de la formation initiale, et incluant une part de substitution *via* les hygiénistes. Exception culturelle, le style de management y est plutôt horizontal ;
- **La Belgique et l'Italie :** à l'instar de la France, des équipes de plus petite taille (4 à 6 professionnels) et polyvalentes, au management organique centré autour du chirurgien-dentiste. La délégation et substitution d'actes sont peu à peu intégrées *via* la création récente de la profession d'hygiéniste dentaire. Contrairement à la France, le métier d'assistante dentaire est en cours de structuration et le spectre de leurs missions limité ;
- **La Roumanie :** des équipes de taille modérée (6 à 8 professionnels) et polyvalentes, au management organique, n'intégrant pour l'instant aucune délégation ni substitution. Le métier d'assistante dentaire est en structuration et souffre d'un manque d'attractivité.

SALARIÉS DES CABINETS DENTAIRES

➤ MÉTIERS AUX CONTOURS HOMOGÈNES

L'organisation de base des cabinets européens s'articule autour de chirurgiens-dentistes généralistes, d'assistantes dentaires et de fonctions support. Le binôme **chirurgien-dentiste/assistante dentair**e occupe toujours une position centrale, réaffirmant ainsi le caractère structurant du travail à quatre mains, mais aussi des missions annexes clés pour la rentabilité du cabinet.

> **6** types de contextes odontologiques, facilitant la compréhension des réalités et enjeux auxquels les cabinets dentaires européens font face.

> La France relève du type « Europe de l'Ouest » à la position médiane, caractérisé par un niveau élevé de prise en charge des soins, des politiques tournées vers les soins conservateurs, et des équipes dentaires plutôt resserrées et qualifiées.

> **4** organisations types de cabinets dentaires.

> Le métier d'hygiéniste dentaire se diffuse progressivement : émergeant en Belgique et Italie, il est plus solidement installé au Royaume-Uni, au Danemark et en Allemagne.

Le contenu des métiers est globalement **harmonisé autour de missions « socle »** exercées sous l'autorité directe du chirurgien-dentiste.

- **Pour les assistantes dentaires :** assistance au fauteuil, assistance à la périphérie des soins et tâches administratives relatives aux dossiers patients.
- **Pour les fonctions support :** gestion administrative du cabinet, de la relation patients et des partenaires (fournisseurs, complémentaires santé…).

La **variabilité des emplois** est quant à elle induite par le type de professionnel concerné, la taille du cabinet et/ou la réalisation d'actes complémentaires spécialisés.

- **Pour les assistantes dentaires :** polyvalence ou spécialisation en filière « soins » ou « administration », et réalisation ou non d'actes délégués (a minima clichés radiologiques, détartrages et éducation à l'hygiène bucco-dentaire).
- **Pour les fonctions support :** type de professionnel exerçant ces fonctions (assistante administrative, secrétaire, réceptionniste…) selon la taille du cabinet, et réalisation ou non de missions de management, sinon assurées par le chirurgien-dentiste dirigeant.

➤ NOUVEAUX MÉTIERS EN RÉPONSE AUX ENJEUX D'ACTIVITÉ

En réponse aux nouveaux enjeux d'activité (rentabilité, demande de soins préventifs, spécialisés…), d'autres métiers spécialisés des soins ou de la gestion sont également de plus en plus présents, en particulier dans les grands cabinets : chirurgiens-dentistes salariés et/ou spécialisés (implantologie, orthodontie…), hygiénistes, assistantes dentaires spécialisées, technique dentaire.

En particulier, le métier **d'hygiéniste dentaire** se diffuse progressivement : émergeant en Belgique et en Italie, il est plus solidement installé au Royaume-Uni, au Danemark et en Allemagne. L'hygiéniste réalise généralement des missions « socle » d'examen et de diagnostic, et des soins prophylactiques, voire des soins conservateurs sans anesthésie. Ces missions sont effectuées avec un degré d'autonomie variable, qui témoigne de la structuration en cours de la profession : actes uniquement délégués en Allemagne, substitution limitée en Italie et en Belgique, et très étendue au Royaume-Uni et au Danemark, où l'exercice indépendant est même possible.

➤ ENJEUX RH AUTOUR DE LA FIDÉLISATION DU PERSONNEL

Les équipes dentaires sont aujourd'hui confrontées à **trois enjeux transverses de ressources humaines :** l'articulation des activités dans une équipe élargie, le recrutement et le turnover et la formation des équipes aux compétences stratégiques (actes délégués, gestion, management). Ces enjeux de ressources humaines se traduisent différemment selon les métiers.

- **Pour les assistantes dentaires,** une image et une reconnaissance en demi-teinte associées au métier, et des possibilités très limitées d'évolution professionnelle qui rendent complexe l'attractivité et la fidélisation des professionnelles.
- **Pour les hygiénistes,** une articulation encore à affirmer avec les missions des chirurgiens-dentistes, et un enjeu de légitimité auprès des patients et praticiens.
- **Pour les fonctions administratives et de support,** un enjeu de montée en compétences, et une opportunité d'évolution et de fidélisation pour les assistantes dentaires.

FORMATION INITIALE ET CONTINUE

➤ ENSEIGNEMENTS SOCLES ET PRATIQUES HARMONISÉS

Dans les six pays étudiés, le contenu des formations initiales **d'assistante dentaire** est relativement homogène : des enseignements préparant aux missions « socle », avec un temps minimal de formation théorique autour de 300 heures, et une importance avérée de la dimension pratique de la formation (ateliers en centre de formation, stages, apprentissage). La durée des formations initiales diffère néanmoins : deux à trois ans dans les pays où la profession est structurée de longue date et inclut une part de délégation d'actes (Allemagne, Danemark, Royaume-Uni), contre des formations courtes et professionnalisantes (six mois à un an) visant souvent des professionnelles en reconversion et demandeuses d'emploi en Belgique et en Italie.

Les formations initiales **d'hygiéniste dentaire** sont également uniformisées : inspirées des formations initiales des chirurgiens-dentistes, elles se caractérisent généralement par un niveau licence, des conditions d'accès plutôt sélectives et la prépondérance de cours théoriques, parfois en inadéquation avec les connaissances réellement nécessaires dans le cadre de leur pratique.

➤ FORMATION CERTIFIANTE, UN ACCÉLÉRATEUR DE CARRIÈRE

La formation professionnelle continue est quant à elle **très inégalement mobilisée :** dans certains pays, elle se limite à la mise à jour obligatoire des connaissances (certification radio…), tandis qu'elle constitue pour d'autres un véritable levier pour accompagner le parcours d'évolution professionnelle et de spécialisation des professionnels, notamment des assistantes dentaires.

En particulier, le Royaume-Uni et l'Allemagne se distinguent par **la structuration de parcours de formation continue certifiante** à destination des assistantes dentaires, ouvrant la voie à une spécialisation voire à l'évolution vers la profession d'hygiéniste : strictement balisé et progressif en Allemagne, et plus modulaire au Royaume-Uni. Ces parcours, inexistants dans les autres pays européens, y compris en France, sont largement plébiscités par les équipes dentaires.

PERSPECTIVES ET PISTES D'ACTIONS

Cette mise en perspective européenne débouche sur **deux principaux axes de travail** inspirant l'action emploi-formation de la branche des cabinets dentaires. Les pistes d'actions associées sont centrées sur l'élargissement des missions des salariés français, l'introduction de la délégation d'actes au sein des cabinets, et la structuration de parcours professionnels pour les assistantes dentaires.

> Les pistes d'actions associées sont centrées sur l'élargissement des missions des salariés français, l'introduction de délégation d'actes au sein des cabinets, et la structuration de parcours professionnels pour les assistantes dentaires.

Axe 1 : accompagner la mue des cabinets dentaires vers une organisation plus rationalisée, élargie, verticale et spécialisée.

- Favoriser la montée en compétences managériales et administratives des employeurs et salariés des cabinets dentaires : outils d'aide au management et à la GRH d'équipes élargies, formations certifiantes en gestion et administration, certification commune interbranche à destination des fonctions administratives….

- Penser le cadre d'une éventuelle délégation d'actes en France : référentiel d'activité délégables aux assistantes dentaires, introduction de la profession d'hygiéniste dentaire.

Axe 2: améliorer l'attractivité du métier d'assistante dentaire et les opportunités d'évolution professionnelle associées.

- Étendre le périmètre des activités réalisées par les assistantes dentaires dans la lignée du standard européen actuel : élargissement aux actes de radiologie bucco-dentaire.
- Développer et baliser des parcours d'évolution professionnelle *via* la formation continue certifiante pour les assistantes dentaires : parcours de formation continue certifiante « assistante dentaire qualifiée de niveau 2 », accessible aux assistantes dentaires, organisée en 3 filières : ODF (orthopédie dento-faciale), technique, administration et management.

À terme, ces pistes pourraient ainsi contribuer à favoriser les évolutions professionnelles au sein de la branche, dans la lignée des bonnes pratiques européennes.

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

ENJEUX ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

➤ ÉQUIPES DENTAIRES FRANÇAISES EN TRANSFORMATION

Le contexte des soins dentaires en France connaît aujourd'hui des mutations d'ampleur en cours d'accélération, à l'origine de trois transformations majeures pour la structuration des cabinets dentaires et l'organisation des soins dentaires : d'une part, une tendance au regroupement des chirurgiens-dentistes, avec pour conséquence des cabinets dentaires moins nombreux mais de plus grande taille, d'autre part la reconfiguration du binôme traditionnel avec l'intégration de nouvelles fonctions support, et enfin une concurrence accrue d'autres types de structures rendant nécessaire la recherche d'axes de différenciation pour les cabinets dentaires.

Ces mutations posent de nombreux enjeux d'organisation du travail et d'emploi pour la filière dentaire française, identifiés à l'issue d'une démarche prospective conduite pour la branche et l'Observatoire des métiers dans les professions libérales (OMPL) en 2020, notamment :

- un enjeu de spécialisation croissante des fonctions au sein de l'équipe dentaire ;
- un enjeu de développement de compétences transverses de management et de gestion rendues nécessaires au sein d'équipes élargies ;
- un enjeu de fidélisation des salariés et de réduction du turnover, en particulier des assistantes dentaires.

➤ COMPARAISON EUROPÉENNE NÉCESSAIRE

Alors que l'environnement d'activité des cabinets dentaires est en mutation, les partenaires sociaux de la branche des cabinets dentaires ont souhaité engager une réflexion comparative sur les contextes odontologiques, la structuration des filières de soins dentaires et les caractéristiques des équipes dentaires entre la France et les autres pays européens.

Cette approche européenne de comparaison approfondie des cabinets et des équipes dentaires est fructueuse à plus d'un titre.

En effet, d'une part, les transformations amorcées en France sont pour la plupart déjà enclenchées voire achevées chez un certain nombre de voisins européens : concentration des cabinets, développement de l'exercice regroupé, diffusion du statut salarié pour les chirurgiens-dentistes, spécialisation des métiers, voire délégation d'actes.

Par ailleurs, la progression des mobilités intra-européennes des professionnels des soins dentaires exerçant en France, l'internationalisation du terrain de jeu de la formation initiale, et l'harmonisation progressive des contextes réglementaires au niveau européen, tendent à induire une convergence des pratiques dentaires et des organisations des cabinets entre les pays d'Europe.

> “ Les transformations amorcées en France sont pour la plupart déjà enclenchées voire achevées chez un certain nombre de nos voisins européens.

Dans cet objectif, la présente étude vise :

- **l'exhaustivité et l'objectivité :** dresser un panorama complet du contexte de l'odontologie en Europe, afin de positionner les cabinets dentaires dans l'ensemble du paysage de l'offre de soins dentaires sur un plan juridique, économique et social ;
- **l'approfondissement :** présenter des éléments exhaustifs sur le contenu des métiers et leur variabilité selon les pays, les perspectives d'évolution professionnelle et le contenu de la formation initiale des professionnels des cabinets européens, en particulier les assistantes dentaires. Cette exigence implique de se concentrer sur un nombre limité de pays ;
- **la mise en perspective :** identifier les dynamiques d'évolution communes et les spécificités européennes, dépasser la simple description des cabinets et des salariés, aller au-delà du portrait-robot pour mettre en évidence les forces, les faiblesses et les enjeux posés par chaque type d'organisation des soins dentaires ;
- **l'accompagnement à la réflexion des partenaires sociaux :** mettre en relation les caractéristiques des cabinets et équipes de soins européennes avec les enjeux prospectifs des cabinets français, et proposer des pistes de réflexion pour la branche professionnelle, en particulier concernant le développement de parcours d'évolution professionnelle pour les assistantes dentaires.

➤ DÉMARCHE D'ÉTUDE

Dans ce contexte, la démarche d'étude répond à quatre principaux objectifs :

- disposer d'un panorama de l'odontologie dans l'ensemble des pays européens permettant de positionner précisément le contexte français dans le paysage européen ;
- mener une étude approfondie et critique des modes de structuration et d'organisation des cabinets, des spécificités des professionnels qui y exercent et de la réalité des métiers de l'équipe dentaire ;
- s'appuyer sur une analyse du contenu et des modalités des formations initiales préparant aux métiers de la filière dentaire, en particulier dans les pays à l'origine de bonnes pratiques au niveau européen ;
- proposer des pistes d'actions aux partenaires sociaux, inspirées de l'analyse critique des pratiques dans d'autres pays européens, en phase avec les évolutions envisagées du contexte d'activité français.

Ces quatre objectifs ont été traduits par une démarche en trois phases, menée de janvier à septembre 2021 par le cabinet Quadrat conjointement avec la branche professionnelle des cabinets dentaires et l'OMPL.

PHASE 1

Panorama des contextes de l'odontologie dans les 28 pays européens

- Tableau exhaustif des contextes de l'odontologie dans l'ensemble des pays européens et analyse comparative.
- Identification des profils types d'organisation de l'offre de soins dentaires et positionnement de la France
- Sélection d'un nombre limité de pays pour des approfondissements utiles pour penser l'évolution du contexte français de soins dentaires.

PHASE 2

Analyse approfondie des cabinets dentaires « types » dans 6 pays

- Description du profil de chaque type de cabinets sur les plans juridiques, stratégiques, investissements matériels, relation avec les acteurs externes…
- Analyse de la composition des équipes, les profils, activités et parcours professionnels des praticiens de la filière dentaire.
- Décryptage des modes d'organisation du travail, identification de leurs avantages et inconvénients dans la pratique des équipes sur le terrain.
- Réalisation d'une monographie pour chaque « cabinet type ».

PHASE 3

Analyse comparative des formations initiales dans 6 pays et mise en perspective

- Restitution précise du contenu des diplômes et des modalités de formation préparant aux métiers des cabinets dentaires dans les pays étudiés, comparaison avec la situation française.
- Focus sur le métier d'assistante dentaire, concentrant de nombreux enjeux d'évolution en France.
- Pistes de réflexion pour la branche, en particulier sur le contenu des diplômes français et les modes d'organisation du travail au sein des cabinets.

MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à ces objectifs, cette étude se fonde sur une méthodologie exhaustive et complémentaire :

- l'exploitation statistique, récente et sur longue période, d'un large éventail de données sur le périmètre européen concernant les contextes des soins dentaires, la structuration des filières dentaires et les politiques de santé (Eurostat, OCDE, OMS…) ;
- la réalisation d'une analyse documentaire élargie en langue française et en langue étrangère portant sur l'organisation des cabinets dentaires en Europe, plus précisément dans les six pays faisant l'objet d'une étude approfondie : littérature académique, documentation métiers, sources institutionnelles, référentiels de formation initiale et continue, offres d'emploi… ;
- la conduite d'une cinquantaine d'entretiens approfondis auprès d'une variété d'interlocuteurs européens des six pays investigués en profondeur : chirurgiens-dentistes dirigeants et salariés, assistantes dentaires, hygiénistes et thérapeutes dentaires, représentants des organisations professionnelles et de salariés des pays concernés… sur des thématiques relatives à l'organisation des cabinets dentaires, au contenu des métiers, aux enjeux RH et métiers (attractivité, difficultés de recrutement, turnover…), aux trajectoires professionnelles des salariés et aux réflexions prospectives en cours.

CONTEXTES DE L'ODONTOLOGIE EN EUROPE

Afin d'identifier les dynamiques communes selon les pays, de dresser des profils types et de positionner la France à l'échelle de l'ensemble de l'UE (Union Européenne) au vu des spécificités et similarités de l'organisation de l'offre de soins dentaires, dans un premier temps, un tableau exhaustif des contextes de l'odontologie dans l'ensemble des pays européens doit être réalisé.

Ce panorama permettra de :

- *positionner la filière odontologique française dans l'ensemble de l'Europe, et de mettre en avant des dynamiques structurantes et parfois méconnues qui font écho au contexte français ;*
- *identifier un nombre limité de pays dont l'analyse approfondie présente un intérêt particulier au regard de la résonance avec les cabinets dentaires français (comparaison, enjeux prospectifs, évolutions déjà rencontrées dans ces pays…).*

CADRE ET POLITIQUES DE SANTÉ DENTAIRE

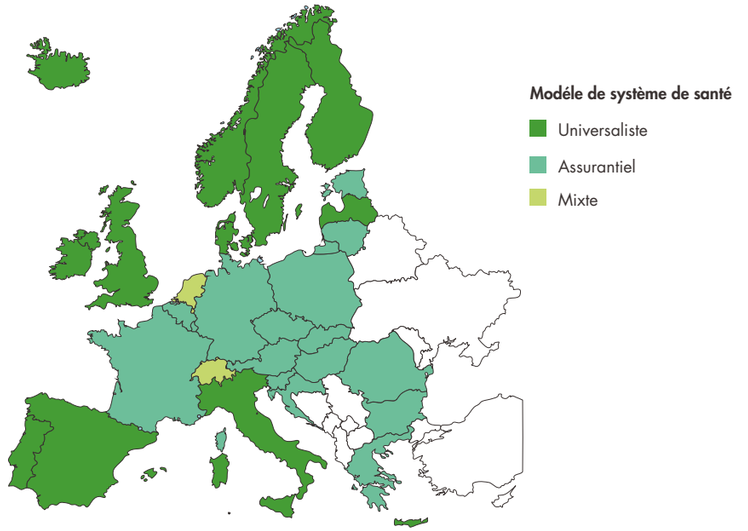
➤ TROIS GRANDS MODÈLES DE SANTÉ DENTAIRE

Les caractéristiques des systèmes de santé des pays européens structurent pour beaucoup les filières odontologiques nationales et l'accès aux soins dentaires de la population européenne. L'étude des contextes de l'odontologie en Europe nécessite dans un premier temps d'identifier les principaux modèles de santé dans les pays européens.

- **Le modèle assurantiel** (dit aussi « bismarckien »). Ce système repose sur une couverture maladie obligatoire adossée à l'activité professionnelle des individus. Le système d'assurance maladie y est géré par des caisses publiques. On y constate une articulation entre une offre de soins privée libérale et une offre hospitalière publique. Il s'agit du modèle dominant en Europe, qui concerne les pays d'Europe occidentale (France, Allemagne, Belgique, Luxembourg, Autriche), centrale (République tchèque, Slovaquie, Croatie…) et de l'Est (Estonie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Bulgarie).
- **Le modèle universaliste** (dit aussi « beveridgien ») qui est le plus répandu. De même que le modèle assurantiel, le modèle universaliste repose sur une couverture maladie étendue bénéficiant à l'ensemble de la population. Cependant, le système de soins y est structuré sous la forme d'un système national de santé, où les soins sont dispensés principalement par des structures publiques dans le cadre de parcours de soins encadrés. Le suivi attentif des parcours de soins donne lieu à la gratuité des soins dispensés. Ce modèle de santé est principalement observé dans les pays scandinaves (Finlande, Suède, Norvège, Islande, Danemark), dans les pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Irlande) et dans quelques pays d'Europe du Sud (Espagne, Portugal, Italie).
- **Le modèle mixte** reprenant des éléments des modèles assurantiels (couverture maladie obligatoire), universaliste (fort contrôle de l'État sur le système de santé) et des dispositions particulières, telles que la gestion du système d'assurance maladie par des assureurs privés. Ce modèle est adopté par les Pays-Bas et la Suisse.

3 grands modèles de santé dentaire :
- le modèle assurantiel
- le modèle universaliste
- le modèle mixte.

Modèles de santé dominants selon les pays européens



Source : Traitements Quadrat-études, données DREES, OCDE et Eurostat, 2020.

➤ DEGRÉ DE COUVERTURE DES SOINS DENTAIRES

En complément du modèle général de système de santé adopté par les pays européens, les filières odontologiques européennes sont structurées par le cadre spécifique des soins dentaires, en particulier la couverture des soins dentaires, qui regroupe l'ensemble des garanties des organismes (système d'assurance maladie, complémentaires santé…) permettant la prise en charge financière des soins dentaires.

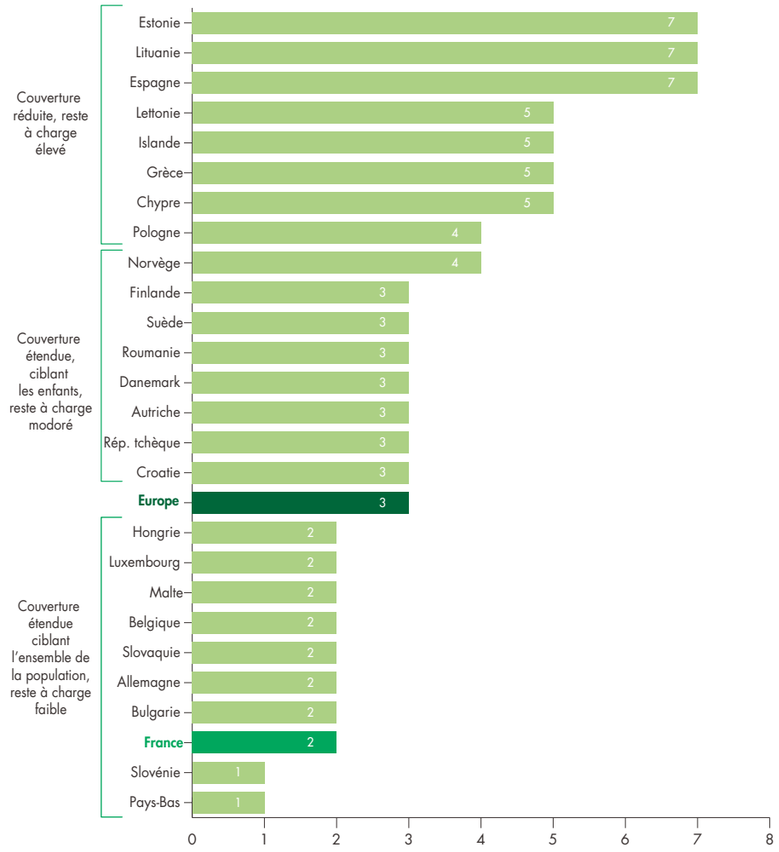
Trois modèles de couverture des soins dentaires coexistent au sein des pays d'Europe :

- un modèle **de couverture étendue pour l'ensemble de la population**, permettant de garantir un niveau de santé dentaire élevé malgré une densité médicale faible. Le reste à charge (RAC) pour les patients y est très faible (moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé nationales). Ce modèle est observé en Europe occidentale (France, Allemagne, Royaume-Uni, Danemark), et dans quelques pays d'Europe centrale (République tchèque, Slovénie) ;
- un modèle ciblant en particulier **la prise en charge des besoins dentaires des enfants**, avec une couverture des soins particulièrement avantageuse (consultations dentaires gratuites, proposées à l'école…) et plus réduite pour les patients adultes. Ce modèle promeut notamment les **soins de prévention**. Il est en particulier présent dans les pays scandinaves au système de santé universaliste : Norvège, Finlande, Suède, Islande et Pays-Bas ;

3 modèles de couverture des soins dentaires coexistent au sein des pays d'Europe.
1 modèle de couverture étendue pour l'ensemble de la population, permettant de garantir un niveau de santé dentaire élevé.
1 modèle ciblant en particulier la prise en charge des besoins dentaires des enfants.
1 modèle de couverture globalement réduite des soins dentaires.

- un modèle de **couverture globalement réduite** des soins dentaires, observé principalement dans des pays d'Europe de l'Est (Estonie, Lettonie, Lituanie), centrale (Roumanie, Bulgarie, Hongrie) et du Sud (Grèce, Chypre, Portugal, Italie) rencontrant souvent des difficultés économiques et investissant globalement peu dans les politiques de santé (6 % à 8 % du PIB). Le reste à charge des soins dentaires pour les patients y est particulièrement élevé : il représente 5 % à 7 % de l'ensemble des dépenses de santé dans ces pays.

Part du reste à charge des soins dentaires dans les dépenses de santé (%)



Clé de lecture
En Estonie, le reste à charge des patients découlant de l'ensemble des soins dentaires représente **7 %** de l'ensemble des dépenses de santé nationales en 2019, tous soins confondus.

Source : Traitements Quadrat-études, données OCDE, 2019.

➤ CADRE JURIDIQUE DE LA PRATIQUE DENTAIRE

L'encadrement juridique de la pratique dentaire en Europe est dans l'ensemble plutôt contraignant, avec des réglementations partagées par la plupart des pays (obligation de responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste, obligation de formation continue des chirurgiens-dentistes sur les radiations ionisantes, vaccination du personnel contre l'hépatite C…).

À l'inverse, la quasi-totalité des pays européens n'impose pas de contraintes particulières quant à la taille, au lieu d'implantation des cabinets dentaires et à la réglementation de la concurrence. De même, la plupart des pays autorisent l'utilisation de communications commerciales pour les cabinets dentaires, à l'exception d'une dizaine de pays, dont notamment la France mais aussi la Belgique, le Portugal, le Luxembourg.

Dans l'ensemble, les pays au modèle de santé d'inspiration **universaliste** possèdent un cadre juridique relatif à la pratique dentaire **plutôt limité** (Suède, Irlande, Portugal, Italie, Finlande, Danemark, Norvège…). Les pays fonctionnant sur un modèle **assurantiel** (Europe occidentale, Europe de l'Est) ainsi que le Royaume-Uni **encadrent plus fortement** la pratique dentaire. De plus en Allemagne la constitution de cabinets dentaires sous statut juridique à responsabilité limitée (type SELARL) est interdite.

BESOINS DE SANTÉ DENTAIRE

➤ ACCÈS PLUTÔT RÉGULIER AUX SOINS DENTAIRES

Les Européens bénéficient en moyenne de 1,1 consultation dentaire annuelle par habitant (source : OCDE, 2020), et 97 % des besoins dentaires sont déclarés satisfaits par la population (source : Eurostat, 2018) car les soins sont considérés comme accessibles à la fois en termes de coût et de localisation.

L'accès aux soins dentaires est globalement déterminé par la densité de l'offre de soins et son coût. Ainsi, on compte en moyenne au moins 1,5 consultation dentaire annuelle par habitant dans les pays où la densité de l'offre de soins dentaires dépasse 85 praticiens pour 100 000 habitants (Allemagne, Luxembourg) ou bien où le reste à charge lié aux soins dentaires est faible (Pays-Bas, France, République tchèque, Canada), jusqu'à près de trois consultations dentaires annuelles par habitant aux Pays-Bas.

À l'inverse, la population de certains pays d'Europe de l'Est et du Sud (Hongrie, Pologne, Slovaquie, Grèce, Italie…) se rend moins d'une fois par an dans un cabinet dentaire, en raison d'une densité de l'offre de soins inférieure à 80 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants et d'un coût plus important (plus de 5 % de la population déclarent un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût).

➤ NIVEAU DE SANTÉ DENTAIRE EN EUROPE

La comparaison internationale des niveaux de santé dentaire nationaux est permise par l'indicateur DMFT (The Decayed, Missing and Filled Teeth) à l'âge de 12 ans, qui mesure le nombre moyen de dents dégradées, manquantes ou obturées chez les enfants de douze ans. Au niveau de l'ensemble des pays européens, cet indicateur s'élève à 1,6 en moyenne, néanmoins des disparités importantes sont observées entre les pays européens. Ce constat tend à montrer que le modèle de santé et la couverture des soins dentaires déterminent fortement le niveau de santé dentaire de la population :

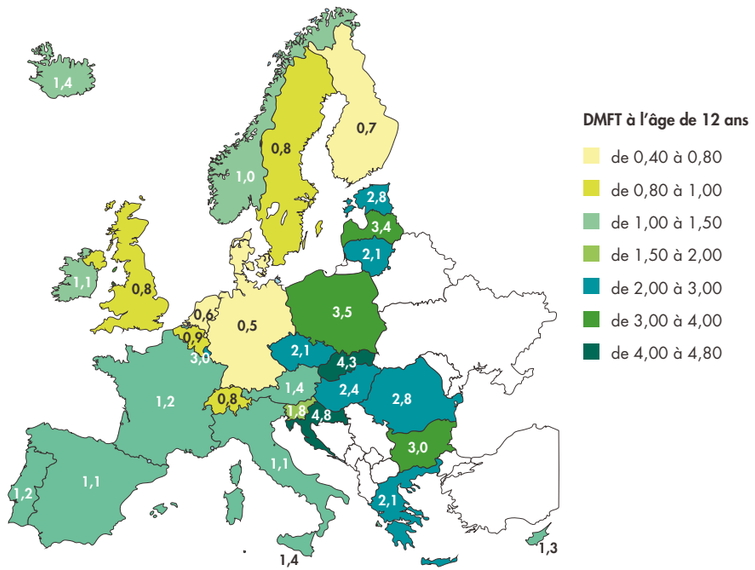
> **97 %** des besoins dentaires sont déclarés satisfaits par la population car les soins sont considérés comme accessibles à la fois en termes de coût et de localisation.

Le niveau de santé dentaire est élevé à très élevé dans les pays d'Europe occidentale fonctionnant sur un modèle assurantiel, où les dépenses de santé représentent au moins **10 %** du PIB.

Le niveau de santé dentaire est moyen à faible dans les pays d'Europe centrale, de l'Est et du Sud.
10 % des besoins dentaires sont déclarés non satisfaits.

- le niveau de santé dentaire est **très élevé** dans les pays au modèle de santé universaliste (pays scandinaves, anglo-saxons, Espagne, Portugal, Italie) reposant sur une couverture élargie et un reste à charge peu élevé des soins dentaires, ainsi qu'un investissement des politiques publiques sur la régularité des consultations dentaires (Pays-Bas, Canada), en particulier chez les enfants. Dans ces pays, on compte en moyenne moins d'une dent dégradée, manquante ou obturée à l'âge de 12 ans. En outre, 99 % des besoins de santé dentaire y sont déclarés satisfaits ;
- le niveau de santé dentaire est **élevé à très élevé** dans les pays d'Europe occidentale (France, Allemagne, Autriche, Belgique…) fonctionnant sur un modèle assurantiel et au fort investissement dans la politique de santé. Les dépenses de santé y représentent au moins 10 % du PIB (Produit Intérieur Brut)) avec un DMFT compris entre 1 et 1,5, et 97 % des besoins dentaires satisfaits. La France se situe dans cet ensemble ;
- le niveau de santé dentaire est **moyen à faible** dans les pays d'Europe centrale, de l'Est et du Sud (Pologne, Roumanie, Grèce, Bulgarie, Lettonie, Chypre…) en rattrapage, où l'investissement dans le système de santé est moindre et la couverture des soins dentaires moins favorable (jusqu'à 40 % de reste à charge pour les patients en Bulgarie), avec un fort impact négatif sur la fréquence des consultations dentaires (seuls 10 % des Chypriotes se rendent dans un cabinet dentaire une fois dans l'année). Le DMFT (nombre de dents dégradées, manquantes ou ayant subi une obturation) y est supérieur à 2,4 et environ 10 % des besoins dentaires sont déclarés non satisfaits.

DMFT moyen à l'âge de 12 ans en Europe



Source : Traitements Quadrat-études, données Conseil européen des chirurgiens-dentistes dirigeants (CECDO), 2000-2018.

DÉMOGRAPHIE DENTAIRE

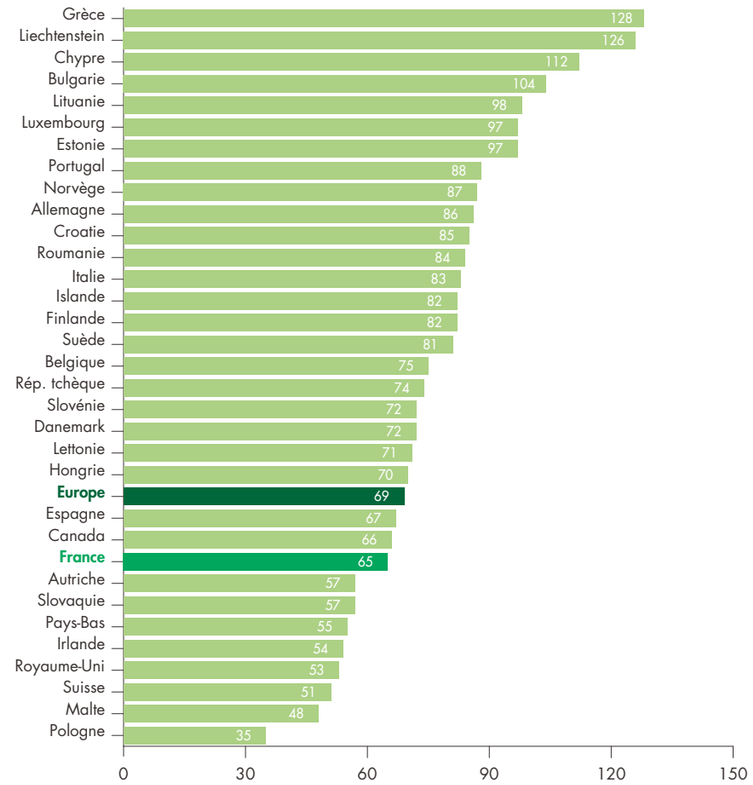
➤ PLUS DE 400 000 CHIRURGIENS-DENTISTES ACTIFS

L'Europe compte environ 450 000 chirurgiens-dentistes inscrits auprès d'un ordre national en 2018, pour **400 000 chirurgiens-dentistes réellement en pratique** (source : Eurostat, 2018).

En volume, les pays comptant le plus de praticiens sont de loin l'Allemagne (71 000 chirurgiens-dentistes en 2018), l'Italie (50 000), la France (43 000), le Royaume-Uni (35 000) et l'Espagne (31 000), dans une moindre mesure la Roumanie (16 000). Toutefois, pour mesurer précisément la démographie dentaire en Europe, ces volumes doivent être rapportés à la population par pays. À l'échelle européenne, **69 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants** sont dénombrés en 2018 (source : Eurostat).

À l'échelle européenne, **69** chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants sont dénombrés en 2018.

Chirurgiens-dentistes en pratique pour 100 000 habitants



Source : Traitements Quadrat-études, données Eurostat, 2018.

Clé de lecture
En Grèce, **128** chirurgiens-dentistes en pratique pour 100 000 habitants en 2018.

Le nombre de chirurgiens-dentistes progresse depuis le début des années 2010.
+6 % entre 2013 et 2018.

Des disparités en termes de démographie dentaire sont constatées selon les pays :

- la France se situe parmi les pays à la densité de l'offre de soins dentaires plutôt faible, à l'instar de bon nombre de pays d'Europe de l'Ouest (Suisse, Royaume-Uni, Irlande, Autriche, Espagne) avec 65 praticiens pour 100000 habitants ;
- les pays scandinaves se caractérisent par une démographie dentaire plutôt dense (entre 70 et 90 chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants) ;
- les pays d'Europe de l'Est et du Sud (Grèce, Chypre, Bulgarie, Lituanie, Estonie…) ont une démographie dentaire élevée (plus de 90 praticiens pour 100000 habitants, jusqu'à 128 en Grèce) généralement en raison d'un volume de professionnels formés important, ou d'une majorité de chirurgiens-dentistes exerçant le plus souvent seuls.

➤ DÉMOGRAPHIE DENTAIRE PLUTÔT EN PROGRESSION

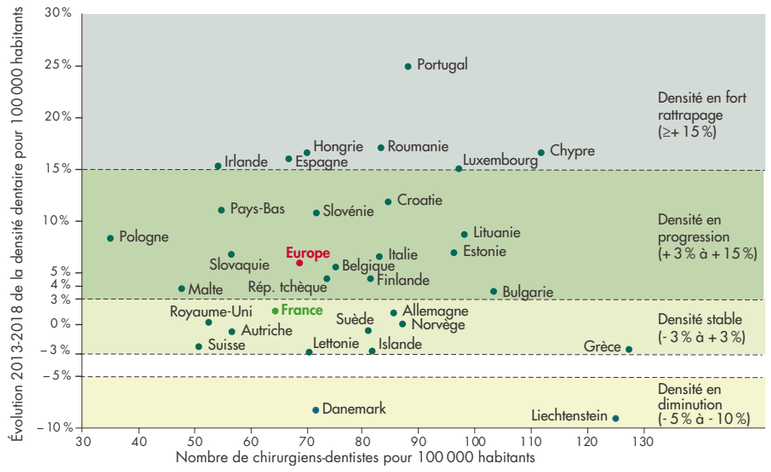
Dans l'ensemble de l'Europe, le nombre de chirurgiens-dentistes (CD) pour 100000 habitants **progresse** depuis le début des années 2010 : +6 % entre 2013 et 2018 (Eurostat).

Un certain nombre de pays connaissent une progression marquée de la démographie dentaire en raison d'un **effet de rattrapage** lié à un sous-dimensionnement de la démographie dentaire. Cette situation touche principalement des pays au faible niveau de santé dentaire issus de l'Europe du Sud (Portugal, Chypre, Espagne) ou de l'ancien « Bloc de l'Est » (Roumanie, Hongrie, Pologne, Estonie, Slovaquie).

Plus marginalement, quelques pays au niveau de santé dentaire élevé sont concernés par un **léger rééquilibrage** (Pays-Bas, Irlande).

Dans les autres pays d'Europe, la démographie dentaire **reste relativement stable** depuis le début des années 2010. Cette situation, observée en particulier dans les pays scandinaves (Danemark, Islande, Suède, Norvège…) et d'Europe occidentale (France, Allemagne, Royaume-Uni, Suisse) traduit une offre de soins dentaires déjà équilibrée vis-à-vis des besoins de la population.

Évolution du nombre de CD et densité dentaire



Source : Traitements Quadratétudes, Eurostat, 2013-2018.

Clé de lecture
Dans l'ensemble de l'Europe, le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants a augmenté de **6 %** entre 2013 et 2018 : la densité dentaire y est donc en progression. De plus, en 2018, le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants s'élevait à **69**.

➤ MOBILITÉS INTRA-EUROPÉENNES IMPORTANTES

Les mobilités des praticiens à l'intérieur de l'espace européen sont aujourd'hui nombreuses, avec en moyenne 10 % des chirurgiens-dentistes européens exerçant dans un pays autre que leur pays de naissance (source : CECDO, 2015).

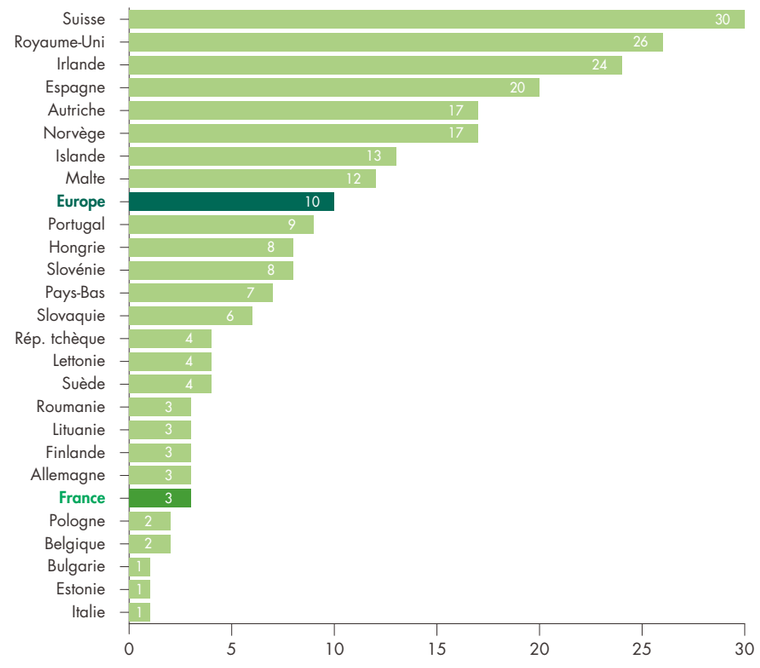
Trois principales directives de l'UE encadrent les mobilités intra-européennes des chirurgiens-dentistes :

- une première directive en 1980 énonce le principe de liberté de déplacement des chirurgiens-dentistes entre les pays européens dans le cadre de l'exercice de la pratique dentaire, avec pour seule exigence la détention d'un diplôme spécialisé ;
- deux directives de 2005 puis 2013 instituent le principe de reconnaissance automatique des diplômes de chirurgien-dentiste obtenus dans un autre pays européen, avec certaines conditions (liste des diplômes de chaque pays éligible à la reconnaissance automatique, conditions relatives à la longueur du cursus…).

L'exercice de professionnels issus d'un pays étranger est très hétérogène selon les pays européens. En effet, il est marginal dans une quinzaine de pays, dont la France, où moins de 5 % des praticiens sont originaires d'un pays étranger. Au contraire, le recours aux praticiens étrangers peut être qualifié de structurel dans des pays en Suisse, au Royaume-Uni, en Irlande et en Espagne, où plus de 20 % des chirurgiens-dentistes en pratique sont issus d'un autre pays.

> Les mobilités des praticiens à l'intérieur de l'espace européen sont aujourd'hui nombreuses, **10 %** en moyenne des chirurgiens-dentistes exercent à l'étranger.

Part des CD étrangers en pratique dans chaque pays (en %)



Source : CECDO, 2015.

Clé de lecture
En Suisse, **30 %** des chirurgiens-dentistes étaient, en 2015, étrangers.

En France, environ **1 400** praticiens ont obtenu leur diplôme dans un pays étranger.

En France, environ 1 400 praticiens ont obtenu leur diplôme dans un pays étranger (source : DREES, 2015). Ce chiffre comprend à la fois les 3 % de chirurgiens-dentistes de nationalité étrangère et les praticiens de nationalité française ayant suivi un cursus odontologique à l'étranger. Les pays les plus représentés parmi les diplômés à l'étranger sont la Roumanie et l'Espagne (300), dans une moindre mesure la Belgique (150) et le Portugal (130).

La dynamique s'accélère puisqu'un tiers des praticiens nouvellement inscrits à l'Ordre ont obtenu leur diplôme à l'étranger (source : DREES). Cette réalité appelle ainsi un approfondissement du mode d'organisation de l'odontologie et des formations initiales dans les pays formateurs, en particulier sur la vision de l'organisation du cabinet et le rôle de chaque membre de l'équipe de soins dentaires.

➤ LEVIERS POUR AUGMENTER LA DÉMOGRAPHIE DENTAIRE

Pour les pays présentant une faible densité de l'offre de soins dentaires, deux types de stratégies pour pallier le manque de praticiens sont observés :

- **le recours massif à des chirurgiens-dentistes diplômés d'un pays étranger** pour les pays bénéficiant de conditions de vie et d'exercice attractives. Cette stratégie est principalement adoptée par les pays d'Europe occidentale et du Nord (Suisse, Autriche, Norvège), et les pays insulaires (Irlande, Islande, Royaume-Uni, Malte…) ;
- **une augmentation significative du volume de diplômés en formation initiale**, y compris en attirant des étudiants étrangers pour les pays en dynamique de rattrapage d'une offre de soins dentaires jusqu'alors insuffisante pour prendre en charge les besoins de la population. Cette stratégie est observée surtout en Europe de l'Est (Hongrie, Pologne, Roumanie), du Sud (Portugal, Croatie) et aux Pays-Bas, où l'on compte de plus de 50 diplômés annuels pour 1 000 praticiens actifs (contre 39 pour 1 000 à l'échelle européenne, source : Eurostat), avec jusqu'à 128 diplômés pour 1 000 praticiens en Roumanie.

ORGANISATION DES SOINS DENTAIRES

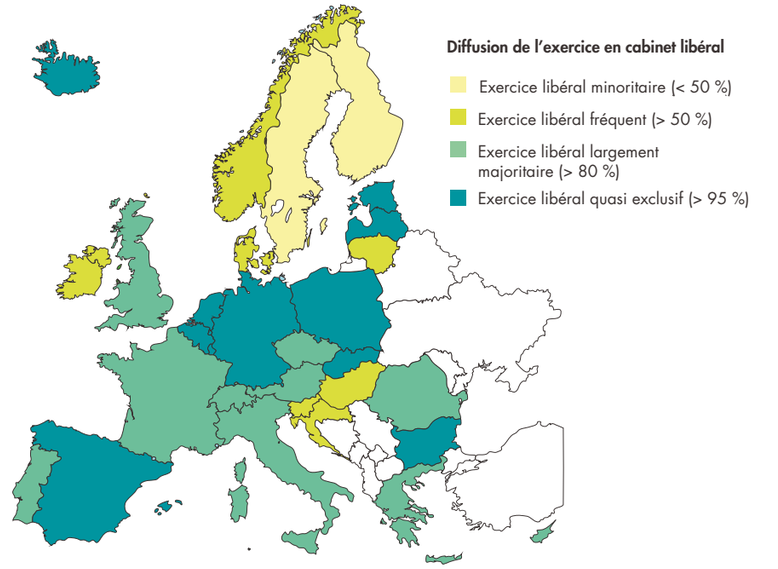
➤ LA PRATIQUE DENTAIRE LIBÉRALE COMME NORME

En moyenne, en Europe, l'exercice en cabinet libéral est la norme : il concerne plus de 8 chirurgiens-dentistes sur 10 en 2015 (source : CECDO). Contrairement au nombre de chirurgiens-dentistes, il n'existe aucune source de données harmonisée à l'échelle européenne concernant le nombre de cabinets dentaires.

L'exercice libéral est particulièrement **répandu** dans les systèmes de santé **d'inspiration assurantielle** à la densité de l'offre de soins dentaires plutôt réduite (50 à 70 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants). Ainsi, plus de 80 % des chirurgiens-dentistes exercent au sein d'un cabinet libéral en France, Autriche et République tchèque. L'exercice libéral constitue la modalité quasi-exclusive d'exercice en Allemagne (96 %), en Belgique (97 %), au Luxembourg (99 %) ou encore en Pologne (96 %). La France se situe dans ce groupe, avec 9 chirurgiens-dentistes sur 10 exerçant dans le cadre libéral.

À l'inverse, dans les systèmes d'inspiration **universaliste**, l'exercice libéral est **beaucoup moins diffusé** (moins de 70 % des chirurgiens-dentistes), voire minoritaire (moins de 50 % en Suède et en Finlande), et les équipes de soins dentaires sont fréquemment salariées par des structures publiques. La faible diffusion de l'exercice libéral constitue la caractéristique structurante de l'offre de soins dentaires scandinaves (Finlande, Suède, Danemark, Norvège).

Part des CD européens exerçant en cabinet libéral (en %)



Source : Traitements Quadrat-études, données CECDO, 2015.

➤ SPÉCIALISATION VARIABLE DES CABINETS DENTAIRES

Les pays d'Europe reconnaissent officiellement en moyenne **quatre spécialisations de médecine dentaire réglementées** (orthodontie, endodontie, pédodontie, chirurgie orale maxillo-faciale…). Ces spécialisations sont susceptibles de conditionner le contenu des activités exercées par les membres des équipes dentaires, et peuvent déterminer un degré de spécialisation plus ou moins fort pour un même intitulé de métier (assistante dentaire dans un cabinet généraliste *vs* dans un cabinet d'orthodontie, de pédodontie…).

La spécialisation de médecine dentaire la plus largement diffusée est l'orthodontie. Elle est la plus fréquemment rencontrée dans 23 pays européens.

- La pratique dentaire reconnaît **de nombreuses spécialisations réglementées** dans les pays de l'est et du nord (orthodontie, endodontie, pédodontie, chirurgie orale maxillo-faciale…). Le plus souvent, cette offre de soins dentaires pléthorique est associée à un moindre développement de la santé dentaire (densité faible de l'offre de soins dentaires, faible niveau de santé dentaire de la population, reste à charge élevé), notamment dans les pays baltes (Lettonie, Lituanie) et de l'Europe de l'Est (Hongrie, Pologne, Bulgarie…).
- À l'inverse, les cabinets dentaires d'Europe occidentale et du Sud sont plutôt **généralistes** (France, Italie, Grèce, Autriche, Espagne, Luxembourg…).

> “ La spécialisation de médecine dentaire la plus largement diffusée est l'orthodontie.

Nombre de spécialisations de médecine dentaire reconnues

Nombre de spécialisations reconnues	Aucune	1 à 2	3 à 4	5 à 6	7 à 8
Pays concernés	Espagne, Autriche, Luxembourg	France, Rép. Tchèque, Italie, Grèce, Estonie, Danemark, Chypre	Roumanie, Portugal, Liechtenstein, Irlande, Finlande, Belgique, Suisse, Allemagne	Pays-Bas, Suède, Slovaquie, Hongrie, Croatie	Slovénie, Royaume-Uni, Norvège, Malte, Lituanie, Lettonie, Islande, Pologne, Bulgarie

Source : CECDO, 2015.

Le statut salarié pour les chirurgiens-dentistes suit une tendance croissante en Europe, ainsi, l'Allemagne comptait moins de **2** chirurgiens-dentistes salariés pour 10 chirurgiens-dentistes libéraux en 2009, et **4** pour 10 en 2018.

➤ EXERCICE SOUS STATUT SALARIÉ LARGEMENT RÉPANDU

L'exercice de la médecine dentaire sous statut salarié est **autorisé dans la quasi-totalité des pays** européens hormis l'Islande et l'Autriche. Il est particulièrement diffusé dans les pays **scandinaves** (40 à 60 % des chirurgiens-dentistes en activité) du fait d'un système de santé fortement structuré autour de centres de santé publics.

Pour le reste, le statut salarié pour les chirurgiens-dentistes suit une **tendance croissante** en Europe, en particulier dans les pays aux cabinets dentaires de taille relativement importante (au moins quatre salariés). Le statut est plébiscité notamment par les jeunes professionnels qui y voient une opportunité d'exercer sans les contraintes liées à l'entrepreneuriat : ainsi, l'Allemagne comptait moins de 2 chirurgiens-dentistes salariés pour 10 chirurgiens-dentistes libéraux en 2009, et 4 pour 10 en 2018[1].

➤ EN MOYENNE 1 600 PATIENTS PAR CHIRURGIEN-DENTISTE

Les estimations disponibles pour une quinzaine de pays européens indiquent que la taille de la patientèle est logiquement fonction de la densité de l'offre de soins dentaires. Celle-ci s'échelonne par exemple d'environ 1 000 patients suivis en moyenne par un même chirurgien-dentiste en Islande ou en Allemagne (qui comptent plus de 80 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants), à plus de 2 500 patients suivis au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (moins de 55 praticiens pour 100 000 habitants)[2].

➤ MODES DE RÉMUNÉRATION SELON LE SYSTÈME DE SANTÉ

Trois modes de rémunération des chirurgiens-dentistes sont observés à l'échelle de l'Europe :

- le salariat ;
- le paiement à l'acte (facturation individuelle des actes de soins dentaires effectués pour chaque patient) ;
- la capitation (rémunération forfaitaire en fonction de la taille de la patientèle prise en charge par chaque praticien).

La plupart des pays européens (une quinzaine) font appel à un **système de rémunération mixte** alliant une part variable des trois modalités.

Pour le reste, le mode de rémunération choisi est fortement conditionné par le modèle de système de santé adopté : ainsi, les praticiens des pays au modèle universaliste sont tendanciellement davantage rémunérés par le salariat (Suède, Finlande, Portugal) et la capitation (Irlande, Espagne, Italie), tandis que les pays au modèle assurantiel privilégient plutôt le paiement à l'acte (Autriche, Belgique, Allemagne, Luxembourg) ou des modes de rémunération mixtes.

1 Source : Bundeszahnärztekammer, "Entwicklung der Zahnarztzahlen nach Erwerbsstatus", 2020.
2 Source : CECDO, 2015.

COMPOSITION DES ÉQUIPES DENTAIRES

➤ TROIS TYPES D'AUXILIAIRES DENTAIRES

En 2015, les pays européens comptaient en tout **près de 700 000 auxiliaires dentaires.** Ce total comprend en grande majorité des assistants dentaires (480 000), des techniciens dentaires travaillant dans certains cas à l'intérieur des cabinets (150 000) et des hygiénistes (45 000). Les autres professions d'auxiliaire dentaire (thérapeute dentaire, technicien dentaire clinique, aide dentaire…) regroupent au total 25 000 salariés en Europe.

L'assistant dentaire constitue la profession d'auxiliaire dentaire exclusive ou quasi-exclusive (plus de 90 % des auxiliaires dentaires présents dans les cabinets) dans la plupart des pays d'Europe occidentale à forte diffusion de l'exercice libéral (France, Allemagne, Autriche, Italie, Luxembourg). En particulier, l'Allemagne compte plus de 180 000 assistants dentaires en 2015, soit 2,6 en moyenne pour chaque chirurgien-dentiste (source : CECDO).

Les pays scandinaves (Norvège, Finlande, Suède, Danemark) et le Canada se distinguent quant à eux par une plus grande diversité des métiers de l'auxiliariat dentaire, en particulier par une forte diffusion de la profession d'hygiéniste dentaire, qui représente 20 à 25 % des auxiliaires dentaires dans ces pays (avec un maximum à 50 % au Canada).

➤ DEUX MODÈLES DE COMPOSITION DES ÉQUIPES

La grande majorité des pays européens comptent environ un auxiliaire dentaire pour un chirurgien-dentiste. Il s'agit le plus souvent d'un assistant dentaire. Deux modèles de composition des équipes dentaires coexistent :

- le modèle du **binôme** entre un chirurgien-dentiste et un assistant dentaire est le plus courant. Il est particulièrement répandu dans la plupart des pays d'Europe occidentale à la densité de l'offre de soins plutôt faible (Belgique, France, Espagne, Luxembourg, Irlande), et des pays de l'Europe de l'Est en rattrapage en termes d'offre de soins dentaires (pays baltes, Hongrie, Roumanie, Bulgarie) ;
- le modèle du fonctionnement en **équipe de soins élargie,** c'est-à-dire au moins deux auxiliaires dentaires pour un chirurgien-dentiste. Ce modèle est en large majorité adopté par des pays dans lesquels le niveau de santé dentaire est élevé et reflète une **politique de santé proactive** (part élevée des dépenses de santé dans le PIB, couplée à une prise en charge importante des soins par les systèmes

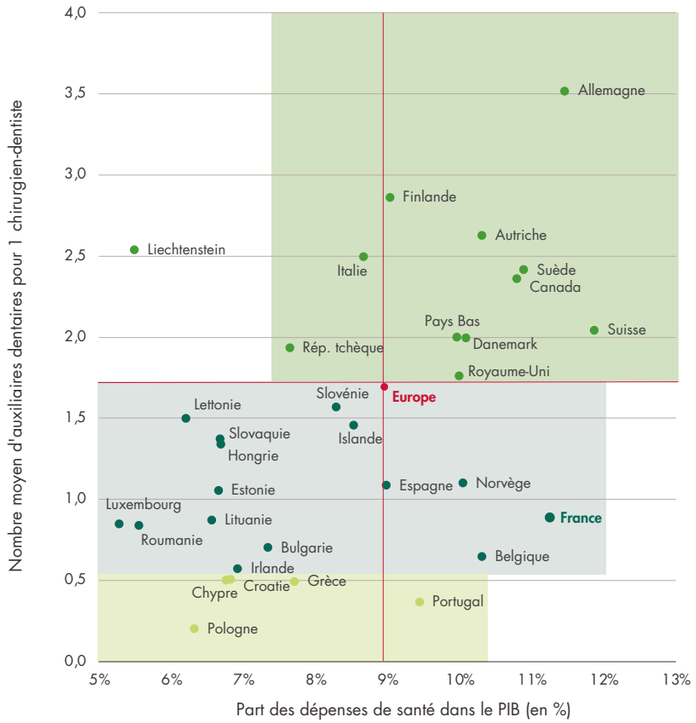
En 2015, les pays européens comptaient en tout près de **700 000** auxiliaires dentaires.

d'assurance maladie) : la zone germanophone (Allemagne, Suisse, Autriche), les pays scandinaves (Suède, Finlande, Danemark), le Royaume-Uni, ainsi que le Canada (cf. graphique ci-dessous).

Par ailleurs, le dimensionnement des équipes dentaires est lié à **l'intensité de la politique de santé** de chaque pays (investissement dans la santé, couverture des soins), qui permet un meilleur recours aux soins, une meilleure rémunération des praticiens, et favorise le recrutement.

Part des dépenses en santé et taille des équipes dentaires

Clé de lecture
En 2015, en Allemagne, la part des dépenses de santé dans le PIB était d'environ **11,5 %**. **3,5** auxiliaires dentaires en moyenne pour **1** chirurgien-dentiste, indiquant un modèle de fonctionnement des cabinets dentaires en équipe de soins élargie.



Source : Traitements Quadrat-études, données CECDO, 2015.

Ainsi, les **équipes dentaires sont élargies** dans les pays scandinaves et germaniques (au moins deux auxiliaires pour un praticien). Au contraire, le chirurgien-dentiste exerce le plus souvent seul en Europe du Sud (Portugal, Croatie, Chypre, Grèce), en raison de l'absence de reconnaissance officielle de la profession d'assistant dentaire et d'une certaine précarité économique des praticiens ne leur permettant pas d'embaucher.

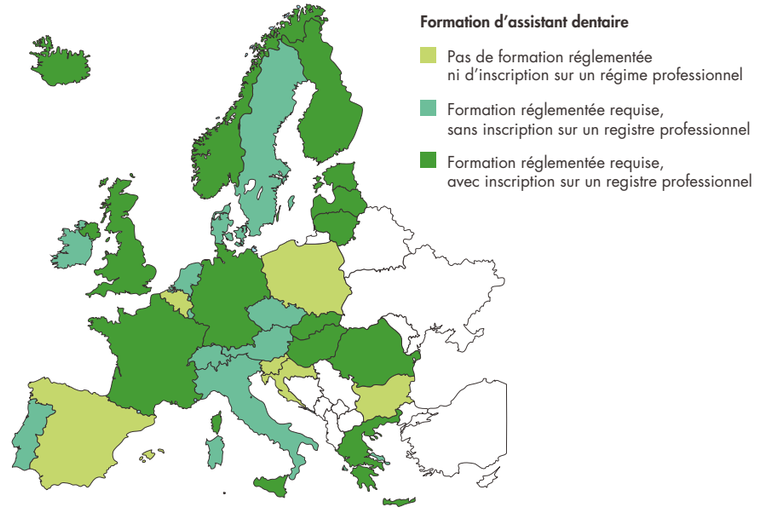
➤ ACCÈS RÉGLEMENTÉ AU MÉTIER D'ASSISTANT DENTAIRE

L'accès au métier d'assistant dentaire est le plus souvent **réglementé**. Dans plus des deux tiers des pays d'Europe étudiés, une formation donnant lieu à une reconnaissance officielle est requise pour exercer le métier.

Les conditions d'accès au métier sont **particulièrement strictes** dans les pays scandinaves, germanophones, en France et au Royaume-Uni, où les formations préparant au métier sont réglementées et l'inscription sur un registre professionnel obligatoire. Les conditions d'accès au métier d'assistant dentaire sont quant à elles **plus variables** en Europe de l'Est, entre conditions strictes en Roumanie et en Hongrie, et absence de réglementation de l'exercice en Pologne et en Bulgarie.

Dans quelques pays seulement, notamment des pays limitrophes de la France (Belgique, Espagne, Luxembourg), des formations menant au métier d'assistant dentaire existent mais ne conditionnent pas l'accès au métier.

Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire



Source : Traitements Quadrat-études, données CECDO, 2015.

SIX TYPES DE CONTEXTES ODONTOLOGIQUES

À partir des éléments concernant le contexte institutionnel de la santé et de l'odontologie, de la démographie dentaire, de l'organisation des soins dentaires et de la composition des équipes dentaires, **six types de filières odontologiques** peuvent être distingués au sein de l'espace européen.

Les spécificités de structuration de chaque type de filière engendrent l'intérêt particulier d'une analyse approfondie du modèle d'organisation des cabinets dentaires,

l'investigation des profils des salariés et contenus des métiers, et mettent en avant la pertinence d'une comparaison avec le modèle des cabinets dentaires français.

Six types sont identifiés :

- le type **« Europe de l'Ouest »**, basé sur un système de santé assurantiel, une démographie dentaire faible, un encadrement réglementaire strict et une équipe de soins dentaires fonctionnant sur le modèle du binôme ;
- le type **« Germanique »**, basé sur un système de santé assurantiel, une démographie dentaire importante, un encadrement réglementaire strict et une équipe de soins dentaires élargie et spécialisée ;
- le type **« Scandinave »**, basé sur un système de santé universaliste, avec une offre de soins dentaires structurée autour des centres de santé publics, dont l'équipe dentaire fonctionne sur un mode élargi et spécialisé, avec une prédominance de l'exercice salarié pour les praticiens ;
- le type **« Europe de l'Est »** en rattrapage, offrant une couverture réduite des soins dentaires, avec un encadrement moindre de l'accès aux métiers de la filière dentaire, et aux nombreuses mobilités de professionnels vers et depuis la France ;
- le type **« Europe du Sud »**, basé sur un modèle universaliste, rencontrant des difficultés de financement et d'accès aux soins dentaires, où le chirurgien-dentiste exerce le plus souvent seul et la profession d'assistant dentaire est peu encadrée, aux nombreuses mobilités vers la France ;
- le type **« Anglo-saxon »**, basé sur un modèle universaliste, caractérisé par une offre de soins dentaires peu dense et une tendance forte au regroupement des cabinets dentaires, dont les équipes de soins dentaires fonctionnent sur un mode élargi et spécialisé.

Caractéristiques des six contextes odontologiques

	Type 1 Europe de l'Ouest	Type 2 Germanique	Type 3 Scandinave	Type 4 Europe de l'Est	Type 5 Europe du Sud	Type 6 Anglo-saxon
Principaux pays concernés	France, Belgique, Luxembourg	Allemagne, Suisse, Autriche, Pays-Bas	Suède, Danemark, Norvège, Finlande	Roumanie, Pologne, Hongrie, Bulgarie…	Italie, Espagne, Grèce, Portugal…	Royaume-Uni, Irlande
Système de santé	Assurantiel	Assurantiel, mixte	Universaliste	Assurantiel	Universaliste	Universaliste
Couverture des soins dentaires	Couverture étendue (ensemble de la pop.), reste à charge faible	Couverture étendue (ensemble de la pop.), reste à charge faible	Couverture étendue (notamment enfants), reste à charge modéré	Couverture plutôt réduite, reste à charge élevé	Couverture réduite, reste à charge élevé	Couverture étendue (ensemble de la pop.), reste à charge faible
Offre de soins dentaires	Plutôt peu dense	Plutôt dense	Plutôt dense	Plutôt dense	Très dense	Peu dense
Mobilités vers la France	Nombreuses	Peu nombreuses	Peu nombreuses	Nombreuses	Nombreuses	Peu nombreuses
Exercice libéral	Largement majoritaire	Quasi-exclusif	Plutôt minoritaire	Largement majoritaire	Largement majoritaire	Majoritaire
Taille de l'équipe dentaire	Binôme	Élargie	Plutôt élargie	Binôme	Plutôt chirurgien-dentiste seul	Élargie
Diversité des métiers de l'équipe dentaire	Peu spécialisée (2 métiers)	Spécialisée (3 à 5 métiers)	Spécialisée (3 à 5 métiers)	Spécialisation modérée (2 à 3 métiers)	Spécialisation modérée (2 à 3 métiers)	Très spécialisée (5 métiers)
Accès au métier d'assistant dentaire	Conditions plutôt strictes	Conditions très strictes	Conditions très strictes	Conditions variables	Conditions peu strictes	Conditions très strictes
Principaux intérêts de la comparaison approfondie avec l'équipe dentaire française	Mobilités des diplômés de médecine dentaire vers la France : comprendre leur vision de l'odontologie Contexte proche de la France : stratégie/ évolutions envisagées	Cabinets de grande taille Équipes élargies, managées Spécialisation des fonctions et des activités de l'assistant dentaire	Équipes élargies Spécialisation des fonctions et des activités de l'assistant dentaire Nombreux praticiens salariés Système de santé particulièrement efficient	Mobilités des diplômés de médecine dentaire vers la France : comprendre leur vision de l'odontologie	Mobilités des diplômés de médecine dentaire vers la France : comprendre leur vision de l'odontologie Accessibilité de la profession d'assistant dentaire	Forte tendance au regroupement des cabinets Équipes élargies, managées en structures libérales Spécialisation des fonctions et des activités de l'assistant dentaire

CABINETS ET ÉQUIPES DE SOINS DENTAIRES

Dans cette partie seront présentés les cabinets « types » rencontrés dans chaque modèle de soins dentaires européens, puis les enjeux liés au contexte d'activité dans lesquels les cabinets dentaires des six pays évoluent. Une comparaison transverse s'attachera à mettre en évidence les dynamiques communes et les spécificités de l'organisation des cabinets dentaires, ainsi que les enjeux clés d'organisation, d'emploi et de ressources humaines (RH).

CABINETS DENTAIRES TYPES DES SIX PAYS

➤ BELGIQUE

Le cabinet dentaire type belge se définit comme une organisation centrée autour du chirurgien-dentiste.

Contexte d'activité

Le contexte d'activité dans lequel évoluent les cabinets dentaires belges est, sur plusieurs aspects, comparable à la situation française :

- **deux entités** participent au financement des soins dentaires :
  - **la Mutuelle** (équivalente à la Sécurité sociale française) ;
  - **les assurances complémentaires** (équivalentes aux complémentaires françaises) ;
- **trois types de régimes** régulent l'exercice des chirurgiens-dentistes :
  - **le régime conventionné**, qui concerne en 2021 70 % des praticiens, et qui leur impose de pratiquer les tarifs décidés dans le cadre des accords dento-mutualistes ;
  - **le régime non conventionné**, qui permet aux chirurgiens-dentistes de fixer librement leurs tarifs ;
  - **le régime du tiers-payant**, où les chirurgiens-dentistes pratiquant le tiers-payant sont rémunérés aux deux tiers par la Mutuelle, le tiers restant étant à la charge du patient qui paye le « ticket modérateur » ;
- **la majorité des soins** (hors soins esthétiques et couronnes) est prise en charge **aux deux tiers par la Mutuelle**, le dernier **tiers restant à la charge du patient** afin d'éviter la surconsommation de soins.

Les soins prodigués par les hygiénistes ne sont pas encore remboursés par la Mutuelle.

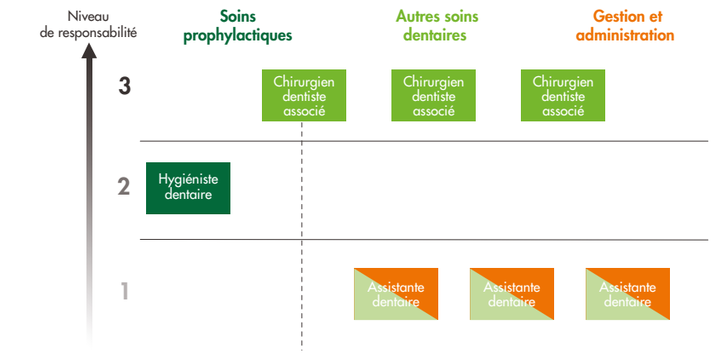
Organisation du cabinet

En Belgique, comme en France, l'organisation et la division du travail sont essentiellement articulées autour du chirurgien-dentiste dirigeant. Ainsi :

- **la quasi-totalité des chirurgiens-dentistes** travaille avec une **assistante dentaire** qui l'assiste au fauteuil et pour la réalisation des soins. **Deux configurations organisationnelles** sont possibles. Le chirurgien-dentiste travaille toujours avec la même assistante dentaire (binôme constant) ou il travaille avec l'ensemble des assistantes dentaires du cabinet, qui effectuent une rotation. **Les hygiénistes dentaires** sont, quant à eux, **plus rarement assistés** au fauteuil par une assistante dentaire ;
- il n'y a **pas de délégation d'actes,** du moins officielle, aux **assistantes dentaires**. En effet, cette pratique est strictement interdite en Belgique. En revanche, **les hygiénistes dentaires se substituent** aux chirurgiens-dentistes pour certains actes : détartrage, application topique de fluorure, éducation à l'hygiène bucco-dentaire, contrôle général, etc. ;
- en plus de leurs missions d'assistance au fauteuil et aux soins, **les assistantes dentaires** réalisent en majorité les **tâches de gestion et d'administration**, à l'exception de la paie ;
- le chirurgien-dentiste dirigeant prend en charge le management du cabinet, ainsi que la gestion des ressources humaines et le recrutement des salariés.

> “
> En Belgique, comme en France, l'organisation et la division du travail sont essentiellement articulées autour du chirurgien-dentiste dirigeant.

Organisation du cabinet dentaire de type Europe de l'Ouest



Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Cabinet dentaire type belge :
3 chirurgiens-dentistes associés.
3 assistantes dentaires pour l'assistance aux soins, les tâches de gestion et d'administration.
1 hygiéniste dentaire.

Spécificités des métiers

Les salariés des cabinets dentaires présentent des spécificités, en particulier au niveau de la réglementation de leur profession :

- la majorité du personnel exerçant dans les cabinets dentaires est embauchée en **CDI et à temps partiel**. Il s'agit en large majorité de femmes ;
- la **profession d'hygiéniste dentaire** ayant été créée en 2018, elle est pour le moment **peu répandue** au sein des cabinets. En comparaison à d'autres pays européens, **le spectre de leurs missions** est encore **restreint** ;
- malgré **la récente création de formations initiales** préparant au métier d'assistante dentaire, il n'est **pas requis d'être diplômée** en tant qu'assistante dentaire pour exercer la profession.

Enjeux d'organisation, d'emploi et de RH

Les hygiénistes et assistantes dentaires connaissent peu d'évolutions dans leur carrière :

- le **spectre des missions des assistantes dentaires ne peut s'élargir**, la délégation d'actes leur étant strictement interdite ;
- **la valeur ajoutée** de la profession d'**hygiéniste dentaire** ne fait **pas l'unanimité** auprès de tous les chirurgiens-dentistes belges. La création de cette profession suscite encore des réticences, voire des craintes, auprès de certains d'entre eux ;
- il n'existe, à ce jour, ni spécialisation ni formation continue certifiante reconnues à destination des hygiénistes dentaires et des assistantes dentaires.

À ce jour, ni spécialisation ni formation continue certifiante reconnues à destination des hygiénistes dentaires et des assistantes dentaires.

87 % des patients dépendent d'une caisse publique,
13 % d'une caisse privée.
20 % des patients sont affiliés à une assurance complémentaire.

➤ ALLEMAGNE

Le modèle du fonctionnement du cabinet dentaire type allemand repose sur une équipe dentaire élargie offrant des voies contrôlées de spécialisation aux assistantes dentaires.

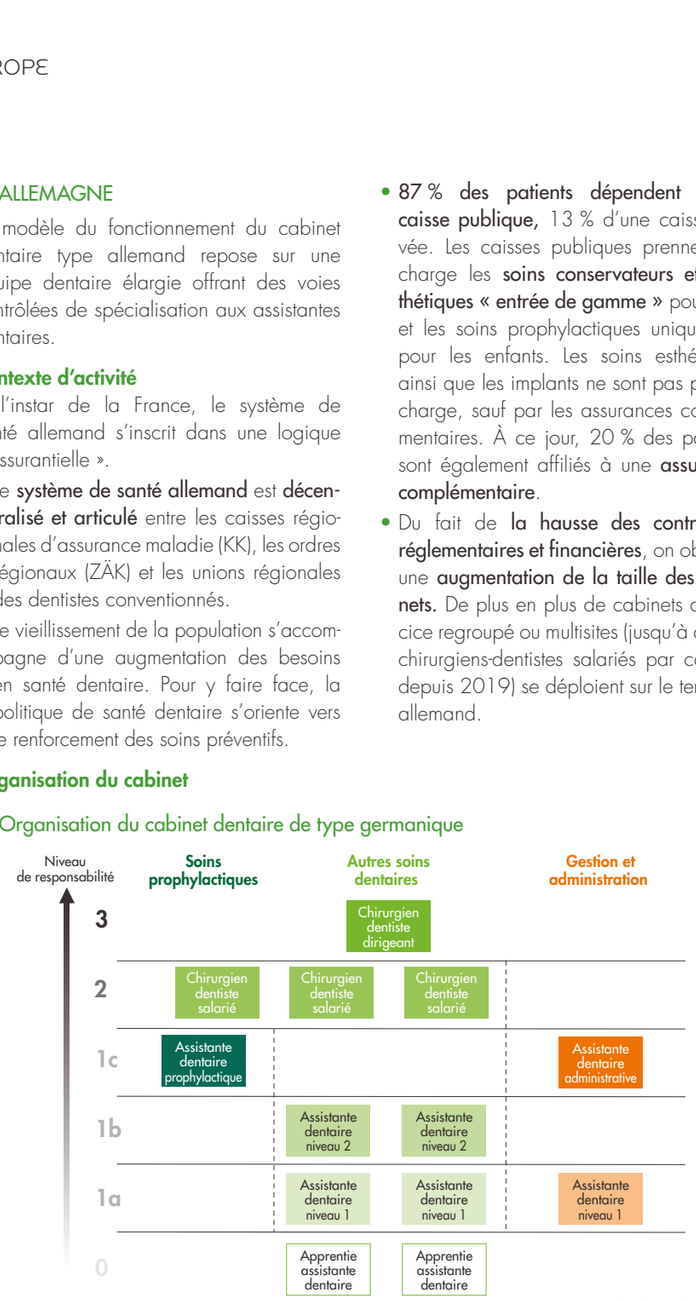
Contexte d'activité

À l'instar de la France, le système de santé allemand s'inscrit dans une logique « assurantielle ».

- Le **système de santé allemand** est **décentralisé et articulé** entre les caisses régionales d'assurance maladie (KK), les ordres régionaux (ZÄK) et les unions régionales des dentistes conventionnés.
- Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation des besoins en santé dentaire. Pour y faire face, la politique de santé dentaire s'oriente vers le renforcement des soins préventifs.
- **87 % des patients dépendent d'une caisse publique,** 13 % d'une caisse privée. Les caisses publiques prennent en charge les **soins conservateurs et prothétiques « entrée de gamme »** pour tous et les soins prophylactiques uniquement pour les enfants. Les soins esthétiques ainsi que les implants ne sont pas pris en charge, sauf par les assurances complémentaires. À ce jour, 20 % des patients sont également affiliés à une **assurance complémentaire**.
- Du fait de **la hausse des contraintes réglementaires et financières**, on observe une **augmentation de la taille des cabinets.** De plus en plus de cabinets d'exercice regroupé ou multisites (jusqu'à quatre chirurgiens-dentistes salariés par cabinet depuis 2019) se déploient sur le territoire allemand.

Organisation du cabinet

Organisation du cabinet dentaire de type germanique



Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Cabinet dentaire type allemand :
1 chirurgien-dentiste.
3 chirurgiens-dentistes salariés.
Des assistantes dentaires spécialisées sur des fonctions spécifiques (administrations de soins prophylactiques, assistances aux soins dentaires ou réalisation de tâches de gestion et d'administration).

Au sein des cabinets allemands, l'organisation du travail est structurée autour de la spécialisation des assistantes dentaires. En effet :

- **chaque chirurgien-dentiste** est accompagné **d'une assistante dentaire** dédiée au fauteuil et à la périphérie des soins, et partage un fauteuil avec un ou plusieurs autres praticiens ;
- **la délégation d'actes** s'effectue dans un **cadre bien précis.** Seuls certains actes – nettoyage professionnel, détartrage, éducation à l'hygiène dentaire – peuvent être délégués à une assistante dentaire spécifiquement formée, et ce en présence du chirurgien-dentiste, qui effectue a posteriori un contrôle de leur bonne application ;
- **la majorité des tâches de gestion et d'administration** est réalisée par **une assistante dentaire spécialisée en administration,** sauf les commandes qui peuvent être prises en charge par le chirurgien-dentiste dirigeant (dans une logique de contrôle de coûts) ;
- à l'exception de la gestion des plannings, prise en charge par l'assistante dentaire spécialisée en administration, **les missions de management** du cabinet sont du **ressort du chirurgien-dentiste dirigeant.** Dans une logique d'optimisation de l'organisation du travail, ce dernier organise et anime des **réunions d'équipe hebdomadaires ;**

Les **cabinets dentaires** collaborent fréquemment avec des **laboratoires de technique dentaire** ainsi que des **praticiens spécialisés** (chirurgie, orthodontie, etc.).

Spécificités des métiers

Le métier d'assistante dentaire en Allemagne présente quelques similitudes et de nombreuses différences avec celui exercé en France :

- **comme en France, le personnel** est quasi exclusivement **féminin** et travaille en **CDI,** à **temps complet** (par exemple 40 heures par semaine) ou à **temps partiel** (au moins à 80 % du temps de travail complet) ;
- en revanche, contrairement au modèle français, **les tâches des assistantes dentaires sont,** à un degré plus ou moins important selon la taille du cabinet, **de plus en plus spécialisées** (fauteuil et périphérie, administration, prophylaxie), même pour les moins expérimentées ;
- il existe une large diversité de parcours de formation certifiant et de spécialisation (prophylaxie, administration) offrant des perspectives d'évolutions professionnelles aux assistantes dentaires.

Enjeux d'organisation, d'emploi et de RH

Quatre enjeux structurant l'organisation des cabinets dentaires allemands se distinguent :

- la définition des **périmètres d'activités des assistantes dentaires** au sein d'une équipe élargie et la **gestion de la rotation des équipes** ;
- le métier **d'assistante dentaire** pâtit d'une **image dégradée.** En effet, la rémunération est faible et le taux de turnover élevé. Cela a pour conséquence une **hausse des difficultés de recrutement,** en particulier des apprenties assistantes dentaires ;
- **le parcours de formation initiale et continue** des assistantes dentaires est **valorisé** par les professionnels. En revanche, des **difficultés** à penser et structurer l'évolution professionnelle une fois le grade d'assistante dentaire spécialisée atteint subsistent.

➤ DANEMARK

L'organisation du cabinet dentaire type danois se caractérise par sa dimension horizontale, favorisée par la délégation et substitution d'actes.

Contexte d'activité

Le système de santé danois se caractérise par une dualité entre les secteurs privé et public :

- les mineurs, personnes âgées et personnes en situation de handicap sont pris en charge gratuitement et dépendent du système public. *A contrario*, les adultes et personnes en situation de précarité sont soignés dans le secteur privé ;

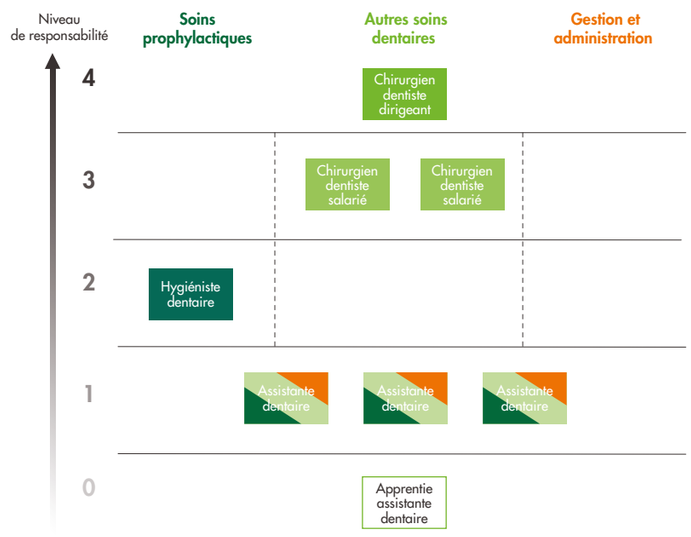
- à l'exception des actes rémunérés par la commune (à destination de personnes en situation de précarité) dont les tarifs sont encadrés, **les praticiens** exerçant dans le secteur privé peuvent **fixer librement leurs tarifs.** Par conséquent, il est possible que leur montant soit **négocié par les patients** ;
- dans le secteur privé, **les tarifs sont élevés** comparativement à ceux pratiqués en France. Par exemple, au Danemark, le coût d'une dévitalisation s'élève à 800 €. Néanmoins, on observe, de la part de la population, une **acceptation générale** des tarifs des soins dentaires.

Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes dirigeants ne **peuvent légalement posséder plus de deux cabinets dentaires**. Cette impossibilité provient de la volonté **d'empêcher la concentration** des cabinets dentaires.

Le nombre de dentistes est inégalement réparti sur le territoire : alors que dans les **zones rurales la densité dentaire est faible**, les **centres urbains** se caractérisent par une **concurrence vive** entre les praticiens.

Organisation du cabinet

Organisation du cabinet dentaire de type scandinave



Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Cabinet dentaire type danois :
1 chirurgien-dentiste dirigeant.
2 chirurgiens-dentistes salariés.
1 hygiéniste dentaire.
3 assistantes dentaires pour des soins prophylactiques, l'assistance aux soins, les tâches de gestion et d'administration.

> L'organisation est horizontale et repose sur la délégation et la substitution d'actes. L'équipe dentaire dispose de responsabilités élargies et exerce fréquemment à temps partiel.

L'organisation est horizontale et repose sur la délégation et substitution d'actes :

- **les hygiénistes dentaires** travaillent **seuls**, tandis que les **chirurgiens-dentistes** sont **toujours assistés** par la même assistante dentaire, au fauteuil et en périphérie des soins ;
- **les assistantes dentaires** et les **hygiénistes dentaires** réalisent des **actes médicaux** qui leur sont **délégués** par les chirurgiens-dentistes. La délégation d'actes s'effectue toujours dans un cadre précis. Les actes délégués sont définis *ex-ante* par des protocoles, réalisés en présence du chirurgien-dentiste compétent et contrôlés *ex-post* par ce dernier. Les **assistantes dentaires** se voient déléguer les actes liés aux **radiographies**, aux **détartrages** et à **l'établissement de diagnostics douleur.** Les **hygiénistes dentaires** réalisent quelques **soins de dentisterie, notamment** les caries non invasives, l'extraction et le blanchiment des dents, etc. En revanche, pour l'administration des **soins prophylactiques, l'hygiéniste dentaire se substitue** au chirurgien-dentiste ;
- le management est **horizontal**, l'organisation structurée autour du travail de chacun de ses membres. Des **réunions d'équipe** sont organisées de façon hebdomadaire ou mensuelle afin d'échanger sur l'organisation du travail, la gestion des plannings, la division des tâches, etc.

Par ailleurs, les tâches de gestion et d'administration sont effectuées par les assistantes dentaires, en particulier les plus expérimentées. La comptabilité est externalisée.

Les cabinets dentaires **collaborent** également fréquemment avec des **laboratoires de technique dentaire** et des **praticiens spécialisés,** notamment en chirurgie maxillo-faciale.

Spécificités des métiers

L'équipe dentaire dispose de responsabilités élargies et exerce fréquemment à temps partiel :

- **le personnel** exerçant au sein des cabinets dentaires est majoritairement **féminin** et travaille à **temps partiel.** En effet, au Danemark, **l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle** étant recherché, les salariés travaillent souvent à temps partiel ;
- **les hygiénistes dentaires** ont la possibilité de **s'installer à leur compte et/ou d'ouvrir un cabinet,** mais ce phénomène reste largement minoritaire.

De plus, les compétences requises pour travailler dans le secteur **public ou privé** sont **spécifiques** à chaque domaine. De ce fait, en découle un **enjeu de spécialisation** du personnel dentaire.

Enjeux d'organisation, d'emploi et de RH

L'attractivité et la fidélisation de la main-d'œuvre sont des enjeux RH structurant l'organisation des cabinets dentaires danois :

- l'accès des **assistantes dentaires** à la **formation continue** est plébiscité par les chirurgiens-dentistes qui y voient un levier pour **fidéliser** la main-d'œuvre et la patientèle ainsi que pour **favoriser la délégation d'actes ;**
- pour autant, les cabinets dentaires rencontrent quelques **difficultés de recrutement** du personnel dentaire, en particulier dans les **zones rurales** ;
- il n'existe **pas de passerelle** entre le métier d'assistante dentaire et celui d'hygiéniste dentaire : les assistantes dentaires connaissent donc **une évolution de carrière** *via* la **mobilité** entre cabinets ou la **délégation d'actes.**

➤ ROUMANIE

Le cabinet dentaire type roumain se caractérise par des équipes dentaires encore en structuration et marquées par un turnover élevé.

Contexte d'activité

Le système de santé roumain est libéralisé et soumis à des logiques de marché :

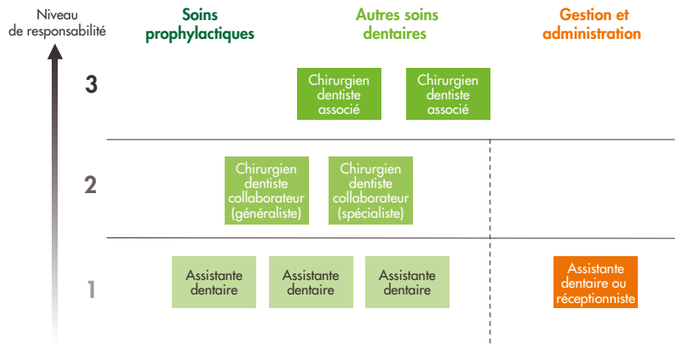
- depuis la chute du régime communiste en 1991, le système de santé roumain s'est libéralisé et les filières de soins dentaires ont été privatisées ;
- le nombre et la taille des cabinets dentaires progressent rapidement, exacerbant la concurrence qui est accentuée par l'essor des chaînes de cliniques dentaires ;
- du fait de l'absence de remboursement des soins dentaires par la Sécurité sociale et de la rare affiliation des patients à des complémentaires santés, les **soins dentaires** sont

dans la plupart des cas **entièrement à leur charge.** Les **populations les moins aisées renoncent** fréquemment aux soins ;

- **les praticiens** peuvent **fixer librement** leurs tarifs. Il est fréquent que les patients en **négocient** les montants ;
- les cabinets dentaires roumains sont plutôt **spécialisés** et soignent plus ou moins occasionnellement une **patientèle venue de l'étranger.**

Organisation du cabinet

Organisation du cabinet dentaire de type Europe de l'Est



Source : Quadratétudes, 2021.

Clé de lecture
Cabinet dentaire type roumain :
2 chirurgiens-dentistes associés.
1 chirurgien-dentiste collaborateur (souvent spécialiste).
1 chirurgien-dentiste salarié (souvent généraliste).
3 assistantes dentaires pour l'assistance aux soins.
1 assistante dentaire ou
1 réceptionniste pour les tâches de gestion et d'administration.

À l'instar de la France, les cabinets sont organisés autour du chirurgien-dentiste dirigeant :

- la quasi-totalité des **chirurgiens-dentistes** travaille avec **une assistante dentaire** qui l'assiste au fauteuil et pour la réalisation des soins. Dans la majorité des cabinets dentaires, les assistantes dentaires travaillent en rotation (pas de binôme attitré). Des praticiens spécialisés exercent fréquemment dans les cabinets dentaires, à temps partiel ou complet ;
- il n'y a **pas de délégation d'actes** aux assistantes dentaires. Cette pratique est formellement interdite. Il n'y a que **très peu d'interactions directes** entre les assistantes dentaires et le patient pendant le soin ;
- les tâches de **gestion et d'administration** sont réalisées par une **assistante dentaire et/ou par une réceptionniste.** À l'exception de la paie qui est gérée par le chirurgien-dentiste dirigeant ou, s'il y en a un, par le responsable de cabinet. La comptabilité est externalisée auprès de cabinets comptables ;
- **le management du cabinet** et des équipes est du ressort du chirurgien-dentiste dirigeant.

Par ailleurs, **les partenaires** fréquents des cabinets dentaires sont les cabinets de radiologie ainsi que les **laboratoires dentaires** pour la fabrication de couronnes, implants, prothèses et empreintes.

Spécificités des métiers

Le métier d'assistante dentaire est féminin et encore peu reconnu :

- les emplois d'assistantes dentaires sont quasi exclusivement occupés par des femmes embauchées en **CDI** et à **temps plein** (par exemple quarante heures par semaine) ;
- il n'y a **pas de formation spécifique au métier d'assistante dentaire** mais uniquement une formation généraliste aux soins infirmiers. De ce fait, au moment de leur prise de poste, un **long temps de formation** est nécessaire ;
- il n'existe **pas de voies de spécialisation** pour les assistantes dentaires. Elles ne connaissent que **peu de changements** dans leurs missions et leurs perspectives d'évolution de carrière sont limitées.

Enjeux d'organisation, d'emploi et de RH

La fidélisation des assistantes dentaires représente un enjeu RH majeur pour les cabinets dentaires :

- le **taux de turnover est très élevé** chez les assistantes dentaires. Les chirurgiens-dentistes rencontrent des difficultés à fidéliser ce personnel à la formation généraliste qui préfère travailler à l'hôpital public (dans d'autres filières de soins) ou en Europe de l'Ouest, où les salaires sont plus élevés ;
- **le salaire** est, par conséquent, le principal (voire le seul) **levier d'attractivité et de fidélisation** des assistantes dentaires.

➤ ITALIE

Les cabinets dentaires types italiens reposent sur des équipes resserrées et sont soumis à de fortes contraintes économiques.

Contexte d'activité

Le système de santé italien se caractérise par une faible prise en charge des soins dentaires et par des cabinets dentaires aux équipes resserrées :

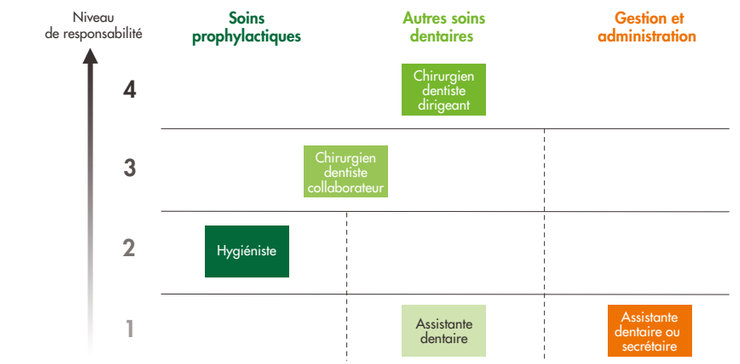
- 70 % des cabinets se composent d'un seul chirurgien-dentiste titulaire ;
- les soins dentaires relèvent principalement du **système privé** (85 % des soins dentaires sont administrés dans ce secteur) ;
- le **renoncement aux soins** est un phénomène loin d'être anecdotique : 11 % des patients renoncent à se faire soigner, faute de moyens financiers suffisants ;
- le **nombre de patients affiliés à une mutuelle** progresse, mais **peu de cabinets dentaires** (27 %) **pratiquent le tiers-payant,** principalement du fait des niveaux de prise en charge trop faibles (–20 % en moyenne) et de l'impact sur la gestion interne (charge administrative conséquente, interférence avec l'autonomie du diagnostic, etc.) ;
- les **soins conservateurs, endodontiques et prothétiques** sont les soins les plus fréquemment dispensés car, faute de prise en charge, les patients tardent à consulter.

> Le système de santé italien se caractérise par une faible prise en charge des soins dentaires et par des cabinets dentaires aux équipes resserrées.

11 % des patients renoncent à se faire soigner.

Organisation du cabinet

Organisation du cabinet dentaire de type Europe du Sud



Source : Quadratétudes, 2021.

Clé de lecture
Le cabinet dentaire type italien :
1 chirurgien-dentiste dirigeant.
1 chirurgien-dentiste collaborateur
1 hygiéniste dentaire.
1 assistante dentaire pour l'assistance aux soins.
1 assistante dentaire ou
1 secrétaire pour les tâches de gestion et d'administration.

En 2021, un parcours de formation certifiant préparant au métier d'assistante dentaire a été créé.

L'organisation des cabinets dentaires italiens présente de nombreuses similitudes avec celle des cabinets français (à l'exception de la profession d'hygiéniste dentaire qui n'existe pas dans l'Hexagone) :

- le cabinet dentaire « type » se compose de deux chirurgiens-dentistes, d'un hygiéniste dentaire, de deux assistantes dentaires et d'une secrétaire. Chaque chirurgien-dentiste est **assisté par une assistante dentaire,** toujours la même (binôme constant), dédiée au fauteuil et à la périphérie des soins ;
- il n'y a **pas de délégation d'actes aux assistantes dentaires.** Les **hygiénistes dentaires,** quant à eux, **se substituent** au chirurgien-dentiste pour les actes de nettoyage professionnel, détartrage, éducation à l'hygiène dentaire, etc. ;
- les missions de **gestion et d'administration** sont effectuées par une **assistante dentaire** dédiée à la réalisation de ces tâches ou par **une secrétaire.** La **gestion des commandes** peut parfois être du ressort du **chirurgien-dentiste dirigeant,** ce dernier souhaitant contrôler les coûts et dépenses du cabinet ;
- à l'exception de la gestion des plannings, menée par une assistante dentaire dédiée ou par la secrétaire, les **missions relatives au management** du cabinet et des équipes sont du ressort du **chirurgien-dentiste dirigeant ;**
- les cabinets dentaires travaillent en étroite **collaboration** avec les l**aboratoires de technique dentaire**.

Spécificités des métiers

Les missions exercées par les assistantes dentaires sont proches de la situation française, avec un enjeu de mise en conformité avec la nouvelle obligation légale de formation :

- **la polyvalence** est, pour une assistante dentaire, la **compétence la plus recherchée** par les chirurgiens-dentistes ;
- **en 2021,** un **parcours de formation certifiant** préparant au métier d'assistante dentaire a été créé. Depuis cette date, les assistantes dentaires sont **obligées de suivre cette formation** si elles souhaitent exercer cette profession.

Par ailleurs, des **praticiens spécialisés** (en chirurgie, orthodontie, etc.) interviennent plus ou moins fréquemment dans les cabinets dentaires en tant que **chirurgiens-dentistes collaborateurs.**

Enjeux d'organisation, d'emploi et de RH

Les enjeux d'image des métiers et les contraintes économiques impactent l'ensemble des métiers des cabinets dentaires :

- **les jeunes chirurgiens-dentistes s'installent peu à leur compte.** Ils interviennent majoritairement ès qualités de chirurgiens-dentistes collaborateurs au sein de cabinets déjà existants (78 % des moins de trente-six ans) et préfèrent l'exercice regroupé ;
- **la profession d'assistante dentaire** est **faiblement valorisée.** Leurs perspectives d'évolution professionnelle et salariale sont limitées ;
- **la reconversion professionnelle** des **assistantes dentaires** vers le métier **d'hygiéniste dentaire** est de plus en plus fréquente mais difficile du fait de l'absence de passerelles métiers directes.

➤ ROYAUME-UNI

Les cabinets dentaires type du Royaume-Uni reposent, déjà depuis longtemps, sur des équipes élargies et offrent de nombreuses passerelles et possibilités d'évolution à leurs salariés.

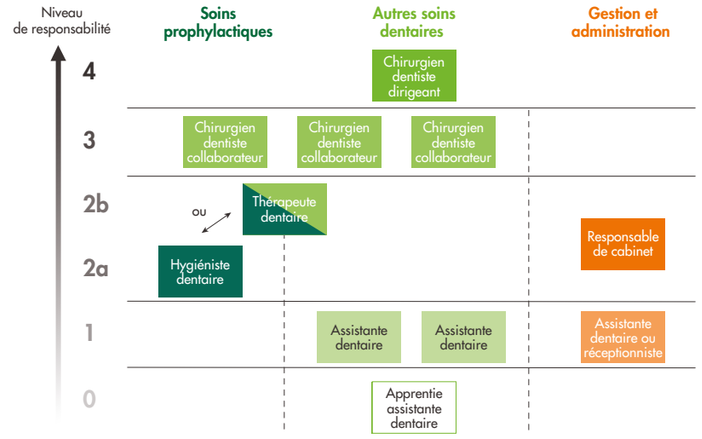
Contexte d'activité

À l'instar du Danemark, au Royaume-Uni, le système de santé est décliné entre les secteurs public et privé :

- **trois types de cabinets coexistent :** les **cabinets NHS** (National Health Service), qui ne délivrent que des soins financés dans le cadre du NHS (dits soins NHS), les **cabinets mixtes,** qui dispensent à la fois des soins NHS et des soins privés, et les **cabinets privés,** dans lesquels uniquement des soins privés sont administrés aux patients ;
- à l'exception d'un certain public, exempté de paiement des soins NHS, les patients ne sont **remboursés** du montant des soins dentaires que s'**ils ont souscrit à une assurance privée.** En général, ces dernières couvrent 100 % des soins NHS et 80 % des soins privés ;
- dans le cadre des **soins NHS**, les patients payent un **forfait**, et ce quel que soit le nombre d'actes réalisés ;
- les **soins privés** sont **tarifés à l'acte** et leur montant **librement fixé** par les praticiens ;
- depuis quelques années, **une tendance à la concentration du marché** des cabinets dentaires, qu'ils soient mixtes ou privés, est observée. En effet, par cela, les chirurgiens-dentistes cherchent à **réaliser des économies d'échelle.**

Organisation du cabinet

Organisation du cabinet dentaire de type anglo-saxon



Source : Quadrat-études, 2021.

L'organisation est structurée autour d'une équipe élargie et de missions déléguées voire substituées :

- chaque chirurgien-dentiste travaille avec une assistante dentaire, en binôme constant ou en rotation. En revanche, les hygiénistes dentaires et thérapeutes dentaires travaillent généralement seuls ;
- **la délégation d'actes** s'effectue dans un cadre bien précis et uniquement aux **assistantes dentaires** qui ont suivi une **formation certifiante associée** (prise de clichés radiographiques, application

Clé de lecture
Le cabinet dentaire type du Royaume-Uni :
1 chirurgien-dentiste dirigeant
3 chirurgiens-dentistes collaborateurs.
1 thérapeute dentaire ou
1 hygiéniste dentaire pour les soins prophylactiques et dentaires.
2 assistantes dentaires pour l'assistance aux soins.
1 responsable de cabinet pour les tâches de gestion et d'administration assisté d'1 assistante dentaire ou 1 réceptionniste.

topique de fluorure, etc.). Pour la réalisation des **soins prophylactiques,** les **hygiénistes dentaires et thérapeutes dentaires se substituent** au chirurgien-dentiste. Le **thérapeute dentaire se substitue** également à ce dernier pour les obturations, les remplacements de couronnes, les extractions de dents de lait, etc. ;

- les **tâches de gestion et d'administration** sont réalisées par les **assistantes dentaires et/ou par les réceptionnistes**, sauf la paie et la comptabilité, qui sont externalisées auprès de cabinets comptables ;
- le management du cabinet et la gestion des ressources humaines sont du ressort du chirurgien-dentiste dirigeant et/ou du responsable du cabinet. Ce dernier assure également la rotation des équipes et des binômes.
- Par ailleurs, les **cabinets dentaires** collaborent régulièrement avec des **laboratoires dentaires** pour la fabrication de couronnes, implants, prothèses, etc.

Spécificités des métiers

Le personnel dentaire soignant – assistante dentaire, hygiéniste dentaire et thérapeute dentaire – présente des caractéristiques communes :

- il est quasi exclusivement féminin ;
- le spectre de leurs missions s'élargit d'années en années, la politique de santé du Royaume-Uni s'orientant vers une hausse de la substitution et délégation d'actes.
- Par ailleurs, environ 70 % des hygiénistes et thérapeutes exercent à leur compte.

Enjeux d'organisation, d'emploi et de RH

La formation constitue un réel accélérateur de carrière :

- les assistantes dentaires, hygiénistes dentaires et thérapeutes dentaires ont des **perspectives d'évolution de carrière et/ou de spécialisation**, *via* notamment l'accès à la formation **continue certifiante**. Ce sont d'ailleurs des **facteurs d'attractivité** de ces professions ;
- les hygiénistes et thérapeutes dentaires suivent régulièrement des formations continues afin **d'élargir le spectre de leurs missions,** de **maintenir leur employabilité** et de **garantir leur légitimité au sein des cabinets.**

➤ CLINIQUES DENTAIRES

Le modèle des cliniques dentaires se retrouve dans plusieurs pays, à savoir en Allemagne, Italie, Roumanie et au Danemark. Ces organisations sont gérées essentiellement selon une logique de rationalisation des coûts.

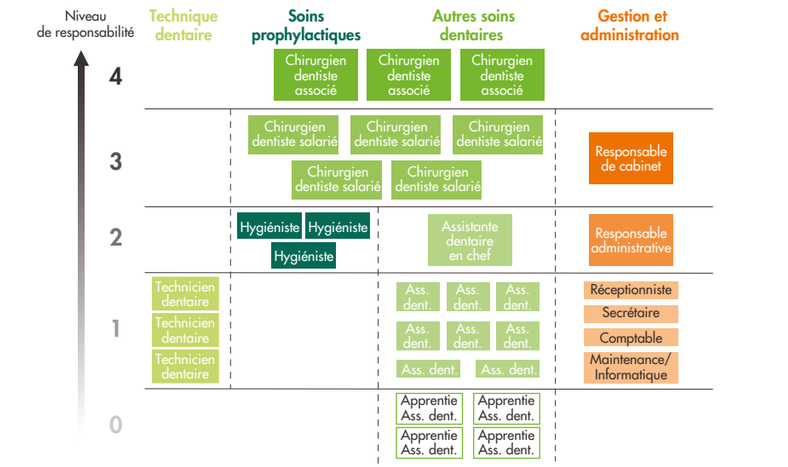
Contexte d'activité

Les cliniques dentaires fonctionnent selon un modèle économique similaire à celui d'une entreprise « standard ». Ce modèle se développe rapidement dans la plupart des pays étudiés :

- **elles** sont implantées dans des **grands centres urbains.** Depuis une quinzaine d'années, elles connaissent une forte croissance et **gagnent en parts de marché** ;
- **l'offre de soins dentaires** proposée y est **plus large** et les **tarifs y sont plus bas** qu'en cabinet individuel. En effet, les cliniques dentaires peuvent signer des **accords avec des complémentaires santé** qui leur permettent de pratiquer des tarifs avantageux ;
- elles sont soumises à une logique de rentabilité financière et de gestion d'entreprise. Des apports élevés en capitaux ainsi que la réalisation de nombreux investissements et de dépenses en marketing et publicité sont indispensables à leur bon fonctionnement.

Organisation du cabinet

Organisation type d'une clinique dentaire



Source : Quadrat-études, 2021.

L'organisation y est fondée sur la division et rotation du travail de ses membres :

- les **plages d'ouverture** sont **plus grandes** qu'en cabinet individuel ;
- une **distinction précise** entre les **tâches d'administration** et **les tâches de soins** est établie. Les **assistantes dentaires sont spécialisées** dans l'assistance aux soins, les tâches administratives étant effectuées par le personnel non dentaire ;
- de nombreux chirurgiens-dentistes salariés et assistantes dentaires y travaillent et effectuent une rotation entre eux ;
- les tâches de management sont du ressort du responsable de la clinique ou des chirurgiens-dentistes associés ;
- les **missions normalement externalisées** auprès des laboratoires prothétiques et cabinets de radiographie sont **effectuées en interne.**

Enjeux d'organisation, d'emploi et de RH

La verticalité poussée de l'organisation a pour conséquence de nombreux enjeux de gestion des ressources humaines et un turnover élevé :

- le poste de **responsable de clinique** est **indispensable** au bon fonctionnement de ce type d'organisation. En effet, c'est lui qui prend en charge la gestion de la patientèle, des plannings et des tâches administratives ;
- les **chirurgiens-dentistes** sont **moins autonomes** dans l'exercice de leurs missions qu'en cabinet individuel ;
- les chirurgiens-dentistes et assistantes dentaires, qui ne se connaissent pas toujours, peuvent rencontrer plus de difficultés à collaborer.

Clé de lecture
La clinique dentaire type (Allemagne, Italie, Roumanie et Danemark) repose sur une équipe élargie :
3 chirurgiens-dentistes associés ;
5 chirurgiens-dentistes salariés ;
3 hygiénistes dentaires pour les soins prophylactiques ;
≈ 10 d'assistantes dentaires pour les missions d'assistance aux soins, managées par une assistante dentaire en chef ;
1 responsable administratif assisté par plusieurs professionnels – réceptionniste, secrétaire, comptable, informaticien – pour les tâches de gestion et d'administration.
1 responsable du cabinet pour le management du cabinet et l'encadrement du personnel de support ;
3 techniciens dentaires pour la technique dentaire (prothèse dentaire) qui est souvent internalisée.

COMPARAISON DES ORGANISATIONS

➤ CONTEXTE DES SOINS DENTAIRES

Enjeux de santé dentaire croissants

À l'instar de la France, les évolutions démographiques représentent un défi majeur dans les six pays étudiés, en particulier le vieillissement de la population et des professionnels :

- **vieillissement des patients :** la demande de soins dentaires augmente et de nouveaux besoins de santé dentaire émergent, liés au caractère multi-dimensionnel et chronique des pathologies. Dans ce contexte, il devient nécessaire d'imaginer de nouveaux modes de prise en charge (par exemple l'intervention dans les EHPAD…) ;
- **vieillissement des chirurgiens-dentistes** et du **personnel** des cabinets dentaires : le principal enjeu émergent est celui d'assurer les reprises-transmissions de cabinets, ce qui nécessite parfois de repousser les départs à la retraite. En parallèle, le vieillissement du personnel engendre une problématique de renouvellement du personnel salarié.

> *« L'un des enjeux, c'est de se rendre en maison de retraite afin de soigner les patients et de former le personnel qui y exerce. »*
>
> *Assistante dentaire, 33 ans d'expérience (Allemagne)*

> *« Les dentistes ont vraiment du mal à trouver un repreneur quand ils partent à la retraite, surtout en province. »*
>
> *Chirurgien-dentiste salarié, 27 ans d'expérience (Danemark)*

> *« Les dentistes ont vraiment du mal à trouver un repreneur quand ils partent à la retraite, surtout en province. »*
>
> *Chirurgien-dentiste salarié, 27 ans d'expérience (Danemark)*

De même, une **fracture marquée** est observée dans l'ensemble des pays étudiés entre **zones urbaines et rurales.** En effet, dans les grandes villes, l'accès aux soins est généralement facilité par une offre de soins dense source de concurrence entre les cabinets (notamment sur les aspects de fidélisation de la patientèle et des salariés, l'offre tarifaire…).

> *« Il y a beaucoup de concurrence en Roumanie, surtout dans les grandes villes, comme Cluj par exemple. On dit qu'il y a autant de cabinets dentaires que d'églises en Roumanie… Vous savez combien il y a d'églises ? »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 25 ans d'expérience (Roumanie)*

À l'inverse, dans les zones rurales, la faible densité de l'offre de soins se traduit par une patientèle élargie pour les cabinets dentaires. En parallèle, la dynamique de mobilité des personnels (chirurgiens-dentistes comme salariés) vers la ville accroît les difficultés de transmission du cabinet et de renouvellement des effectifs.

> *« Le principal problème au Danemark, c'est la faible densité dentaire, en particulier dans les zones rurales où le recrutement est très difficile. Cela rend difficile le départ à la retraite pour les dentistes en activité. »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 25 ans d'expérience (Danemark)*

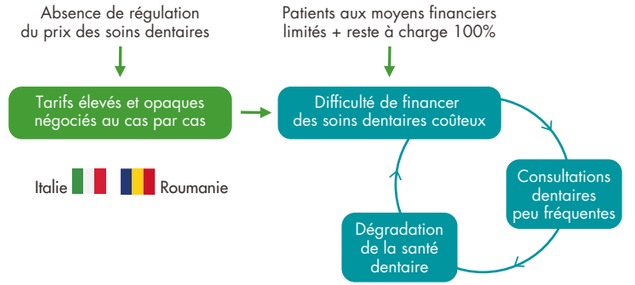
Conditions de l'accès aux soins dentaires

Le **système de santé national** constitue la pierre angulaire de la santé dentaire dans l'ensemble des pays concernés. Il régule le coût des soins dentaires, définit les différents niveaux de prise en charge, ainsi que les modalités de conventionnement des chirurgiens-dentistes.

La **régulation et la prise en charge des soins dentaires** sont cependant hétérogènes selon les pays étudiés, avec des implications fortes sur l'accès aux soins et le niveau de santé dentaire. Trois modèles de régulation des soins dentaires peuvent être distingués :

- en Roumanie et en Italie, les soins dentaires constituent un « angle mort » de la politique de santé. Ils sont caractérisés par une absence de régulation et une prise en charge très réduite voire nulle des soins ;

Systèmes de santé à faible régulation et santé dentaire

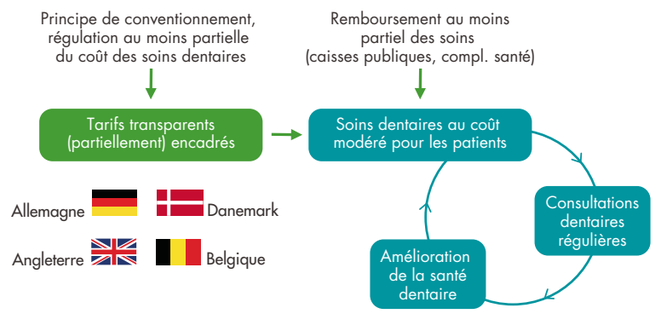


Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Impacts d'un système de santé public à faible régulation sur la santé dentaire, les cas roumain et italien.

- au Royaume-Uni et au Danemark le système de santé fonctionne selon un modèle universaliste fortement régulé, structuré de manière duale entre un système de santé public (NHS) proposant des soins gratuits aux enfants et aux publics prioritaires (personnes en situation de handicap, bénéficiaires de minima sociaux…), et un système privé destiné aux adultes où les soins ne sont pas remboursés ;
- en Belgique et en Allemagne, le système de santé fortement régulé est similaire au modèle français, et repose sur une articulation entre des caisses publiques d'assurance maladie offrant une prise en charge modérée des soins dentaires, et des complémentaires santé.

Systèmes de santé fortement régulés et santé dentaire



Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Impacts d'un système de santé public fortement régulé sur la santé dentaire, les cas allemand, danois, belge et du Royaume-Uni.

Enfin, comme en France, les **complémentaires santé** occupent une position centrale dans le système de santé au Royaume-Uni et en Belgique. Elles jouent également un rôle croissant en Allemagne, dans un contexte de stagnation des niveaux de prise en charge des soins par les caisses d'assurance maladie publiques et privées.

Impact du coût des soins sur l'activité dentaire

Les pays de la **moitié nord de l'Europe** (modèles scandinave, germanique et

> Les pays de la moitié nord de l'Europe se distinguent par une politique de santé dentaire orientée vers la prévention. À l'inverse, dans les autres pays, les soins curatifs dominent l'activité des cabinets.

anglo-saxon) se distinguent par une politique de santé dentaire orientée vers la **prévention** : les consultations de contrôle et soins prophylactiques y sont privilégiés.

Ainsi, au Danemark, chaque citoyen est considéré « responsable » de sa santé dentaire. Si les soins prophylactiques sont peu onéreux (un nettoyage professionnel coûte moins de 1 % du salaire mensuel moyen) et encouragés *via* une prise en charge pour les mineurs, les autres soins (conservateurs, chirurgicaux, prothétiques) sont très coûteux et entièrement à la charge des patients adultes.

À l'inverse, dans les **autres pays** (modèles Europe du Sud, de l'Est et occidentale), les **soins curatifs** dominent l'activité des cabinets. Ces actes sont plus coûteux et engendrent un reste à charge souvent important pour les patients, notamment dans les pays à faible régulation où les tarifs sont fixés librement par les praticiens (Italie, Roumanie). La situation tend à évoluer en Belgique et en Italie à la suite de la réorientation progressive des politiques de santé vers les soins dentaires de prévention, et de l'introduction du métier d'hygiéniste dentaire pour réaliser ces prises en charge.

Coût des principaux dentaires en euros

	Belgique	Allemagne	Danemark	Roumanie	Italie	Royaume-Uni
Salaire mensuel net moyen	2 100 €	2 500 €	3 700 €	850 €	2 200 €	3 600 €
Consultation dentaire	23 €*	Gratuit	30 €	25 €	70 €	28 € (NHS)/ 90 € (privé)
Nettoyage professionnel (y compris le détartrage)	58 €	80-140 €	35 €	45 €	90 €	28 €/120 €
Obturation (% du salaire moyen)	65 € (3 %)	65 € (3 %)	230 € (5 %)	45 € (5 %)	130 € (6 %)	75 € (2 %)/ 210 € (6 %)
Dévitalisation	90-220 €	200-1 000 €	215-800 €	100-250 €	250-450 €	80 €/ 300-1 100 €
Couronne dentaire	390-620 €	300-1 200 €	750-1 100 €	60-400 €	300-800 €	330 €/ 300-1 350 €
Implant dentaire	1 800-1 950 €	1 000-3 000 €	850-2 400 €	100-600 €	450-1 200 €	330 €/ 1 300-3 000 €

Sources : OCDE, Eurostat, 2020.

* NB : concernant les consultations dentaires en Belgique, ce tarif est appliqué aux chirurgiens-dentistes conventionnés (70 % des praticiens en janvier 2021).

Contexte économique de plus en plus contraint

Dans l'ensemble des six pays, les dirigeants de cabinets dentaires libéraux sont exclusivement des chirurgiens-dentistes, seuls ou associés.

L'association au sein d'un **cabinet d'exercice regroupé** est fréquente, en particulier pour les nouvelles créations de cabinets. Elle permet de mutualiser les investissements (notamment l'achat des locaux, des fauteuils, des appareils de radiographie…), signalés comme de plus en plus onéreux par les chirurgiens-dentistes dirigeants rencontrés, et de partager les coûts de structure, en particulier les frais de personnel, mais aussi le loyer ou encore les charges.

En effet, l'investissement nécessaire à l'ouverture d'un cabinet est particulièrement élevé dans les pays où l'équipe est élargie : de l'ordre de 500 000 £ (580 000,00 €) au Royaume-Uni, et 600 000 € en Allemagne. Les frais de personnel représentent la plus grande part des dépenses (par exemple, 40 % en Allemagne, source : Kassenzahnärtzliche Bundesvereinigung, 2020).

« Les dentistes gagnent moins qu'avant, […], ils doivent faire attention aux coûts, notamment aux coûts salariaux et aux charges de fonctionnement. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 15 ans d'expérience (Allemagne)

Par ailleurs, la propension à s'associer est encore plus prononcée dans les pays où les praticiens dépendent des plafonds de prise en charge fixés par les organismes publics (Royaume-Uni, Belgique, Allemagne), alors que les contraintes sur les politiques publiques de santé sont de plus en plus fortes.

« Il est de plus en plus fréquent qu'au Royaume-Uni, un ou plusieurs dentistes possèdent plusieurs cabinets dentaires. En effet, si ces cabinets dentaires proposent des soins financés dans le cadre du NHS, leur budget est plus limité. Du coup, pour réaliser des économies d'échelle, notamment pour l'achat du matériel, les associés achètent plusieurs cabinets. »

Chirurgien-dentiste collaborateur, 2 ans d'expérience (Royaume-Uni)

Dans ce contexte, un **nouveau modèle de cabinet dentaire** essaime à travers l'Europe : le centre de santé dentaire ou **clinique dentaire**. Ce type de cabinet se caractérise par une taille importante et une organisation fréquente en réseau permettant des économies d'échelle, notamment sur les frais de matériel et par le biais d'accords avec les complémentaires santé. La gestion de ces cliniques dentaires se fonde sur une stricte rationalisation des coûts et des temps, avec un objectif affiché de forte lucrativité, impliquant souvent des financeurs extérieurs (banques, fonds d'investissement…).

« La problématique en ce moment, c'est l'essor des chaînes de cliniques dentaires. Le problème c'est qu'elles cassent les prix et font du travail de moindre qualité. Mais elles gagnent beaucoup de parts de marché. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 25 ans d'expérience (Roumanie)

➤ ORGANISATION DES CABINETS DENTAIRES

Équipes plus étoffées qu'en France

Les équipes dentaires des pays étudiés sont **plutôt élargies** en comparaison de la France, où les cabinets dentaires comptent trois emplois équivalents temps plein (ETP) en moyenne (source : Étude prospective OMPL, 2020). Ainsi, les équipes représentent trois à quatre ETP en Italie, soit cinq personnes physiques en moyenne, et peuvent compter jusqu'à 10 à 15 ETP, pour 15 personnes physiques, en Allemagne et au Royaume-Uni.

Cette situation est le résultat d'une **évolution graduelle** depuis les années 1990, où l'organisation en binôme entre un chirurgien-dentiste et une assistante dentaire constituait alors le modèle le plus répandu. La taille des cabinets dentaires s'est accrue en particulier du fait de l'augmentation des capacités de financement et d'investissement (notamment en Roumanie, Allemagne, Danemark), et en raison de l'essor de l'exercice regroupé (Italie, Royaume-Uni).

« Les cabinets dentaires sont des organisations de plus en plus spécialisées. Au cours des trente dernières années, on a

assisté à une augmentation de la taille des cabinets. »

Assistante dentaire (représentante professionnelle), 33 ans d'expérience (Allemagne)

Les cabinets dentaires comptent aujourd'hui **quatre chirurgiens-dentistes** en moyenne, parmi lesquels un dirigeant ou bien deux à trois associés, auxquels s'ajoutent généralement un à trois praticiens supplémentaires :

- soit avec le statut de « collaborateurs » indépendants. Il s'agit le plus souvent de praticiens spécialisés en orthodontie, pédodontie, chirurgie orale maxillo-faciale…, intervenant à temps partiel ;

« Nous sommes deux associés : mon associé est orthodontiste et je suis dentiste généraliste, mais je délivre également des soins en endodontie et en implantologie. Nous avons trois collaborateurs, qui travaillent 20 heures par semaine : un dentiste généraliste, un parodontiste et un chirurgien maxillo-facial. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 11 ans d'expérience (Roumanie)

- soit avec le statut salarié. Il s'agit alors notamment de jeunes professionnels généralistes souhaitant s'affranchir des contraintes de gestion d'entreprise imposées par l'exercice libéral, ou bien acquérir l'expérience nécessaire pour ouvrir leur propre cabinet dentaire à moyen terme.

Concernant les **autres professionnels des soins dentaires,** les équipes sont non seulement plus étoffées mais aussi plus diversifiées qu'en France :

- en effet, les cabinets fonctionnent généralement sur le modèle d'au moins une assistante dentaire (profils quasi exclusivement féminins) pour chaque chirurgien-dentiste, ce chiffre pouvant être largement supérieur au sein des équipes fonctionnant sur un modèle de forte spécialisation (jusqu'à deux ou trois en Allemagne) ;
- par ailleurs, les métiers spécialisés des soins prophylactiques sont diffusés dans la quasi-totalité des pays étudiés hormis la Roumanie. Les cabinets dentaires y emploient souvent un ou une hygiéniste dentaire, et/ou une assistante dentaire spécialisée dans les soins prophylactiques.

Enfin, les cabinets dentaires comptent une à deux salariées spécialisées dans les **fonctions administratives.** Dans la majorité des pays, il s'agit d'une assistante dentaire généraliste dédiée à ces missions, plus rarement une réceptionniste ou secrétaire généraliste, non issue de la filière de soins dentaires. Les plus grands cabinets où le volume d'activité administrative et de coordination est important (notamment en Allemagne ou au Royaume-Uni) peuvent employer une responsable de cabinet.

Optimisation des temps d'activité

Les enjeux économiques et de santé dentaire impactent les **plages d'ouverture** des cabinets.

Ainsi, les cabinets de petite à moyenne taille (Belgique, Italie, Danemark, Roumanie) sont généralement ouverts moins de huit heures par jour et comptent une seule équipe présente en permanence, avec parfois davantage de fauteuils de soins que de chirurgiens-dentistes.

« Je gagne plus d'argent quand je ne suis pas obligé de ranger derrière, j'ai 5 salles de soins et je saute de salle en salle, de patient en patient, avec tout déjà préparé : piqûres, matériaux… »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 10 ans d'expérience (Allemagne)

À l'inverse, les plus grands cabinets, en particulier au Royaume-Uni et en Allemagne urbaine, connaissent des périodes d'ouverture prolongées de l'ordre de 10 à 12 heures quotidiennes en moyenne. Ils fonctionnent sur un modèle de rotation des équipes et des chirurgiens-dentistes sur un nombre inférieur de fauteuils au nombre total de chirurgiens-dentistes.

> *« Les jeunes [chirurgiens-dentistes] veulent s'installer en ville, ou à défaut faire leurs armes en tant que salariés. »*
>
> *Chirurgienne-dentiste dirigeante, 6 ans d'expérience (Danemark)*

Par ailleurs, dans l'ensemble des pays étudiés, les contraintes économiques des cabinets dentaires se traduisent par une organisation des soins fondée sur une philosophie de **maximisation du temps productif du chirurgien-dentiste** sur des missions à forte valeur ajoutée. Ce principe cardinal confère à l'assistante dentaire un **rôle indispensable** dans l'organisation des soins dentaires :

- en périphérie du fauteuil : comme en France, les assistantes dentaires assurent l'ensemble des tâches préparatoires et consécutives aux prises en charge (préparation des matériels, matériaux, salles, hygiène et asepsie des locaux et instruments) ;
- au fauteuil : comme en France, les assistantes dentaires assistent le chirurgien-dentiste au cours de la prise en charge (aspiration, instruments…), souvent sur le modèle de binôme fixe. En outre, cette exigence d'efficience au fauteuil se traduit dans la quasi-totalité des pays par de la **délégation d'actes** (cf. ci-après).

« Il est considéré inacceptable de travailler sans une assistante dentaire. »

Chirurgienne-dentiste collaboratrice, 6 ans d'expérience (Royaume-Uni)

L'efficience du binôme chirurgien-dentiste/assistante dentaire, et de la répartition des missions entre les membres de l'équipe, est donc stratégique pour l'organisation des cabinets dentaires en France comme dans l'ensemble des pays étudiés.

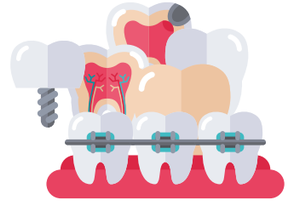
« Il est impossible de faire un soin dans de bonnes conditions si des instruments manquent. Il est donc impératif de livrer les tâches préparatoires dans les temps pour ne pas désorganiser les autres et les mettre en retard. »

Assistante dentaire, 1 an d'expérience (Danemark)

Enfin, cette exigence d'efficience se traduit par **l'externalisation systématique de certaines activités** ne faisant pas directement partie du champ d'intervention des chirurgiens-dentistes et de l'équipe dentaire, et donc par un écosystème de partenaires : réseau de praticiens spécialistes (orthodontie, chirurgie orale, pédodontie…), technique dentaire (laboratoires externes), et pour la Roumanie également des cabinets de radiologie. Ces activités peuvent être internalisées dans les plus grands cabinets, où les besoins élevés permettent d'employer un salarié spécialisé à plein temps.

Délégation d'actes largement diffusée

Le Conseil européen des chirurgiens-dentistes distingue deux modalités d'organisation des soins dentaires, **la délégation d'actes et la substitution d'actes,** dans lesquels certains ne sont pas réalisés par les chirurgiens-dentistes mais par d'autres professionnels des soins dentaires.



Cadre de la délégation et substitution d'actes en Europe

	Délégation		Substitution	
Cadre réglementaire	Restreinte au personnel dentaire habilité Réalisation d'actes dentaires préalablement indiqués par le chirurgien-dentiste, en remplacement de celui-ci… … en sa présence, sous son contrôle (pendant/a posteriori)		Restreinte au personnel dentaire habilité Substitution au chirurgien-dentiste pour la pose d'un diagnostic et la réalisation de soins dentaires… … de manière autonome	
Pays concernés	Allemagne, Italie, Belgique, Royaume-Uni, Danemark		Italie, Belgique, Royaume-Uni, Danemark (Au Danemark, au Royaume-Uni et en Italie, l'hygiéniste peut ouvrir son propre cabinet)	
Actes réalisés selon le type de personnel concerné	Assistante dentaire habilitée • Radiographies • Actes prophylactiques non invasifs, sans anesthésie (détartrage peu profond, nettoyage professionnel, fluoration…) • Autres actes : polissage de dents, petites obturations…	Hygiéniste, thérapeute dentaire • Radiographies • Actes prophylactiques avancés (détartrage profond, blanchiment des dents) • Soins dentaires (caries invasives, extractions) • Actes d'orthodontie (retrait et pose d'appareil dentaire…) • Anesthésie locale	Assistante dentaire habilitée Pas de substitution	Hygiéniste, thérapeute dentaire • Radiographies • Contrôle général et diagnostic, plan préventif, coordination des soins parodontaux • Actes prophylactiques non invasifs, sans anesthésie • Autres actes : polissage de dents, petites obturations…

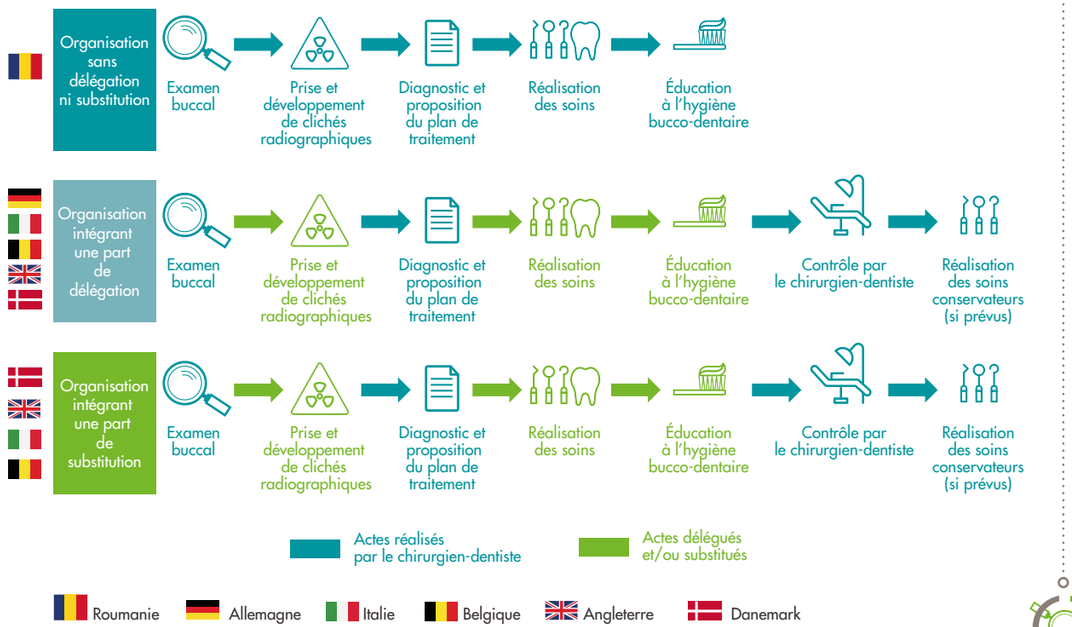
Source : Quadratétudes, 2021

Absentes en France, ces modalités d'organisation des soins dentaires sont pourtant répandues à l'échelle européenne : **cinq modèles** sur les six étudiés intègrent une part de **délégation** (Royaume-Uni, Danemark, Allemagne, Belgique, Italie), et **quatre** une part de **substitution** (Royaume-Uni, Danemark, Belgique, Italie).

Pour les deux principes, une partie bien définie de la consultation et des soins dentaires est réalisée par un membre de l'équipe dentaire spécifiquement formé. Il s'agit le plus souvent des examens radiographiques et des soins prophylactiques. La différence principale entre les deux types d'organisation réside dans le **degré d'autonomie** accordé aux professionnels : entre une présence obligatoire et un contrôle systématique a posteriori par le chirurgien-dentiste pour les actes délégués, et la pose d'un diagnostic et la réalisation d'un plan de traitement de manière autonome pour les actes substitués.

Le détail des parcours de soins dentaires types dans chacun des pays étudiés est présenté ci-dessous.

Organisation, délégation et substitution d'actes



Source : Quadratétudes, 2021.

Clé de lecture
Synthèse des organisations des soins dentaires selon l'intégration de délégation et/ou de substitution d'actes.

Dans les pays concernés, la délégation comme la substitution sont vues comme un **triple vecteur d'optimisation** de l'organisation des soins dentaires. Pour les patients, l'une et/ou l'autre permet(tent) une optimisation de **l'accès aux soins** en réduisant les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Pour les chirurgiens-dentistes, la délégation et la substitution d'actes vers d'autres professionnels des soins dentaires permettent l'optimisation du temps passé au fauteuil et la concentration sur les actes complexes et/ou à forte valeur ajoutée, augmentant la **rentabilité des actes** effectués.

« Les hygiénistes sont beaucoup moins bien payés que les dentistes et font des actes peu rentables pour les dentistes, comme les détartrages par exemple. Les dentistes ont intérêt, financièrement, à les embaucher. En plus, cela permettrait de réduire les files d'attente pour les patients. »

Hygiéniste dentaire,
1 an d'expérience (Belgique)

Enfin, la délégation et/ou la substitution d'actes sont perçues comme une pratique permettant d'**améliorer la santé dentaire** grâce à des consultations dentaires plus régulières et une meilleure fidélisation des patients, permettant à la fois d'orienter les actes vers la prévention, et le cas échéant de détecter et diagnostiquer les pathologies plus rapidement.

« J'ai beaucoup de nouveaux patients, la délégation est pour moi une nécessité. C'est mieux pour la santé des patients. Quand l'assistante dentaire peut faire des

nettoyages professionnels, j'ai moins de cas de parodontose après. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 10 ans d'expérience (Allemagne)

La délégation et la substitution ne font toutefois pas toujours l'unanimité auprès des différents acteurs, et engendrent **certains enjeux** venant nuancer le regard globalement positif porté par les professionnels :

- un enjeu de formation au niveau du personnel dentaire, en particulier les professionnels nouvellement formés à ces actes, en raison parfois d'une crainte d'être insuffisamment qualifié pour réaliser des actes délégués ;
- un enjeu de responsabilité et de management au niveau des chirurgiens-dentistes, vis-à-vis des actes effectués par d'autres professionnels, et des réserves quant à l'autonomie du personnel dentaire dans la réalisation d'actes délégués et substitués ;

« Parfois, certaines tâches déléguées aux assistantes dentaires ne sont pas faites. Par exemple, six mois après une lourde opération, il faut faire une radio au patient. L'assistante dentaire ne le fait pas toujours spontanément, c'est au dentiste de lui rappeler. »

Chirurgien-dentiste salarié, 5 ans d'expérience (Danemark)

- un enjeu d'acceptabilité et de confiance au niveau des patients qui manifeste parfois une incompréhension quant aux tarifs pratiqués par des professionnels dentaires qui ne sont pas chirurgiens-dentistes, ou bien des réserves quant à la capacité du personnel dentaire à réaliser des soins délégués ou substitués.

« Ici dans la campagne, les patients ne comprennent pas toujours le rôle de l'hygiéniste, ils le considèrent comme un dentiste au rabais et veulent absolument voir "le vrai" dentiste. Ils ne comprennent pas pourquoi ils paient le prix fort pour ce qu'ils voient comme "un faux" dentiste. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 15 ans d'expérience (Danemark)

Des tâches administratives du ressort des salariés

Dans la lignée de ce principe cardinal d'optimisation, la majorité des tâches administratives et de gestion sont prises en charge par **un ou plusieurs salariés de l'équipe dentaire**, qu'il s'agisse d'une assistante dentaire dédiée ou de personnel spécialisé (réceptionniste, responsable de cabinet dans les plus grands cabinets et les cliniques dentaires), plutôt que par le chirurgien-dentiste lui-même. Les missions administratives, très similaires aux tâches administratives et de gestion observées dans les cabinets français, peuvent être distinguées en deux catégories :

- **les missions liées au parcours patient** : accueil physique et téléphonique, prise de rendez-vous, gestion d'agenda, documentation des soins réalisés, réalisation des devis et feuilles de soins, facturation, encaissements, lien avec les caisses d'assurance maladie et complémentaires santé ;
- **les missions liées à la gestion du cabinet** : suivi des stocks, correspondance, commandes de petit matériel, maintenance des appareils, relation fournisseurs et partenaires.

La **spécialisation** des assistantes dentaires, entre missions « au fauteuil » et missions de gestion et administration, est **croissante à mesure que la taille des cabinets augmente**. Ainsi, alors que les assistantes dentaires des six pays étudiés sont plutôt polyvalentes dans les cabinets comptant un à deux chirurgiens-dentistes (y compris en Belgique et au Danemark), elles sont de plus en plus spécialisées dans l'un ou l'autre domaine dans les cabinets qui regroupent trois praticiens ou plus.

Cette tendance à la spécialisation des fonctions découle également du renforcement ressenti des contraintes administratives et réglementaires dans les cabinets européens, parmi lesquelles les exigences de documentation des soins et les relations avec les complémentaires santé.

« Les tâches administratives prennent beaucoup de temps : mes collègues qui travaillent dans des cabinets sans secrétaire doivent gérer ces tâches pendant leur temps libre car ils n'ont pas assez de temps dans la journée. Il y a beaucoup plus de paperasse qu'avant, surtout pour les patients qui ont leur propre assurance. »

Assistante dentaire, 20 ans d'expérience (Italie)

Néanmoins, si le personnel administratif dédié est globalement chargé des tâches courantes, les **postes stratégiques de gestion** restent quant à eux sous le contrôle du **chirurgien-dentiste dirigeant,** ou bien sont délégués à un salarié expérimenté ou spécifiquement formé à la gestion de cabinet (par exemple au Royaume-Uni ou en Allemagne). Ces postes stratégiques comprennent notamment la comptabilité, la paie, l'élaboration des plannings, la gestion des ressources humaines (absences, congés, recrutements…), les commandes de matériel coûteux et le management de la qualité.

« Je fais les achats et la gestion des ressources humaines tout seul car j'ai eu de mauvaises expériences en déléguant ces tâches. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 15 ans d'expérience (Allemagne)

Les chirurgiens-dentistes salariés sont quant à eux peu impliqués dans la gestion administrative courante du cabinet.

Croissance des enjeux organisationnels

Au sein des six modèles étudiés, l'organisation du cabinet est soumise à un même enjeu : le juste équilibre entre l'impératif d'optimisation du temps des chirurgiens-dentistes, qui s'opère *via* la maximisation de l'autonomie du personnel salarié, et le nécessaire contrôle de ces activités, réalisé par le chirurgien-dentiste dirigeant en tant que chef d'entreprise juridiquement responsable.

Par ailleurs, l'augmentation de la taille des équipes dentaires engendre de nouvelles **problématiques organisationnelles,** en premier lieu la définition du **périmètre d'intervention** et la répartition des tâches entre les salariés d'un même métier, notamment les assistantes dentaires, mais aussi l'articulation de leurs missions avec celles des chirurgiens-dentistes.

« Il y a des tensions parfois sur le périmètre d'activité des différents salariés : que fait l'assistante ? L'assistante spécialisée ? Qui doit nettoyer les instruments ? Ce sont des petites querelles de hiérarchie. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 25 ans d'expérience (Danemark)

Les équipes dentaires de plus en plus grandes sont enfin soumises à d'autres enjeux de ressources humaines, tandis que la **cohésion d'équipe** est soulignée comme un des principaux facteurs explicatifs d'un fonctionnement organisationnel satisfaisant et de la fidélisation des salariés. Ces **enjeux** sont variés : gestion du turnover élevé des assistantes dentaires, intégration et formation des nouveaux salariés, gestion des rotations d'équipe et des plannings, ou encore gestion des conflits interpersonnels.

« Depuis que je suis là, j'ai déjà changé 4 fois d'assistante dentaire. Cela pose problème, car l'entente avec l'assistante dentaire est primordiale pour bien travailler. »

Chirurgien-dentiste collaborateur, 3 ans d'expérience (Italie)

« Il y a beaucoup de femmes au cabinet, il faut gérer leur temps de travail et leurs contraintes familiales. La gestion du turnover dans le cabinet est un enjeu. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 35 ans d'expérience (Allemagne)

« Il y a un coach qui vient une fois par mois dans le cabinet pour nous aider à résoudre les problèmes organisationnels, comme la rotation entre les assistantes dentaires et les chirurgiens-dentistes par exemple. »

Assistante dentaire, 13 ans d'expérience (Allemagne)

Nécessité de formaliser les modes de management

Dans les pays où les équipes dentaires fonctionnent depuis longtemps sur un mode élargi (Allemagne, Royaume-Uni), la réponse principale à ces problématiques réside dans la **formalisation de l'organisation** et notamment :

- de la **communication** grâce à l'instauration de réunions d'équipe régulières ;
- des **processus** *via* l'élaboration de documentation interne et protocoles ;
- des **lignes hiérarchiques** par l'introduction d'une ligne de management intermédiaire dans les grands cabinets (assistante dentaire en chef au Royaume-Uni, responsable administratif, responsable de cabinet).

À cet égard, seul le modèle scandinave représente une exception culturelle. Dans les cabinets danois, les relations de travail sont moins marquées hiérarchiquement entre les différentes fonctions (chirurgien-dentiste, hygiéniste, assistante dentaire) et se caractérisent par un management d'équipe traditionnellement plus horizontal.

Trois modes de fonctionnement organisationnel peuvent être caractérisés au sein des cabinets dentaires européens :

- le **mode « organique »,** observé en Belgique, en Italie et en Roumanie est défini par une équipe de taille plutôt réduite et des salariés polyvalents. L'organisation et le management y sont relativement informels et centrés autour de la figure du chirurgien-dentiste dirigeant ;

« La communication n'est pas structurée, le reporting pas formel. »

Hygiéniste dentaire, 1 an d'expérience (Belgique)

- le **mode « horizontal »,** spécifique au Danemark se distingue par une équipe dentaire élargie et polyvalente. L'organisation y est plutôt informelle et le management est fondé sur l'initiative collective ;

« Au Danemark, il n'y a pas de hiérarchie franche, je ne suis pas "au-dessus" de mes équipes. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 25 ans d'expérience (Danemark)

- le **mode « vertical spécialisé »** est caractéristique du Royaume-Uni et de l'Allemagne, dont les équipes dentaires sont élargies et spécialisées. L'organisation (communication, processus…) y est formalisée et se caractérise par la présence de strates hiérarchiques intermédiaires.

« On fait un point d'équipe tous les soirs et une réunion hebdomadaire où on discute des sujets sérieux. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 15 ans d'expérience (Allemagne)

SYNTHÈSE : TENDANCES ORGANISATIONNELLES

➤ DYNAMIQUES TRANSVERSES AUX SIX PAYS

L'analyse de l'organisation des cabinets « types » de six pays européens a permis de mettre en lumière des dynamiques transverses :

- **renforcement de l'exercice regroupé** (Allemagne, Royaume-Uni…) dans un contexte économique où les **investissements** sont de plus en plus coûteux, les **revenus plus contraints** (phénomène renforcé dans les pays où les tarifs des soins dentaires sont régulés et les dépenses publiques contrôlées) et la **concurrence plus vive** (chaînes de cliniques dentaires…), l'exercice regroupé constitue une réponse privilégiée permettant notamment la **mutualisation des coûts** ;
- **augmentation de la taille des équipes dentaires** dans la majorité des pays, le cabinet se limitant au binôme constitué d'un chirurgien-dentiste et d'une assistante dentaire semble être un modèle révolu. L'introduction de **nouveaux métiers** (hygiéniste dentaire, responsable de cabinet) et la **spécialisation des fonctions** (assistante dentaire spécialisée dans l'assistance au fauteuil ou en prophylaxie, assistante dentaire spécialisée en administration/secrétaire, etc.) découlent de cette tendance ;
- **diffusion du recours à la délégation d'actes** et dans une moindre mesure à la substitution. La délégation et la substitution d'actes sont perçues comme des leviers permettant aux chirurgiens-dentistes de se recentrer sur les activités à forte valeur ajoutée, aux patients d'accéder plus rapidement aux soins (en particulier les soins prophylactiques), aux personnels dentaires (notamment les assistantes dentaires) de connaître une évolution professionnelle.

Ces trois tendances de fond communes aux six modèles européens étudiés sont à l'origine de **trois principaux enjeux organisationnels :**

- **articulation** entre les différents métiers et de coordination des activités dans une équipe élargie ;
- **recrutement et gestion du turnover ;**
- **formation des équipes dentaires** dans le cadre des soins dentaires (délégation…) comme sur le volet de gestion (management…).

➤ SPÉCIFICITÉS MÉTIERS PROPRES À CHAQUE PAYS

Au-delà de ces caractéristiques communes, les cabinets dentaires « types » de chaque pays sont marqués par des **spécificités**, tant en termes de taille que de métiers représentés et d'activités réalisées. Ces spécificités sont à l'origine d'une **double variabilité** :

- variabilité du contour des métiers de chaque membre de l'équipe dentaire ;
- variabilité de l'articulation des tâches selon les métiers.

L'étude de cette variabilité est nécessaire pour mettre en évidence les forces et faiblesses de chaque organisation, et les enjeux liés aux métiers et à la gestion des ressources humaines, en particulier ceux où la délégation d'actes est fréquente.

L'analyse des parcours professionnels des salariés doit également permettre d'identifier les dynamiques communes, les trajectoires, et les leviers de fidélisation du personnel dentaire.

> L'organisation des cabinets « types » de six pays européens met en lumière des dynamiques transverses :
> • renforcement de l'exercice regroupé ;
> • augmentation de la taille des équipes dentaires ;
> • diffusion du recours à la délégation d'actes.

Organisation des soins dentaires et des cabinets dentaires

	France	Belgique	Allemagne	Danemark
Degré de régulation et niveau de prise en charge des soins	Régulation des tarifs et prise en charge des soins	Régulation des tarifs et prise en charge des soins	Régulation des tarifs et prise en charge des soins	Public : régulation des tarifs, Privé : absence de régulation → pas de prise en charge des soins
Orientation des politiques de santé	Curative	Curative	Préventive	Préventive
Coûts des principaux soins dentaires	• Détartrage : 29 € • Obturation : 27-61 € • Implant : 280-1 465 €	• Détartrage : 58 € • Obturation : 65 € • Implant : 1 800-1 950 €	• Détartrage : 80-140 € • Obturation : 65 € • Implant : 1 000-3 000 €	• Détartrage : 35 € • Obturation : 230 € • Implant : 850-2 400 €
Type de cabinets dentaires	En majorité : individuel	Individuel et exercice regroupé	Individuel et exercice regroupé	Individuel et exercice regroupé
Taille des équipes dentaires	1 chirurgien-dentiste (CD), 1 assistante dentaire (AD) et/ou 1 aide dentaire	3 CD, 2 AD, (1 HD)	3 CD, 10 AD	3 CD, 3 AD, 1 HD
Plage d'ouverture des cabinets dentaires	5 jours (9 h/j)	5 à 6 jours (9 h/j)	5 jours (8 à 12 h/j)	4 à 5 jours (8 h/j)
Cadre de la délégation et substitution d'actes	AD : pas de délégation Pas d'hygiéniste dentaire (HD)	AD : pas de délégation HD : délégation et substitution	AD : délégation mais pas de substitution Pas d'HD	AD : délégation mais pas de substitution HD : délégation et substitution
Prise en charge des tâches admin. et de gestion	AD polyvalente ou aide dentaire et CD dirigeant	AD polyvalente et CD dirigeant	AD spé. en admin. et CD dirigeant	AD polyvalente et CD dirigeant
Modes de management	Organique, informel	Organique, informel	Vertical, formel	Horizontal, plutôt informel

	Roumanie	Italie	Royaume-Uni
Degré de régulation et niveau de prise en charge des soins	Absence de régulation et de prise en charge des soins	Absence de régulation et de prise en charge des soins	NHS : régulation des tarifs, privé : absence de régulation → pas de prise en charge des soins
Orientation des politiques de santé	Curative	Curative	Préventive
Coûts des principaux soins dentaires	• Détartrage : 45 € • Obturation : 45 € • Implant : 100-600 €	• Détartrage : 90 € • Obturation : 130 € • Implant : 450-1 200 €	• Détartrage : 28 € / 120 € • Obturation : 75 € / 210 € • Implant : 330 € / 1 300-3 000 €
Type de cabinets dentaires	Individuel et exercice regroupé	En majorité : individuel	En majorité : exercice regroupé
Taille des équipes dentaires	3 CD, 3 AD (1 resp. de cabinet dans les plus grands cabinets)	2 CD, 2 AD, 1 HD	4 CD, 3 AD, 1 HD, 1 réceptionniste, 1 resp. de cabinet
Plage d'ouverture des cabinets dentaires	5 à 6 jours (9 à 10 h/j)	3 jours (10 h/j)	5 à 6 jours (9 h/j)
Cadre de la délégation et substitution d'actes	AD : pas de délégation Pas d'HD	AD : pas de délégation HD : délégation et substitution	AD : délégation mais pas de substitution HD : délégation et substitution
Prise en charge des tâches admin. et de gestion	AD polyvalente ou réceptionniste et CD dirigeant	AD polyvalente ou secrétaire et CD dirigeant	AD polyvalente ou réceptionniste, resp. de cabinet et CD dirigeant
Modes de management	Organique, informel	Organique, informel	Vertical, formel

Clé de lecture :
Coûts des principaux soins dentaires :
• France, Belgique et Allemagne, tarifs appliqués par les dentistes conventionnés ;
• Royaume-Uni, les premiers tarifs sont pratiqués dans le cadre du NHS, les deuxièmes sont les tarifs moyens fixés par les praticiens dans le secteur privé ;
• Danemark, Italie et Roumanie, tarifs moyens librement fixés par les praticiens.

LES SALARIÉS DES CABINETS DENTAIRES

Dans cette partie sont présentés les éléments transverses européens et les spécificités des trois métiers les plus représentés au sein des cabinets dentaires des six pays étudiés : les assistantes dentaires, les hygiénistes dentaires et les fonctions administratives et de support.

ASSISTANTE DENTAIRE

L'assistante dentaire apparaît, dans l'ensemble des pays étudiés, comme un métier indispensable et stratégique.

➤ MISSIONS DES ASSISTANTES DENTAIRES

L'analyse des six modèles de cabinets dentaires permet d'identifier des **activités « socle »** traditionnellement rattachées au périmètre d'intervention de l'assistante dentaire :

- **au fauteuil,** installation des patients, assistance des soins (aspiration, instruments…), développement de radiographies ;
- **en périphérie des soins,** préparation des matériels et matériaux, de la salle de soins, stérilisation, suivi des stocks et commandes, gestion de la relation avec les partenaires, maintenance des appareils ;
- **au niveau administratif,** accueil des patients, gestion des rendez-vous, tenue des dossiers patients, établissement des devis, encaissements, relations avec les complémentaires santé, gestion de la correspondance du cabinet, comptabilité courante.

D'autres activités peuvent être réalisées par les assistantes dentaires sous réserve de formation reconnue, au fauteuil sous la forme d'actes délégués en Allemagne, au Royaume-Uni et au Danemark (cf. ci-après), en périphérie des soins *via* le management de la qualité en Allemagne, Roumanie et Belgique, ainsi qu'au niveau administratif (gestion de la paie, définition des plannings d'équipe, communication…).

La **délégation d'actes** est perçue comme fonctionnelle voire indispensable par les chirurgiens-dentistes des pays concernés, selon le principe organisationnel fondamental d'optimisation de la rentabilité et du temps.

> *« Les assistantes dentaires peuvent suivre des formations spécialisées pour prendre des radios. Ces formations sont bien, elles permettent de faire gagner du temps au dentiste. »*
>
> *Chirurgienne-dentiste dirigeante, 36 ans d'expérience (Royaume-Uni)*

Néanmoins, le facteur clé du succès de la délégation d'actes aux assistantes dentaires dans les pays concernés réside dans la **précision de l'organisation des soins** dentaires et le travail fondamental de **prescription** et de **contrôle** exercé par les chirurgiens-dentistes.

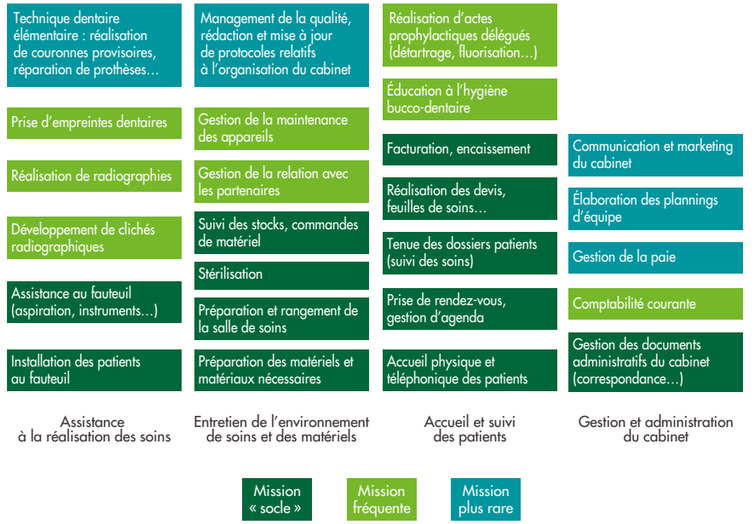
Pour les assistantes dentaires, la délégation d'actes ciblés est vue comme un **vecteur de reconnaissance.** En effet, la réalisation d'actes délégués, soumise à une formation réglementée, permet une progression salariale à court terme, valorise la dimension « santé » du métier, et ouvre des possibilités d'évolution professionnelle et de spécialisation à moyen terme.

> *« J'ai travaillé jusqu'en 2007 en exerçant des fonctions de réception. Puis j'ai suivi une formation non diplômante à la prophylaxie. Depuis, je suis assistante dentaire spécialisée prophylaxie. C'est la meilleure chose qui pouvait m'arriver. »*
>
> *Assistante dentaire, 31 ans d'expérience (Allemagne)*

Les actes délégués sous condition de formation comprennent généralement : la réalisation de radiographies, le détartrage sub-gingival peu profond (< 3 à 4 mm), le polissage d'obturations, la pose et le retrait d'obturations provisoires, la réalisation de couronnes et bridges provisoires, la prise d'empreintes dentaires, l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire (cause des pathologies, informations santé dentaire et nutrition, gestes appropriés), le blanchiment des dents, et la fluoration locale.

> *« Dans les petites villes, il est impossible de travailler sans assistante dentaire. Elles reçoivent 30 patients par jour. […] Mais il y a toujours un contrôle par le chirurgien-dentiste de ce qu'elles font. Ce dernier voit d'abord les patients, réalise les soins nécessaires en préparatoire, puis les envoie à l'assistante dentaire qui réalise les détartrages par exemple. Enfin, le chirurgien-dentiste contrôle que les soins ont été bien réalisés. »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 10 ans d'expérience (Allemagne)*

Missions des assistantes dentaires des six pays étudiés



Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Missions des assistantes dentaires dans les six pays étudiés, selon la fréquence rencontrée. Par exemple l'installation des patients au fauteuil est une mission socle réalisée dans les six pays européens.

➤ ACCÈS AU MÉTIER DE PLUS EN PLUS RÉGLEMENTÉ

Parmi les six modèles considérés, la tendance est à une réglementation stricte des conditions d'accès au métier. La formation initiale, réglementée et obligatoire, dure au minimum deux ans et accorde une place importante à la pratique, en apprentissage (Allemagne, Danemark, Royaume-Uni) ou en stage (Roumanie).

Trois pays se distinguent par un enjeu de formation et de professionnalisation important des assistantes dentaires :

- en Italie, **introduction d'une formation obligatoire** au métier d'assistante dentaire très récente (2021), avec pour esprit une définition claire du périmètre d'intervention des professionnelles après plusieurs décennies d'imprécision. En par-

ticulier, cette évolution explicite l'absence de délégation d'actes ;

- en Roumanie, **aucun cursus spécifique de formation** au métier d'assistante dentaire n'existe. Les assistantes dentaires sont des infirmières diplômées en soins généralistes, ce qui occasionne une concurrence accrue au recrutement avec les hôpitaux et autres filières de soins, ainsi que des temps de formation et d'intégration informels très longs (2 ans) pour les chirurgiens-dentistes ;
- en Belgique, **aucune obligation de formation initiale**. Bien que des écoles existent depuis quelques années : le temps de formation et d'intégration après la prise de poste est long, ce qui conduit les chirurgiens-dentistes à axer le recrutement sur les profils caractérisés comme « de confiance » et « débrouillards ».

Dans l'ensemble des pays, le **recrutement** s'effectue le plus souvent en sortie de formation initiale ou par candidature spontanée.

➤ MÉTIER FÉMININ SOUMIS À DES ENJEUX RH STRUCTURANTS

Comme en France, le métier d'assistant dentaire est exercé **quasi exclusivement par des femmes** dans les six modèles européens étudiés. Cette féminisation très importante peut être expliquée d'une part par la féminisation historique des **métiers du *care*,** mais aussi par l'image d'un métier permettant un **équilibre satisfaisant entre vie professionnelle et vie personnelle** du fait de la flexibilité géographique (possibilités d'exercer sur l'ensemble des territoires et pas uniquement dans les grands centres urbains), du possible exercice à temps partiel, ou encore d'une gestion facilitée d'interruptions de carrière. Cette notion d'articulation avec la vie personnelle résonne particulièrement dans les pays où le taux d'activité des femmes est significativement inférieur à la situation française (Danemark, Allemagne).

Cette féminisation importante est à la source d'enjeux organisationnels liés à la gestion des congés maternité et parentaux au sein des équipes (remplacement, redistribution de la charge de travail), en particulier en Roumanie, en Allemagne et au Danemark.

En termes d'**âge et d'ancienneté**, une **fracture** est globalement constatée selon le dynamisme du bassin d'emploi :

- dans les **zones urbaines** où la densité dentaire est élevée, les assistantes dentaires sont plutôt en **première partie de carrière,** changent plus fréquemment de cabinet et engendrent une forte concurrence entre employeurs ;
- à l'inverse, dans les **zones rurales** où les opportunités de mobilité sont moindres, l'ancienneté dans les cabinets est élevée (souvent supérieure à vingt ans) et les assistantes dentaires se trouvent plutôt en **seconde partie de carrière,** tandis que les jeunes professionnelles tendent à quitter le bassin d'emploi pour se rapprocher des grandes villes.

> *« L'une des assistantes dentaires travaille au cabinet depuis 35 ans. […] Il n'y a pas de turnover au cabinet et c'est tant mieux car il serait difficile de recruter dans cette zone [rurale] du Danemark. »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 32 ans d'expérience (Danemark)*

Par conséquent, les **enjeux de ressources humaines sont différenciés** selon la localisation du cabinet : en zone urbaine, il s'agit avant tout d'enjeux de recrutement et de fidélisation des assistantes dentaires, tandis qu'en zones rurales, l'enjeu est lié à la difficulté de renouvellement d'un personnel vieillissant.

➤ FORTS ENJEUX DE RÉMUNÉRATION

Au sein des six modèles européens étudiés, le métier d'assistante dentaire se caractérise par des conditions d'emploi stables. En effet, il est exercé quasi exclusivement en **contrat à durée indéterminée** et à **temps plein** (Royaume-Uni, Italie, Roumanie, Allemagne).

Deux pays se distinguent par une forte diffusion du temps partiel : le Danemark, en raison de la valorisation de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, y compris chez les chirurgiens-dentistes, et la Belgique, en raison de la multi-activité fréquente des assistantes dentaires, soit dans un autre cabinet, soit *via* l'exercice d'une autre profession.

> *« Je travaille à temps partiel, 30 heures dans le cabinet. Le reste du temps, j'exerce en tant que coiffeuse indépendante. »*
>
> *Assistante dentaire, 2 ans d'expérience (Belgique)*

Néanmoins, dans la quasi-totalité des pays, les niveaux de rémunération sont inférieurs aux moyennes nationales : de 55 % du salaire net moyen à temps complet en Italie, à 78 % en Belgique.

La rémunération est à la source d'enjeux d'attractivité et de fidélisation des assistantes dentaires reconnus par les professionnels de tous les pays, et d'une image métier dégradée. Seul le Danemark fait exception, grâce à la forte valorisation des métiers du soin et à la relative absence de la notion de « prestige » hiérarchisant les carrières professionnelles, malgré un salaire moyen inférieur à la moyenne nationale.

Cet enjeu se révèle particulièrement important en cas d'existence d'autres emplois en compétition avec les cabinets dentaires libéraux : notamment dans le système de santé dentaire public au Royaume-Uni et au Danemark, mais aussi dans la fabrication de produits dentaires et les laboratoires médicaux en Belgique, ou encore à l'hôpital et dans d'autres filières de soins en Roumanie, voire l'étranger.

> *« On a de grosses difficultés de fidélisation des assistantes dentaires. Elles ne sont pas intéressées, elles restent un ou deux ans puis s'en vont faire un autre métier mieux payé ou s'en vont travailler à l'hôpital public où elles sont mieux payées. »*
>
> *Chirurgienne-dentiste dirigeante, 30 ans d'expérience (Roumanie)*

➤ PARCOURS PROFESSIONNELS HÉTÉROGÈNES

La majorité des pays propose des opportunités d'évolution professionnelle. Qu'elles soient formalisées ou non dans un parcours, l'existence de ces possibilités contribue souvent à augmenter la satisfaction des assistantes dentaires vis-à-vis de leur carrière.

Ainsi, dans les cabinets dentaires à l'organisation « verticale spécialisée », l'évolution professionnelle prend souvent la forme d'un parcours formalisé : l'assistante dentaire devient assistante spécialisée (généralement en prophylaxie ou administration) puis peut accéder à la qualification d'hygiéniste dentaire en Allemagne, d'assistante en chef ou de responsable de cabinet au Royaume-Uni.

En Belgique et en Italie, des opportunités d'évolution existent mais ne font pas l'objet d'un parcours explicite. Une évolution courante est celle vers le métier d'hygiéniste dentaire, moyennant une reprise d'études, malgré l'absence d'incitation formelle et des coûts de formation élevés.

Seuls deux pays ne proposent **aucune évolution professionnelle** particulière, avec des logiques différentes.

Au **Danemark**, les carrières sont cloisonnées entre le système de soins public et le système privé. La différenciation des patientèles (enfants *vs* adultes) engendre une spécialisation des équipes qui résulte de l'acquisition de compétences peu transférables, par exemple en orthodontie pour les équipes du système public. Par ailleurs, aucune passerelle n'existe entre le métier d'assistante dentaire et celui d'hygiéniste : en cause, une volonté de complémentarité entre les deux métiers et de séparation des viviers de recrutements dans un contexte

> *« Les assistantes dentaires peuvent suivre des formations additionnelles en management pour espérer devenir responsable de cabinet. Désormais, elles peuvent connaître une progression dans leur carrière. »*
>
> *Chirurgienne-dentiste dirigeante, 36 ans d'expérience (Royaume-Uni)*

> *« Je ne faisais jamais rien toute seule, je ne pouvais plus grandir. J'ai donc décidé de devenir hygiéniste dentaire, pour cela j'ai dû faire 3 ans d'études. »*
>
> *Hygiéniste dentaire (ancienne assistante dentaire), 1 an d'expérience (Belgique)*

> *« Je n'ai que des salariées [assistantes dentaires] femmes à temps partiel. J'ai gardé ma remplaçante de congé maternité même après le retour de ma salariée, justement pour que tout le monde puisse travailler moins. Elles ont des familles et des enfants à gérer. »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 35 ans d'expérience (Allemagne)*

> *« Il y a une compétition entre les dentistes dans la région de Bucarest pour le recrutement des assistantes dentaires. »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 26 ans d'expérience (Roumanie)*

« *La question s'est posée de proposer une voie de spécialisation d'assistante dentaire vers le métier d'hygiéniste dentaire. Mais finalement, elle n'a pas été créée. Il s'agit de ne pas piocher dans le même vivier de recrutement. Il n'y a donc pas de passerelle entre ces deux professions.* »

Chirurgien-dentiste dirigeant (représentant professionnel), 25 ans d'expérience (Danemark)

de pénurie de professionnels de soins dentaires, mais aussi la culture scandinave qui accorde socialement moins d'importance à une trajectoire professionnelle ascendante.

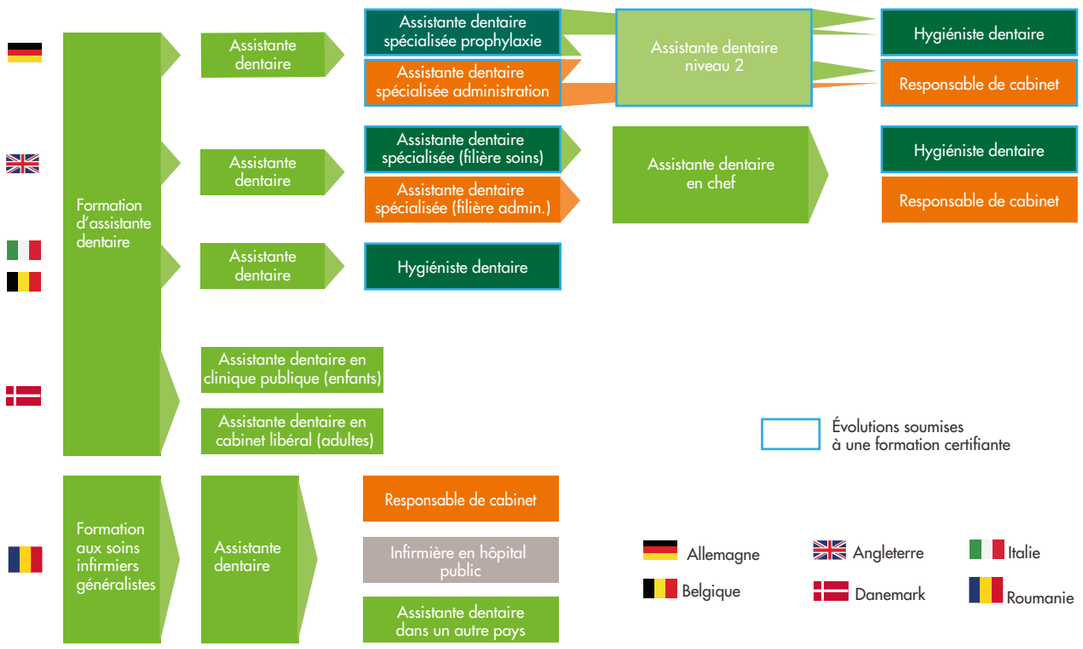
En **Roumanie**, où le potentiel d'évolution professionnelle pour les assistantes dentaires est faible, le contexte est radicalement différent. En effet, les conditions d'emploi et la rémunération ont un effet désincitatif, qui pousse les infirmières formées à la fonction d'assistante dentaire vers des emplois plus rémunérateurs : d'autres filières de soins publiques en Roumanie, ou les cabinets dentaires d'Europe de l'Ouest et du Nord.

« *Au bout de deux ans, les assistantes dentaires quittent le cabinet dans lequel elles travaillent pour aller travailler en Europe de l'Ouest, où elles sont mieux payées. Pour les fidéliser, il faudrait leur proposer des salaires plus élevés qu'à l'heure actuelle.* »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 11 ans d'expérience (Roumanie)

Le détail des trajectoires professionnelles types pour les assistantes dentaires de chaque pays est présenté ci-dessous.

Parcours professionnels types des assistantes dentaires



Source : Quadrat-études, 2021.

➤ IMAGE DU MÉTIER EN BERNE

Le métier d'assistante dentaire (AD) souffre d'une image particulièrement défavorable dans quatre des six pays européens étudiés, unanimement reconnue par les professionnels belges, allemands, roumains et italiens. Les deux causes principales sont :

- les **opportunités limitées d'évolution professionnelle,** en particulier en Belgique, Italie et Roumanie ;
- un **sentiment de manque de reconnaissance,** engendré par des niveaux de rémunération faibles et une méconnaissance par les patients, voire les autres professionnels, de l'étendue des compétences des assistantes dentaires et de leur rôle d'interface stratégique au sein du cabinet.

« *Les mentalités des dentistes n'ont pas changé : beaucoup nous prennent encore pour des femmes de ménage.* »

Assistante dentaire, 20 ans d'expérience (Italie)

Cette image métier dégradée est à l'origine de problématiques RH multiples : difficultés de recrutement croissantes au sein des cabinets dentaires, diminution du nombre de candidates en formation initiale (–0,7 % par an en moyenne dans les centres de formation allemands sur la période 1996-2020, source : Ordre des dentistes fédéral), ou encore des difficultés accrues de rétention des professionnelles.

« *Il y a un véritable enjeu de la reconnaissance du métier : on n'étudie pas 3 ans pour gagner des clopinettes. Il y a de moins en moins de personnes qui s'inscrivent en formation initiale. La manière de penser le métier doit changer, sinon les problèmes de recrutement vont fortement s'aggraver et peser sur les cabinets.* »

Assistante dentaire (représentante professionnelle), 33 ans d'expérience (Allemagne)

Face à ces problématiques, les chirurgiens-dentistes disposent de trois leviers :

- la formation continue ;
- le degré d'autonomie accordé aux assistantes dentaires dans la réalisation de leurs missions ;
- l'atmosphère « familiale » du collectif de travail.

« *L'ambiance au sein du cabinet est très importante pour que les salariés s'y sentent bien et y restent. Il faut leur faire confiance, leur donner de l'autonomie, être flexible sur les jours de congé.* »

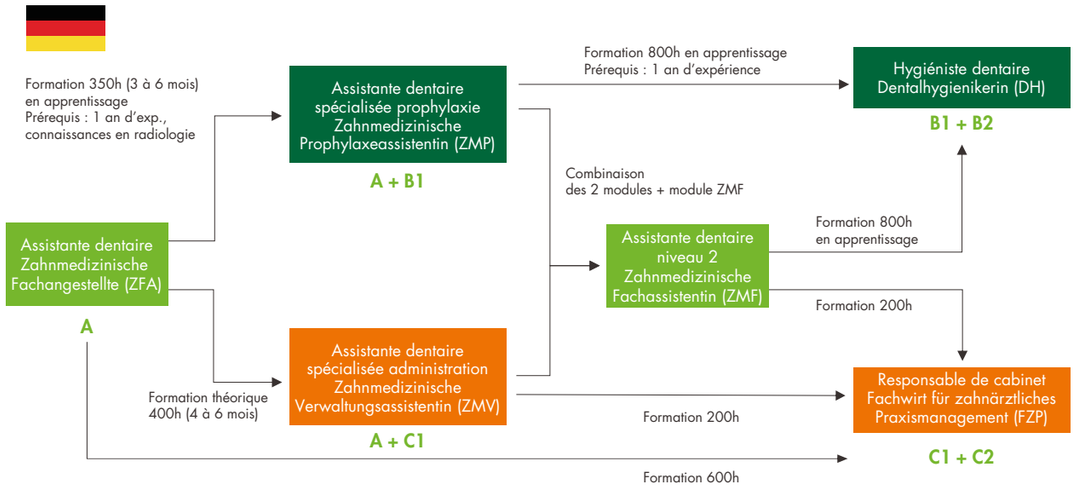
Assistante dentaire, 31 ans d'expérience (Allemagne)

Ainsi, en Allemagne, l'instauration d'un parcours d'évolution professionnelle codifié et jalonné de plusieurs niveaux de formation continue certifiante (cf. schéma ci-dessous) constitue une réponse à ces enjeux, en permettant aux assistantes dentaires de se rapprocher de fonctions spécialisées ou à responsabilité, socialement et professionnellement valorisées.

« *Dans le cabinet, soit tu es assistante dentaire, soit tu es dentiste, et je ne vais pas devenir dentiste du jour au lendemain.* »

Assistante dentaire, 2 ans d'expérience (Belgique)

Parcours d'évolution professionnelle des AD en Allemagne



A : missions « socle » de l'assistante dentaire
B1 : actes prophylactiques délégués (plan de traitement, détartrage supra-gingival, scellement de fissures, prise d'empreinte, éducation)
B2 : diagnostic, radiographie, anesthésie locale, polissage, fluoration, blanchiment, conseil individualisé
C1 : comptabilité, paie, plannings d'équipe, relations compl. santé, management qualité
C2 : supervision du management qualité, médiation, management des processus, fiches de poste, droit, dév. des compétences, formation et management du personnel

Source : Quadratétudes, données Ordre fédéral des chirurgiens-dentistes et Pfaff-Institut, 2021.

HYGIÉNISTE DENTAIRE

L'hygiéniste dentaire apparaît comme une profession dont la valeur ajoutée est inégalement perçue selon les pays.

➤ FONCTION DIFFUSÉE EN EUROPE

Contrairement à la France où ce métier n'existe pas, **cinq des six pays européens étudiés** ont défini une fonction d'hygiéniste dentaire : la Belgique, l'Allemagne, le Danemark, l'Italie, et le Royaume-Uni, pour certains introduite récemment (2018 en Belgique), ou existant de longue date (Royaume-Uni, Danemark). Ce métier est accessible *via* **une formation initiale universitaire** réglementée, hormis en Allemagne, où « hygiéniste dentaire » n'est pas un métier mais une qualification uniquement accessible *via* la formation continue certifiante pour les assistantes dentaires.

Les **voies d'accès depuis le métier d'assistante dentaire** sont hétérogènes : la passerelle est **obligatoire** en Allemagne et restreintes aux assistantes dentaires expérimentées, **favorisée** au Royaume-Uni *via* des systèmes de validation partielle des acquis de l'expérience, **possible** en Italie

moyennant une reprise d'études, et **non souhaitée** au Danemark du fait de la pénurie de professionnels de soins dentaires.

Les hygiénistes dentaires travaillent le plus souvent en **contrat à durée indéterminée** et à **temps partiel** entre **plusieurs cabinets**, en particulier en Italie, Allemagne, au Danemark et au Royaume-Uni. Plus rarement, ils peuvent être salariés à temps complet dans les cabinets de grande taille et cliniques dentaires où le volume d'activité est plus important. Enfin, l'**exercice libéral** au sein de son propre cabinet est possible dans tous les pays hormis l'Allemagne, mais reste plutôt rare, sauf au Royaume-Uni où les cabinets d'hygiénistes dentaires sont plus fréquents.

Les **profils** de ces professionnels sont plus **diversifiés** que ceux des assistantes dentaires, les professionnels masculins y sont plus présents. En termes de parcours professionnels, les effectifs sont également plus équilibrés entre les hygiénistes issus du parcours de formation initiale, et les assistantes dentaires ayant connu une évolution professionnelle *via* la formation certifiante ou une reprise d'études.

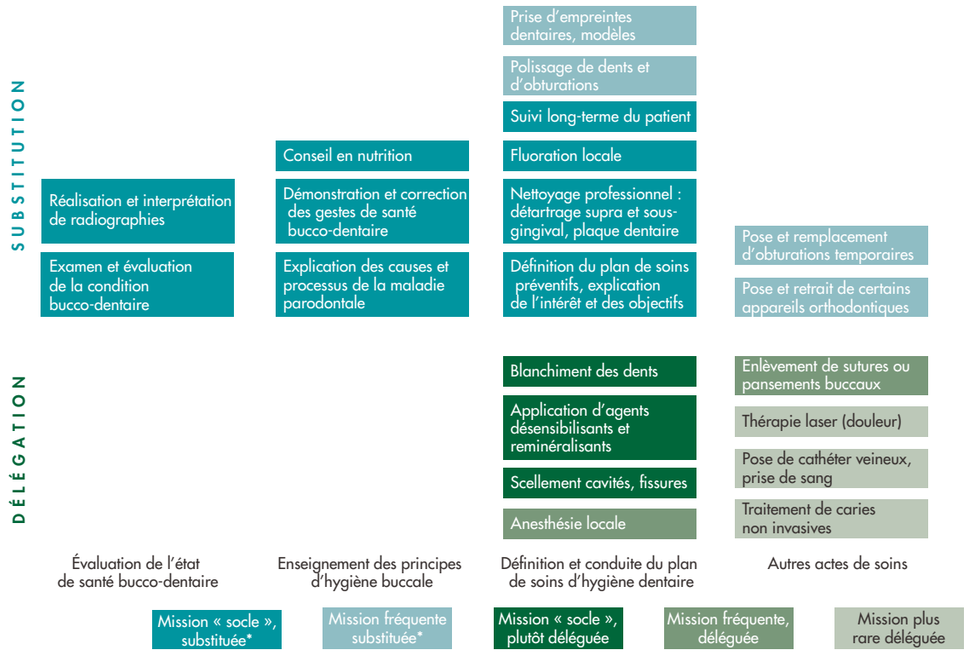
➤ ACTIVITÉS CLAIREMENT RÉGLEMENTÉES

L'hygiéniste dentaire dédie tout son temps à la prise en charge de patients et travaille le plus souvent sans assistante. Le cadre d'intervention détermine clairement le déroulement des prises en charge. Il est partagé entre :

- une part de **substitution** concernant notamment les actes préventifs et de diagnostic. Dans le cadre d'actes substitués, l'hygiéniste reçoit sa propre patientèle en toute autonomie dans sa salle de soins. À noter, en Allemagne, aucune substitution n'est possible ;
- une part de **délégation** pour des actes engageant une responsabilité importante du chirurgien-dentiste, tels que des soins plus invasifs ou nécessitant une anesthésie. Dans ce cadre, les actes réalisés sont prescrits et contrôlés par le chirurgien-dentiste.

Le détail des missions et la fréquence rencontrée au niveau européen sont présentés dans le schéma ci-après.

Missions des hygiénistes dentaires de cinq pays européens



Nota bene * : missions substituées dans tous les pays étudiés comportant un métier d'hygiéniste dentaire (Royaume-Uni, Danemark, Belgique et Italie), à l'exception de l'Allemagne, qui prévoit des activités uniquement sous format de délégation d'actes.

Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Synthèse des missions des hygiénistes dentaires de cinq pays, selon la fréquence rencontrée. Le nettoyage professionnel détartrage est une mission socle de l'hygiéniste dentaire, qui lui est substituée dans les quatre pays précédemment mentionnés (Royaume-Uni, Danemark, Belgique et Italie).

Les missions des hygiénistes dentaires européens répondent à un **objectif de complémentarité** avec celles des chirurgiens-dentistes. En effet, les hygiénistes réalisent des actes plutôt longs, d'un niveau de complexité faible, visant à préparer un terrain sain pour les traitements complexes réalisés par les chirurgiens-dentistes, en premier lieu les détartrages et nettoyages professionnels.

« Il y a une véritable complémentarité entre le dentiste et l'hygiéniste : les dentistes font le "high-tech", les hygiénistes le "low-tech". »

Hygiéniste dentaire, 17 ans d'expérience (Danemark)

Cette division du travail permet de **répondre aux contraintes croissantes d'activité** à plus d'un titre :

- en termes **d'organisation**, la complémentarité entre hygiéniste et chirurgien-dentiste permet une optimisation du temps de travail grâce à une délimitation claire des responsabilités ;
- au niveau **économique**, les actes pratiqués par les hygiénistes sont souvent intéressants pour les cabinets dentaires car plus souvent librement tarifés et à la charge des patients ;
- pour la **patientèle**, l'accès facilité à un professionnel de soins dentaires de proximité en mesure de poser un diagnostic préventif contribue à la fois à la fidélisation des patients et à l'amélioration de la santé bucco-dentaire.

Toutefois, cette valeur ajoutée dans l'équipe dentaire et auprès des patients se trouve en bute à certaines **réticences**, en particulier dans les pays où la profession a été créée récemment. Ainsi, en Belgique, où le métier a été reconnu en 2018, les doutes des chirurgiens-dentistes subsistent quant à l'intérêt de la profession, de même que des inquiétudes pour l'emploi des chirurgiens-dentistes.

Au contraire, ce métier dispose d'une **légitimité croissante** au sein des cabinets dentaires danois, italiens et britanniques, où la profession est installée de longue date.

FONCTIONS SUPPORT

Les fonctions administratives et de support assurent, de façon croissante, la prise en charge des enjeux stratégiques administratifs et de gestion.

➤ FONCTIONS OCCUPÉES PAR DES SALARIÉS SPÉCIALISÉS

Alors que les tâches administratives ou de gestion courante sont souvent effectuées par des assistantes dentaires polyvalentes en France, assurant également une présence au fauteuil, elles sont assurées par des salariées dédiées dans la plupart des pays européens considérés (Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Roumanie) :

- par le biais d'un **métier spécifique** qui n'appartient pas à la filière des soins dentaires, occupé par un personnel obligatoirement formé (responsable de cabinet) ou non (réceptionniste non qualifié, secrétaire) ;
- par le biais d'une **assistante dentaire spécialisée,** que cette spécialisation soit reconnue officiellement (en Allemagne, formation certifiante vers la fonction d'assistante dentaire spécialisée administrative) ou non (Italie, Roumanie, Royaume-Uni).

Ces professionnelles sont employées à temps complet ou partiel. Comme en France, leurs missions traditionnelles regroupent l'accueil, la gestion d'agenda et la prise de rendez-vous, l'établissement de devis et la gestion des relations avec les complémentaires santé, la facturation et les encaissements, la gestion des stocks, commandes et fournisseurs, et la gestion administrative courante (comptabilité).

➤ SPÉCIALISATION DE PLUS EN PLUS RECONNUE

L'existence de ces fonctions administratives spécialisées est particulièrement valorisée au sein des cabinets dentaires évoluant dans un **environnement administratif complexe,** du fait des exigences réglementaires nationales (management de la qualité en Allemagne, complémentaires santé…), ou de la taille importante du cabinet. Ainsi, ces fonctions se révèlent indispensables dans les cliniques dentaires et dans les pays où les équipes dentaires sont élargies (Allemagne, Royaume-Uni).

Leurs **trajectoires professionnelles** peuvent s'articuler avec celles des assistantes dentaires. Ces métiers du support administratif peuvent constituer une modalité d'évolution hiérarchique et/ou spécialisée pour les assistantes dentaires en Allemagne et au Royaume-Uni. À l'inverse, le personnel administratif non formé dans la filière de soins dentaires (réceptionnistes, secrétaires…) peut y trouver une « porte d'entrée » vers le métier d'assistante dentaire et finir par s'orienter vers ce métier, moyennant une reprise d'études, parfois financée par l'employeur.

> *« On a une hygiéniste et c'est super car ça permet de fidéliser les clients. On les voit plus souvent, on peut les suivre. En plus, faire le détartrage c'est le truc le plus pénible à faire pour un dentiste. »*
>
> *Chirurgien-dentiste collaborateur, 3 ans d'expérience (Italie)*

> *« Certains dentistes ne trouvent pas d'intérêt à la profession d'hygiéniste. D'autres, au contraire, pensent qu'on va leur voler leur boulot. »*
>
> *Hygiéniste dentaire, 1 an d'expérience (Belgique)*

> *« Il y a de plus en plus d'exigences de documentation avec le management de la qualité. Elles nécessitent la montée en compétence des salariés. Les cursus en management de cabinet dentaire et administration sont donc de plus en plus demandés au sein des cabinets. »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 34 ans d'expérience (Allemagne)*

> *« Les assistantes dentaires peuvent suivre des formations spécialisées en management pour devenir responsable de cabinet. »*
>
> *Chirurgienne-dentiste dirigeante, 36 ans d'expérience (Royaume-Uni)*

SYNTHÈSE DES ENJEUX MÉTIERS

➤ ENJEUX ORGANISATIONNELS ET MÉTIERS COMMUNS

Le portrait des **salariés** des cabinets dentaires dans les six pays choisis a mis en évidence **des tendances et enjeux transverses** qui apportent un éclairage nouveau sur les organisations et métiers des cabinets dentaires français.

Assistante dentaire :

- un métier indispensable, **clé de voûte** de l'organisation du cabinet dentaire et de l'optimisation du temps de soins dans tous les pays étudiés ;
- une tendance à un **partage spécialisé des missions et à la délégation d'actes qui présente des avantages tant** pour les équipes qui y trouvent un gain d'efficience que pour les assistantes dentaires au travers du renouvellement de l'exercice du métier et des opportunités d'évolution ;
- une problématique centrale **d'image et de reconnaissance associées au métier,** qui se traduit par des difficultés de recrutement importantes et croissantes.

Hygiéniste dentaire :

- un métier **de plus en plus diffusé** au sein des cabinets européens permettant la complémentarité avec le chirurgien-dentiste et l'**optimisation de** l'organisation des soins dentaires ;
- une **problématique organisationnelle** d'articulation claire des missions avec les chirurgiens-dentistes (actes délégables, substituables, périmètres respectifs d'intervention, modalités de coordination des soins) ;
- un **enjeu de légitimité du métier** auprès des patients et praticiens, légitimité favorisée par la communication autour du métier et le développement des compétences.

Fonctions administratives et de support :

- des fonctions **souvent spécialisées**, indispensables dans les cabinets à forte intensité administrative ;
- un **enjeu d'accessibilité** à ces métiers, l'absence d'exigence de qualification dans la filière de soins facilite le **recrutement sur ces fonctions,** préserve le temps des assistantes dentaires qui n'ont donc pas à s'y consacrer et contient les besoins en recrutement d'assistantes dentaires ;
- des **opportunités de spécialisation** pour les assistantes dentaires, qui contribuent à fidéliser les salariées.

➤ CONSTATS QUESTIONNANT LES ENJEUX DE FORMATION

La **formation** (initiale mais aussi continue) apparaît comme un **levier d'ampleur à moyen terme pour agir sur ces enjeux organisationnels** et métiers, en permettant un élargissement des activités réalisées, source de valorisation du métier, et en posant les bases des parcours professionnels pour les salariés des cabinets dentaires européens.

ANALYSE COMPARATIVE DES FORMATIONS

L'analyse et la mise en perspective des modalités de formation initiale de ces pays avec la France, sont ainsi particulièrement pertinentes, en particulier pour le métier d'assistante dentaire qui concentre les enjeux métiers, et dans les pays où le périmètre d'activité des assistantes dentaires est élargi par la délégation d'actes ou spécialisé.

Par ailleurs, deux des six pays étudiés, le Royaume-Uni et l'Allemagne, ont structuré un parcours de formation certifiante à destination des assistantes dentaires, lesquels seront étudiés plus spécifiquement pour éclairer les enjeux de formation continue des cabinets dentaires français.

Dans cette partie seront étudiées les formations initiales qui mènent aux métiers de l'équipe dentaire.

FORMATION INITIALE D'ASSISTANTE DENTAIRE

➤ MÉTIER CONDITIONNÉ PAR LA DÉTENTION D'UN DIPLÔME

Dans la majorité des pays étudiés, à l'exception de la Belgique et de la Roumanie, les assistantes dentaires doivent être titulaires d'un **diplôme réglementé** d'assistante dentaire conditionnant l'exercice du métier. La tendance d'ensemble est à la structuration de la formation initiale et à l'apparition d'un standard normé de compétences transférables. C'est le cas notamment en Italie, où la formation initiale a été rendue obligatoire en avril 2021. En Belgique, bien qu'aucun diplôme réglementé n'existe et ne conditionne l'accès au métier, des formations non obligatoires tendent également à se diffuser depuis deux à trois ans.

La Roumanie constitue une exception. Les assistantes dentaires y sont titulaires d'un diplôme généraliste en soins infirmiers préparé en trois ans. Ce parcours de formation initiale est généraliste, et ne comprend pas ou très rarement d'options de spécialisation dédiées à la santé bucco-dentaire (une seule option courte de 14 heures dans quelques universités). Une formation d'assistante à la prophylaxie dentaire, encore très marginale, existe depuis trois ans.

De ce fait, les analyses suivantes se concentrent sur les cinq pays ayant formalisé une formation initiale obligatoire et/ou largement diffusée au métier d'assistante dentaire : Royaume-Uni, Allemagne, Danemark, Belgique, et Italie.

➤ FORMATIONS ACCOMPAGNANT LA MONTÉE EN COMPÉTENCES

Les formations initiales menant au métier d'assistante dentaire ont, dans l'ensemble des pays, été créées pour répondre à **trois grands enjeux.**

- **Reconnaître les compétences particulières nécessaires à l'exercice du métier,** en particulier les compétences liées au travail à quatre mains, à la préparation de l'environnement de soins et à la gestion de l'asepsie et du risque infectieux au cabinet. Le caractère symbolique de cette reconnaissance favorise la rétention de la main-d'œuvre.

> *« Avant la réforme de 2018, les assistantes dentaires étaient comparées à des secrétaires, alors que les risques qu'elles prenaient étaient équivalents à ceux du personnel médical. Avec la création du titre d'assistante dentaire et de la formation associée, les assistantes dentaires sont mieux protégées. »*
>
> *Assistante dentaire, 35 ans d'expérience (Italie)*

« *La délégation d'actes exige des assistantes dentaires qu'elles soient bien qualifiées et formées. Or, cela n'a pas toujours été le cas.* »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 25 ans d'expérience (Danemark)

- **Créer un socle commun de compétences normées,** favorisant les **mobilités** entre les cabinets dentaires. Au-delà des gains de productivité qu'elles peuvent générer *via* le transfert de compétences, les mobilités représentent la perspective principale d'évolution professionnelle des assistantes dentaires, en particulier dans les pays où il n'y a pas de délégation d'actes (France, Italie et Belgique) ou d'options de formation continue certifiante. Ce socle de compétences normées permet également de raccourcir le temps nécessaire à **l'intégration,** et de favoriser l'évolution des assistantes dentaires vers la réalisation d'actes plus complexes nécessitant la maîtrise d'éléments théoriques relatifs aux soins (anatomie, maladies bucco-dentaires, traitements dentaires…).
- **Favoriser le retour à l'emploi** de personnes éloignées du marché du travail, en particulier, en Italie et en Belgique, où les formations initiales au métier d'assistante dentaire sont gratuites pour les demandeurs d'emploi.

➤ CONDITIONS D'ACCÈS PLUTÔT ÉLARGIES

Dans une logique d'attractivité des candidates, les **conditions d'accès** à la formation initiale d'assistante dentaire sont plutôt peu restrictives dans l'ensemble des pays :

- en termes **d'âge** (16 à 18 ans au minimum) ;
- en termes de **compétences** et diplômes (maîtrise de la langue, diplôme équivalent au brevet des collèges ou au baccalauréat) ;
- en termes de **procédure d'admission** (signature d'un contrat d'apprentissage, examens d'entrée généralement limités à un entretien motivationnel).

Le niveau d'exigence varie généralement selon la réalisation ou non d'actes délégués parmi le spectre d'intervention des assistantes dentaires. Ainsi, un niveau équivalent au brevet des collèges est exigé à l'entrée en formation en France, en Allemagne et en Italie. Ces pays se caractérisent par l'absence de délégation d'actes au premier niveau d'assistante dentaire. À l'inverse, au Royaume-Uni et au Danemark, où la réalisation d'actes délégués est plus accessible, le niveau académique exigé est plus élevé : baccalauréat, sélection sur dossier (Royaume-Uni), examens écrits sélectifs (Danemark).

Les formations initiales au métier d'assistante dentaire étant plutôt accessibles, celles-ci drainent un **public large et diversifié.** Trois grands types de profils coexistent parmi les étudiantes en formation :

- en majorité, des jeunes femmes âgées de 16 à 18 ans en primo-orientation (France, Allemagne, Royaume-Uni, Danemark) ;
- dans une moindre mesure, des professionnelles exerçant déjà en tant qu'(apprentie) assistante dentaire pour lesquelles l'obtention d'un diplôme réglementé est une condition pour continuer à exercer (notamment Italie) ;
- enfin, assez fréquemment, des femmes plus âgées éloignées de l'emploi ou en reconversion professionnelle (Italie, Royaume-Uni, Belgique, Allemagne).

Pour autant, dans certains pays, le caractère accessible des formations menant au métier d'assistante dentaire peut renforcer **l'image en demi-teinte** de la profession et, paradoxalement, jouer négativement sur l'attractivité du métier et des formations.

« *La formation est bonne mais les gens qui s'y orientent sont loin d'être les meilleurs, ils n'ont pas envie de suivre cette formation et d'exercer en tant qu'assistants dentaires. Il suffit d'intégrer la formation pour être certain qu'on va obtenir son diplôme, et donc la formation devient une "voie de garage".* »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 15 ans d'expérience (Allemagne)

➤ FORMATIONS FINANCIÈREMENT ACCESSIBLES

Les étudiantes assistantes dentaires obtiennent plutôt facilement l'accès à une formation initiale, en raison de la présence d'organismes de formation sur la quasi-totalité des territoires des pays étudiés, de l'ordre de **deux à cinq organismes par région.** Ce phénomène est renforcé dans les pays où **l'offre de formation en ligne** est particulièrement développée, en particulier le Royaume-Uni, l'Italie et la Belgique.

Les formations initiales d'assistante dentaire sont généralement **gratuites** ou prises en charge par l'employeur, et donc accessibles à un large public. Le Royaume-Uni et l'Italie, au système d'enseignement supérieur payant, font toutefois exception, avec des formations très souvent à la charge des étudiants coûtant 2 000 € en Italie, 4 000 à 18 000 € au Royaume-Uni selon les modalités de formation en présentiel ou en ligne.

Le coût de la formation est ainsi un élément structurant de l'attractivité des formations initiales d'assistante dentaire mais pas nécessairement un gage de qualité. En effet, dans les pays où les formations sont payantes, à l'instar de l'Italie et du Royaume-Uni, le coût de la formation influe sur :

- le choix de suivre ou non de s'orienter vers le métier, en particulier pour les candidates en reconversion professionnelle ou éloignées de l'emploi ;

« *La formation d'assistante dentaire que j'ai suivie était décevante. Les cours étaient assez inutiles et la formation très chère.* »

Hygiéniste dentaire, ex-apprentie assistante dentaire, 6 mois d'expérience (Italie)

- le type de formation choisie, les formations en ligne sont plébiscitées par les futures assistantes dentaires, notamment en reconversion, en raison de leur coût plus faible et de la flexibilité des modalités d'organisation permettant de travailler à temps plein en parallèle.

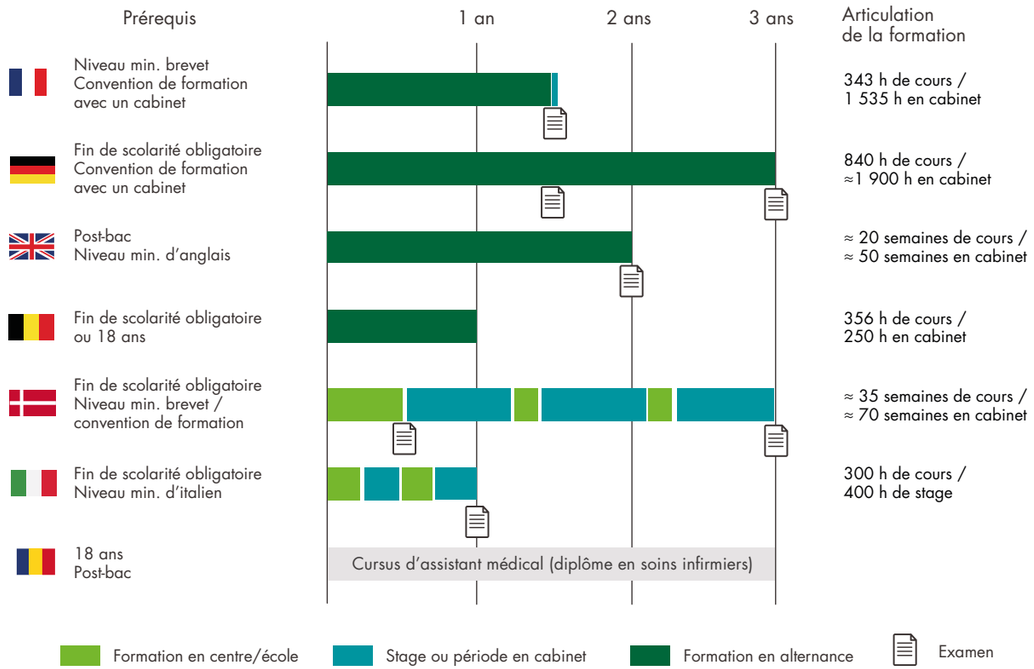
➤ HÉTÉROGÉNÉITÉ DES TEMPS CONSACRÉS À LA PRATIQUE

Plus le spectre des missions des assistantes dentaires est étendu, plus la formation initiale est longue. Ainsi, dans les pays où les assistantes dentaires réalisent des actes délégués (Allemagne, Danemark, Royaume-Uni), les formations initiales durent deux à trois ans. À l'inverse, les autres pays étudiés se caractérisent par des durées de formation plus courtes, de six mois à un an et demi.

« *J'ai choisi de suivre une formation d'assistante dentaire en ligne. Cela me permet de travailler mes cours quand je le souhaite et de travailler en parallèle à temps plein dans un cabinet dentaire, ce qui représente une source de revenu.* »

Apprentie assistante dentaire, 5 mois d'expérience (Royaume-Uni)

Parcours des formations initiales d'assistante dentaire



Source : Quadrat-études, 2021.

Les formations initiales des pays se différencient également selon leur **articulation entre les périodes d'enseignement et de pratique en cabinet dentaire.** Deux modèles d'organisation se distinguent :

- d'un côté, des périodes d'enseignement en centre de formation suivies de stages d'application (Italie, Danemark), suivant une philosophie d'accès au cabinet dentaire conditionné à la détention d'un bagage théorique minimum ;
- de l'autre, l'alternance (France, Allemagne, Belgique, RU), suivant généralement un rythme hebdomadaire avec un à deux jours par semaine en centre de formation, plus rarement un rythme mensuel. Ce modèle d'organisation de la formation est largement plébiscité par les apprenties assistantes dentaires car il favorise la progression grâce à l'application directe des connaissances acquises en cours.

Le nombre d'heures consacré aux **enseignements dispensés en centre de formation** est homogène, au **minimum de l'ordre de 300 à 400 heures** pour une formation « courte », jusqu'à 800 à 1 000 heures pour une formation « longue ». La variabilité de la durée des formations initiales est principalement liée à la durée de la formation pratique en cabinet dentaire, plus cette dernière sera longue plus le nombre d'heures total de formation sera important. À noter, la France possède le ratio le plus important de formation pratique en cabinet dentaire (80 % du temps formation en cabinet dentaire et 20 % en centre), réparties sur dix-huit mois.

➤ VALORISATION DE LA DIMENSION « PRATIQUE »

Dans l'ensemble des pays étudiés, les **modalités pédagogiques en centre de formation** sont plutôt homogènes. L'enseignement s'articule autour de cours dits théoriques (cours magistraux en ligne ou en présentiel) et pratiques (études de cas en groupe ou individuelles, simulation sur mannequins et/ou entre élèves, phases d'observation des bonnes pratiques…). La validation s'effectue généralement *via* un examen final comprenant un test écrit et un cas pratique. L'évaluation orale est moins fréquente (France, Allemagne et Danemark).

« Je me sentais prête à travailler après mes études notamment parce que j'ai fait de nombreux stages mais aussi des exercices sur des poupées et, plus rarement, sur des vraies personnes. »

Assistante dentaire,
2 ans d'expérience (Danemark)

Ces modalités pédagogiques répondent à trois principaux enjeux :

- les **enseignements pratiques** facilitent le processus d'appropriation des savoirs, en particulier lors des mises en situation entre apprenties ou sur tête fantôme ;
- les **cours théoriques** répondent à la nécessité du caractère transposable des enseignements et permettent ainsi aux assistantes dentaires de renforcer leur employabilité en diminuant leur temps de formation lors de leur prise de poste ;
- les phases d'observation des **bonnes pratiques,** en voie de développement dans les cursus, favorisent l'adoption de postures réflexives.

« Un temps plus important consacré à l'observation des pratiques serait un plus à la formation initiale d'assistante dentaire. »

Chirurgien-dentiste dirigeant,
36 ans d'expérience (Royaume-Uni)

En complément de la formation en centre, la **pratique en cabinet dentaire** constitue l'élément le plus valorisé du cursus de formation, élément clé dans l'acquisition des compétences.

« C'est sûr qu'il est plus facile de comprendre les procédures à adopter quand on les a déjà étudiées en cours. Pour autant, c'est quand je travaille à la clinique que j'apprends le plus. »

Apprentie assistante dentaire,
5 mois d'expérience (Royaume-Uni)

➤ HOMOGÉNÉITÉ DES ENSEIGNEMENTS ENTRE LES PAYS

Au sein des six pays européens étudiés, le contenu des cours se concentre sur les **missions « socle »** des assistantes dentaires. En parallèle, les cursus connaissent actuellement des évolutions qui visent à accompagner le développement de **compétences stratégiques** de plus en plus valorisées par les chirurgiens-dentistes.

L'**assistance aux soins et au fauteuil,** y compris les techniques de radiographie, prophylaxie et soins prophylactiques, représente souvent au moins la moitié des enseignements. Ces enseignements sont d'autant plus conséquents dans les pays avec délégation d'actes (Royaume-Uni, Danemark), qui mettent l'accent sur l'apprentissage prophylactique, lequel représente 15 à 30 % du contenu de formation initiale.

Ces enseignements d'assistance aux soins et au fauteuil, « socle » de la formation, sont assez standardisés. Ils sont généralement centrés sur l'assistance au fauteuil, la gestion du risque infectieux et le traitement du matériel. Les enseignements théoriques, tels que morphologie et anatomie, maladies bucco-dentaires ou traitements

> Les cursus connaissent actuellement des évolutions qui visent à accompagner le développement de compétences stratégiques de plus en plus valorisées par les chirurgiens-dentistes.

dentaires, constituent une part conséquente du temps de formation dans les pays avec délégation d'actes aux assistantes dentaires (Allemagne, Danemark et Royaume-Uni) car des connaissances poussées en anatomie et pathologie bucco-dentaires sont nécessaires dans le cadre de cette délégation.

Enfin, la durée des enseignements relatifs à l'assistance au fauteuil pour les soins spécialisés, notamment d'implantologie est en progression du fait de la hausse des spécialisations des praticiens, en particulier en Allemagne, Belgique et au Royaume-Uni.

La **gestion administrative du cabinet et de la relation patients** représente une part variable des enseignements :

- moins de 25 % au Royaume-Uni et au Danemark, qui favorisent une logique d'apprentissage « sur le terrain » ;
- près de la moitié en Allemagne, pays qui se caractérise par des exigences réglementaires importantes et donc des exigences renforcées en gestion, administration et management de la qualité ;
- la moitié en Belgique, où la profession en structuration est construite avant tout sur la problématique du soutien administratif au chirurgien-dentiste.

Lorsque les assistantes dentaires sont plus polyvalentes (France, Italie), la différence entre la part des enseignements dédiés à l'assistance aux soins et au fauteuil et celle des enseignements liés à la gestion administrative du cabinet et à la relation patients est moindre.

Dans la quasi-totalité des pays, les enseignements administratifs se focalisent sur les tâches d'administration du cabinet et de gestion des dossiers patients, c'est-à-dire les missions de gestion des assistantes dentaires les plus répandues.

Par ailleurs, les **compétences sociales,** de plus en plus valorisées par les chirurgiens-dentistes et les assistantes dentaires, occupent une part croissante des enseignements, avec la gestion de la relation patients (communication, psychologie, gestion des conflits…), notamment au Danemark.

« Les compétences sociales et le savoir-être sont de plus en plus nécessaires pour les assistantes dentaires. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 34 ans d'expérience (Allemagne)

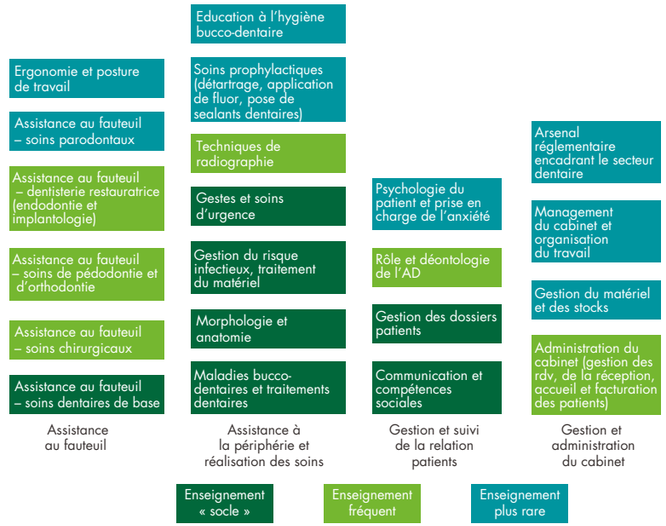
➤ ENSEIGNEMENTS EN PHASE AVEC LES MISSIONS

Dans les pays où les assistantes dentaires réalisent des **actes délégués** et en particulier au Danemark, la part des enseignements qui y est dédiée (réalisation et/ou interprétation de clichés radiographiques, éducation à l'hygiène bucco-dentaire, soins prophylactiques tels que détartrage, mesures de fluoration, pose de scellant) est **en adéquation** avec les missions et prérogatives des assistantes dentaires.

Ainsi, le temps de formation consacré à ces thématiques est particulièrement élevé au Danemark, mais plus modéré et sous forme « introductive » en Allemagne et au Royaume-Uni, où la délégation d'actes est ouverte uniquement *via* la formation certifiante.

Les compétences sociales, de plus en plus valorisées par les chirurgiens-dentistes et les assistantes dentaires, occupent une part croissante des enseignements, avec la gestion de la relation patients.

Enseignements en formation initiale d'assistante dentaire



Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Synthèse des enseignements dispensés dans le cadre de la formation initiale des assistantes dentaires des six pays étudiés, selon la fréquence rencontrée. L'assistance au fauteuil pour les soins dentaires de base est un enseignement socle, dispensé dans les six pays.

FORMATION INITIALE D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Un accent sur les actes délégués et substitués

Les formations au métier d'hygiéniste dentaire répondent à trois grands enjeux organisationnels et métiers structurant actuellement les cabinets dentaires européens.

Tout d'abord, elles **encadrent et rendent possible la délégation et substitution d'actes,** dans une logique de recentrage de l'activité des chirurgiens-dentistes sur les actes à haute valeur ajoutée. Ainsi, dans l'ensemble des pays étudiés, la formation d'hygiéniste dentaire est majoritairement plébiscitée par les chirurgiens-dentistes pour sa qualité et la complémentarité qu'elle permet.

Également, ces formations offrent aux assistantes dentaires des **perspectives d'évolution professionnelle,** en termes de contenu des missions ou salariale. Ceci est un élément particulièrement structurant dans les pays où le taux de rétention des assistantes dentaires est particulièrement faible (Allemagne, Italie et Belgique).

Enfin, ces formations représentent un **tremplin vers l'enseignement supérieur** pour les assistantes dentaires, avec une reconnaissance dans le système académique généralement de niveau licence associée à l'obtention du diplôme d'hygiéniste dentaire.

« J'ai d'abord commencé à exercer en tant qu'assistante dentaire parce que je n'avais pas les notes suffisantes pour commencer après le lycée une formation d'hygiéniste ou de thérapeute dentaire. »

Thérapeute dentaire, 3 ans d'expérience, ancienne assistante dentaire (Royaume-Uni)

« Au cours de leur licence, les hygiénistes dentaires apprennent ce qu'il faut pour exercer le métier après. »

Chirurgien-dentiste dirigeant, 3 ans d'expérience (Italie)

« Je suis devenue hygiéniste dentaire parce qu'en tant qu'assistante dentaire, je travaillais beaucoup et n'avais pas de perspective d'évolution de salaire. »

Étudiante hygiéniste dentaire, ancienne assistante dentaire (Italie)

> *« Je souhaite travailler en tant qu'assistante dentaire pendant cinq ans puis après devenir hygiéniste dentaire. »*
>
> *Apprentie assistante dentaire, 5 mois d'expérience (Royaume-Uni)*

➤ CONDITIONS D'ACCÈS PLUTÔT RESTRICTIVES

Pour rappel, la profession d'hygiéniste dentaire existe dans cinq des pays étudiés : Allemagne, Belgique, Danemark, Italie et Royaume-Uni. Si elle est réglementée dans l'ensemble des pays, quelques **spécificités nationales** sont néanmoins observables :

- **en Allemagne,** « hygiéniste dentaire » est une qualification et pas un métier. De ce fait, la qualification s'obtient uniquement dans le cadre de la formation continue et n'est accessible qu'aux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie ayant plus d'un an d'expérience ;
- **au Royaume-Uni,** « hygiéniste dentaire » est en réalité un abus de langage, puisque la quasi-totalité des hygiénistes sont également titulaires du diplôme de thérapeute dentaire, de niveau plus élevé que celui d'hygiéniste dentaire et conditionné à une formation initiale de trois ans. Les formations étudiées ici seront donc celles préparant au métier de thérapeute dentaire ;
- **au Danemark,** en Italie et au Royaume-Uni, les formations menant au métier d'hygiéniste dentaire sont plutôt **sélectives** : détention d'un diplôme équivalent au baccalauréat, exigences minimales quant au dossier scolaire, épreuves de sélection orales et/ou écrites, jusqu'à une sélection par concours en Italie. Le niveau d'exigence est cependant moindre en termes de dossier scolaire au Royaume-Uni et au Danemark pour les assistantes dentaires souhaitant reprendre les études et s'orienter vers ce métier. En particulier, au Royaume-Uni, l'orientation vers le métier d'assistante dentaire fait notablement, mais pas systématiquement, office de premier tremplin vers le métier (d'hygiéniste ou) de thérapeute dentaire pour les profils aux résultats scolaires insuffisants ;
- en Belgique seul le baccalauréat est exigé. Ce pays fait figure d'exception.

Ainsi, deux profils majeurs de candidats à la formation d'hygiéniste dentaire se distinguent :

- des jeunes bacheliers en primo-orientation ;
- des assistantes dentaires ayant de l'ancienneté en démarche d'évolution professionnelle.

> *« Après quelques années en tant qu'assistante dentaire, j'ai eu l'impression d'avoir fait le tour du métier. J'ai donc repris les études pour devenir hygiéniste dentaire. »*
>
> *Hygiéniste dentaire, ancienne assistante dentaire, 1 an d'expérience en tant qu'hygiéniste (Belgique)*

➤ FORMATIONS AU COÛT PARFOIS PROHIBITIF

En général et à la différence des formations d'assistante dentaire, les formations initiales préparant au métier d'hygiéniste dentaire sont majoritairement dispensées dans les universités de médecine dentaire, aux côtés des futurs chirurgiens-dentistes. De ce fait, l'offre de formations est moins dense que celle des assistantes dentaires, avec un à trois organismes de formation par région en moyenne. Néanmoins, cela ne constitue pas, pour les candidats, un frein à l'entrée en formation.

La formation nécessite un investissement financier conséquent qui représente une réelle contrainte : jusqu'à 30 000 €, souvent à la charge de l'étudiant ou du salarié en Allemagne, Italie et au Royaume-Uni. Celle-ci est renforcée par un investissement de temps important : les formations sont longues, à temps plein et avec une obligation de présence renforcée, notamment en Italie.

> *« La présence est obligatoire, on ne peut pas travailler en même temps. Moi et mes camarades de classe avons dû démissionner de nos emplois, c'est contraignant. »*
>
> *Étudiante hygiéniste dentaire, ancienne assistante dentaire (Italie)*

Ainsi, le coût et les modalités d'organisation des formations peuvent désinciter des candidats potentiels, en particulier des assistantes dentaires souhaitant évoluer. Souvent, ces contraintes rendent indispensable l'implication de l'employeur. En Allemagne, le coût élevé de la formation (de 7 000 à 15 000 € selon la région et l'organisme de formation) la rend difficilement finançable par la salariée et implique souvent de convaincre l'employeur d'investir, *via* un financement direct ou une réduction du temps de travail.

> *« La formation d'hygiéniste dentaire est chère, il faut convaincre le chirurgien-dentiste de la financer. »*
>
> *Assistante dentaire spécialisée en prophylaxie, 25 ans d'expérience (Allemagne)*

➤ ACCENT SUR LES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES

Dans l'ensemble des pays, les formations au métier d'hygiéniste dentaire durent entre deux et trois ans, quel que soit le profil des étudiants, et donnent accès au niveau licence. L'Allemagne fait exception, avec des formations plus courtes de l'ordre de dix à douze mois, accessibles seulement à des professionnelles en poste.

Ces formations se déroulent quasi systématiquement à temps plein et alternent périodes de cours théoriques et pratiques, et périodes de stage.

- Les cours théoriques se concentrent autour de l'apprentissage des grands principes médicaux (anatomie, biochimie, maladie parodontale, etc.) mais également de disciplines plus diversifiées, à l'instar de la psychologie, des questions de santé publique, de déontologie… Ces enseignements représentent la majorité du cursus de formation (55 à 70 %). En Belgique et en Italie, la formation des hygiénistes dentaires est fortement inspirée de celle des chirurgiens-dentistes. Les enseignements théoriques y sont parfois disproportionnés en comparaison des connaissances nécessaires au quotidien.

> *« Le cursus est difficile, ils l'ont calé sur celui des chirurgiens-dentistes pour les deux premières années. Je pense être la seule à utiliser tout ce qu'on a appris. »*
>
> *Hygiéniste dentaire, ancienne assistante dentaire, 1 an d'expérience (Belgique)*

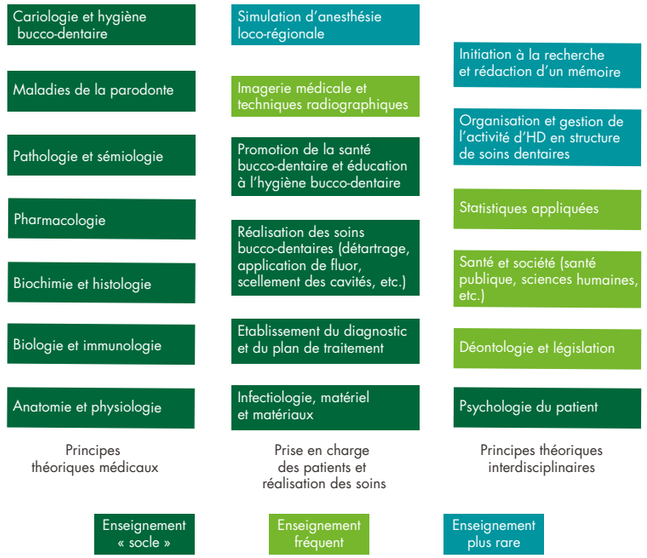
- Les cours pratiques, basés sur des apports théoriques et des mises en situation, sont centrés sur les futures missions de l'hygiéniste dentaire : réalisation de soins prophylactiques, éducation à l'hygiène bucco-dentaire, techniques radiographiques…

> *« L'université, ce n'est pas la vraie vie, on prend en charge un patient en deux heures alors qu'en réalité c'est 30 minutes. »*
>
> *Hygiéniste dentaire, 1 an d'expérience (Danemark)*

- Les stages en structure de soins dentaires représentent une minorité du temps de formation : 30 % en Belgique, Allemagne et Danemark, 35 % au Royaume-Uni, jusqu'à 45 % en Italie. Ce découpage est parfois regretté par les étudiants, qui soulignent l'importance d'exercer le plus souvent possible en « conditions réelles ».

> *« Notre premier patient, on n'a aucune idée de ce qu'on va lui faire. C'est pour ça que c'est bien qu'on puisse faire autant de stages. »*
>
> *Hygiéniste dentaire, 1 an d'expérience (Belgique)*

Enseignements en formation initiale d'hygiéniste dentaire



Source : Quadrat-études, 2021.

Clé de lecture
Synthèse des enseignements dispensés dans le cadre de la formation initiale des hygiénistes dentaires des cinq pays étudiés, selon la fréquence rencontrée. L'enseignement d'anatomie et physiologie est socle puisque dispensé dans les cinq pays européens.

L'analyse comparative des formations initiales d'assistante dentaire et d'hygiéniste dentaire a permis de déceler les enjeux de formation transverses aux six pays. En particulier, **la réactivité limitée** des dispositifs de formation initiale réglementée des assistantes dentaires pour intégrer l'élargissement progressif de leurs missions (ouverture de la possibilité de réalisation d'actes délégués), l'exigence de développement des compétences et leurs souhaits d'évolution professionnelle.

Ainsi, certains pays ont mis en place un **système complémentaire de formation professionnelle continue certifiante,** permettant l'acquisition de ces nouvelles compétences et la construction des parcours professionnels des assistantes dentaires. Ces systèmes méritent d'être investigués dans le cadre d'une réflexion sur un cadre d'évolution professionnelle des assistantes dentaires françaises.

FORMATION CONTINUE CERTIFIANTE

Dans cette partie seront analysés les parcours de formation continue à destination des assistantes dentaires dans deux pays européens : l'Allemagne et le Royaume-Uni.

➤ FORMATION CONTINUE DES ASSISTANTES DENTAIRES

Facilitateur de l'évolution de carrière

Dans l'ensemble des pays européens étudiés, il existe des formations continues à destination des assistantes dentaires. Elles sont pour la plupart **non certifiantes** : les thématiques relèvent généralement des gestes et soins d'urgence, de la prise en charge de patients anxieux, ou encore de la communication et du travail en équipe.

Le recours à la formation continue non certifiante, moyen mobilisé pour la montée en compétences des assistantes dentaires, diffère entre les pays. S'il est fréquent dans les modèles anglo-saxons, allemand et scandinave, il est plutôt faible et limité aux formations obligatoires en Belgique et en Italie.

Par ailleurs, dans les pays où il y a de la délégation d'actes et dans lesquels les assistantes dentaires ont des perspectives d'évolution de carrière, le recours à la formation continue non certifiante est plus fréquent.

Formations continues certifiantes dans deux pays

Les **formations continues certifiantes** constituent l'outil réel d'accompagnement et de facilitation des évolutions de carrière. Elles existent seulement au Royaume-Uni et en Allemagne, où elles permettent la spécialisation des parcours au sein d'équipes dentaires verticales spécialisées et la délégation d'actes. La France compte quant à elle la mention de spécialisation ODF.

Le Royaume-Uni et l'Allemagne se distinguent par l'existence d'un parcours de formation certifiante largement mobilisé par les employeurs et les salariés, dont l'étude et la comparaison apportent des éléments de réflexion face aux enjeux de formation rencontrés par les cabinets dentaires français.

➤ MODÈLE ALLEMAND

Parcours en deux voies de spécialisation

Un parcours de formation continue certifiante (FCC) a été mis en place en Allemagne au début des années 2000, pour répondre à un **souhait partagé** par les assistantes dentaires, dans une optique d'évolution professionnelle, et par les praticiens, dans un souci de délégation. Il comprend deux options de formation certifiante spécialisée (prophylaxie, administration), chacune d'environ quatre cents heures, réalisables indépendamment, ou combinables pour aboutir au titre d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2.

Les prérequis à l'entrée en formation sont limités :

- un an d'expérience ;
- une certification radiologie et premiers secours ;
- réussir un test de connaissances et de motivation.

De ce fait, les formations sont surtout suivies par des assistantes dentaires ayant moins de dix ans d'expérience souhaitant évoluer dans leur métier, tant en termes de périmètre d'intervention que de rémunération.

Dans la pratique, l'accès au parcours de formation certifiant est limité en raison de son coût élevé (de 3 500 à 5 000 €, jusqu'à 9 000 € pour la formation d'ADQ2) et de l'investissement temps qu'il nécessite, de l'ordre de six mois en apprentissage répartis sur le temps de travail et sur le temps personnel.

L'implication de l'employeur est centrale dans l'accès effectif à la formation certifiante. Afin de soutenir le projet de la salariée, certains accordent des autorisations

> *« Pour évoluer dans ce métier, surtout en termes de salaire, on a deux possibilités : changer de cabinet ou se former. Je trouverais ça ennuyeux si je devais faire la même chose pendant cinquante ans ! »*
>
> *Assistante dentaire spécialisée prophylaxie, 25 ans d'expérience (Allemagne)*

d'absence et/ou une réduction du temps de travail pour le suivi des cours et financent partiellement ou totalement les coûts de formation. Les mécanismes d'accès à la formation certifiante sont négociés au cas par cas entre employeur et salariée. La formation peut être une condition préalable au recrutement, ou inscrite dans le contrat de travail moyennant un engagement d'exercice au sein du cabinet.

« J'ai élargi progressivement mon champ d'intervention grâce à la formation courte en prophylaxie. Puis au bout de dix ans, un cabinet a ouvert, où j'ai postulé. Je me voyais le rejoindre en parallèle d'une formation AD spécialisée prophylaxie, mais le chirurgien-dentiste dirigeant m'a proposé la spécialisation administrative. Il a payé ma formation en échange d'un engagement à rester trois ans. »

Assistante dentaire spécialisée administration, 5 ans d'expérience (Allemagne)

Rôle accélérateur pour la carrière

Les lignes directrices de chaque formation (durée minimale, validation, blocs de formation) sont déterminées par l'ordre fédéral des chirurgiens-dentistes. Les modalités précises sont fixées par les ordres régionaux, qui les dispensent dans leurs centres de formation.

En termes de contenu, les deux filières de formation se concentrent sur l'acquisition des compétences les plus stratégiques pour la rentabilité du cabinet.

Concernant la **spécialisation « prophylaxie »,** la formation se déroule en apprentissage et intègre de nombreuses mises en situation pratique. Elle est largement axée sur les thématiques de prophylaxie orale et théorie dentaire (70 %), préalable à la délégation d'actes.

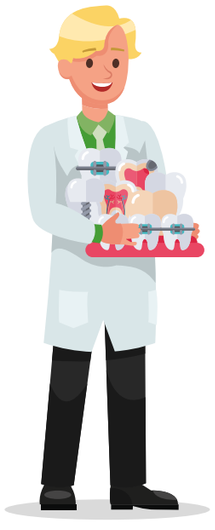
Concernant la **spécialisation « administrative »,** la formation se déroule en centre. Elle priorise les thématiques de déclaration et facturation des soins dentaires (40 %) particulièrement chronophage en Allemagne, l'organisation du cabinet et la gestion des outils numériques.

Le parcours de formation est plébiscité à la fois par les assistantes dentaires et les chirurgiens-dentistes et remplit pleinement sa fonction d'accélérateur de carrière.

« Le parcours de spécialisation marche bien, il donne des perspectives de carrière. »

Membre de l'ordre fédéral des chirurgiens-dentistes, 30 ans d'expérience (Allemagne)

> La spécialisation « prophylaxie » se déroule en apprentissage et intègre de nombreuses mises en situation pratique. Elle est largement axée sur les thématiques de prophylaxie orale et théorie dentaire (**70 %**), préalable à la délégation d'actes.



Parcours de FCC de l'assistante dentaire allemande

Assistante dentaire qualifiée de niveau 2
Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMF)
env. 50 h – en centre de formation – 2 ans d'exp. professionnelle

Module de spécialisation ODF et prothétique
- Assistance spécialisée au fauteuil
- Réalisation d'empreintes dentaires, dispositifs ODF provisoires, supports médicamenteux
- Prophylaxie spécialisée
- Pédagogie et transmission de connaissances en ODF et prothétique

Assistante dentaire qualifiée prophylaxie
Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin(ZMP)
400 à 500 h – en apprentissage
1 an d'expérience professionnelle

- **Bloc 1 : Théorie médicale (15%)**
- **Bloc 2 : Théorie dentaire (15%)**
- **Bloc 3 : Sciences de la nutrition (5%)**
- **Bloc 5 : Documentation clinique (10%)**
- **Bloc 6 : Psychologie et communication (5%)**
- **Bloc 7 : Organisation du cabinet (10%)**

Bloc 3 : Sciences de la nutrition (5%)
- Actes prophylactiques délégués (fluoration, comblement de fissures, nettoyage professionnel et utilisation des instruments appropriés, réalisation d'empreintes dentaires)
- Éducation à l'hygiène bucco-dentaire
- Prise en charge de différents groupes de patients (par âge, patients ODF, handicaps…)
- Plan de suivi

Assistante dentaire qualifiée administration
Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV)
400 h – en centre de formation
1 an d'expérience professionnelle

Bloc 1 : Déclaration et facturation des actes dentaires (40%)
- Principes légaux, principes du conventionnement
- Déclaration et facturation des soins dentaires / médicaux / techniques

dentaires (prothétique…) selon les référentiels des actes dentaires des caisses d'assurance maladie privées et publiques

- **Bloc 2 : Organisation et management du cabinet (10%)**
- **Bloc 3 : Management de la qualité (5%)**
- **Bloc 4 : Economie et droit (10%)**
- **Bloc 5 : Communication, rhétorique, psychologie (10%)**
- **Bloc 6 : Technologies de l'information et comm. (15%)**
- **Bloc 7 : Pédagogie, formation, RH (10%)**

Assistante dentaire niveau 1
Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA)
3 ans en apprentissage, 840h en centre de formation initiale

Source : Quadrat-études sur documentation Philip-Pfaff-Institut, 2021.

Pour autant, plusieurs **enjeux et limites** perdurent. Ainsi, pour la filière administrative, les formations approfondies au-delà de la spécialisation ZMV sont attractives auprès des assistantes dentaires ayant déjà acquis cette spécialisation (par exemple évolution ultérieure de ZMV vers « responsable de cabinet »), mais sont confrontées à un faible niveau de besoin réel de recrutement, le métier étant pour l'instant limité aux cliniques dentaires.

En outre, pour la filière prophylaxie, la tendance au développement de formations courtes non certifiantes « introductives » (6 jours, 1 000 €) se fait parfois au détriment de la formation de spécialisation ZMP

Clé de lecture
Pour accéder au titre d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2 (ZMF), il est nécessaire de cumuler les spécialisations prophylaxie (ZMP), administration (ZMV) et de réaliser un module complémentaire ODF et prothétique, soit un total d'environ **950** heures de formation.

> *« Au cours du cursus d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2 (ZMF), on apprend à la fois l'administration et la prophylaxie, mais en réalité on sait très bien qu'on ne va pas faire les deux. »*
>
> *Assistante dentaire (représentante professionnelle), 33 ans d'expérience (Allemagne)*

bien que ces formations introductives ne donnent en théorie pas droit au même périmètre d'intervention.

Enfin, la dernière limite réside dans la formation d'assistante dentaire qualifiée de niveau 2 (ADQ2, en allemand ZMF) qui combine à la fois les qualifications « prophylaxie » et « administration » et « ODF ». Cette superposition est parfois jugée superflue au regard de la spécialisation des assistantes dentaires dans les cabinets allemands. Elle est ainsi rarement mobilisée.

➤ MODÈLE ANGLO-SAXON

Formations largement plébiscitées

Le Royaume-Uni se caractérise par un système de formation continue certifiante **modulaire**. Il n'existe pas de parcours balisés chronologiques, les assistantes dentaires ont la possibilité de suivre un éventail de formations certifiantes pour élargir de manière ciblée leur périmètre d'intervention.

> *« Je viens de finir une formation en radiologie. J'en suis très satisfaite car je vais enfin pouvoir prendre des radios. »*
>
> *Assistante dentaire, 4 ans d'expérience (Royaume-Uni)*

Les conditions d'accès aux formations continues certifiantes sont peu restrictives. Il suffit d'exercer en tant qu'assistante dentaire (pas d'expérience minimum requise), d'être inscrite au registre professionnel et de suivre une formation certifiée par le Conseil national de la formation des assistantes dentaires.

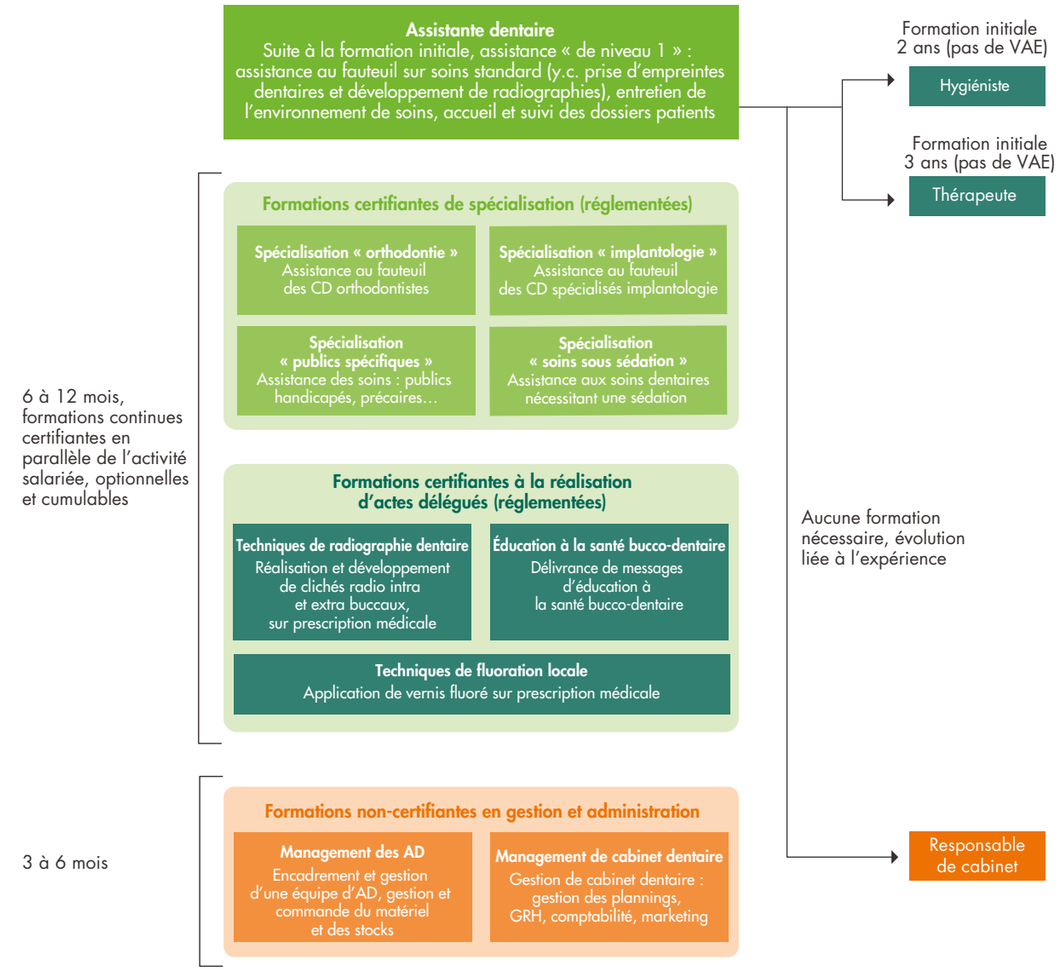
Les modalités d'organisation et de suivi de ces formations sont **flexibles** : elles durent en moyenne entre 6 et 12 mois, selon les organismes de formation et la disponibilité des professionnelles. Les contenus théoriques sont accessibles en ligne par le biais de classes virtuelles, vidéos… tandis que la pratique se fait au sein du cabinet employeur. La validation de ces formations est généralement conditionnée à un test écrit en ligne (plusieurs sessions sont organisées par an) et à la preuve de la réalisation de certains actes en cabinet.

Tout comme en Allemagne, ces formations sont coûteuses, de l'ordre de 1 000 €, et l'investissement financier peut représenter un frein en l'absence de prise en charge par l'employeur.

Les sept principales formations continues certifiantes s'inscrivent dans une logique de **spécialisation des parcours** des assistantes dentaires et de renforcement, avec les années, de la délégation d'actes (par exemple, création en novembre 2020 de la formation continue certifiante de techniques d'application de vernis fluoré). En effet, certains actes délégués ne sont pas enseignés par la formation initiale et nécessitent le suivi d'une formation certifiante, en particulier la prise de clichés radiographiques, l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et l'application de vernis fluoré.

> *« Au fil des années, les assistantes dentaires, hygiénistes et thérapeutes dentaires ont la possibilité de réaliser de plus en plus d'actes. »*
>
> *Thérapeute dentaire, ancienne assistante dentaire, 4 ans d'expérience (Royaume-Uni)*

Parcours modulaire de FCC des assistantes dentaires au RU



Source : Quadrat-études, 2021.

Ces formations continues certifiantes sont à la fois **plébiscitées** par les praticiens et les assistantes dentaires. En effet, elles garantissent des perspectives d'évolution professionnelle (élargissement du spectre des missions, spécialisation, augmentation du salaire) tout en remplissant leur rôle de recentrage de l'activité du chirurgien-dentiste sur les missions à forte valeur ajoutée.

> *« Ces formations spécialisées sont bien, elles permettent de faire gagner du temps aux dentistes. »*
>
> *Chirurgien-dentiste dirigeant, 36 ans d'expérience (Royaume-Uni)*

Fiches comparatives par métier

	ASSISTANTE DENTAIRE	Belgique	Allemagne	Royaume-Uni	Danemark	Italie	Roumanie
Caractéristiques de l'emploi	Conditions d'emploi	CDI, temps partiel (28-30 h), multiactivité fréquente	CDI, temps complet (40 h) ou partiel > 80 %	CDI, temps complet (37,5 h)	CDI, temps partiel (30-34 h)	CDI, temps complet (40 h)	CDI, temps complet (40 h)
	Salaire mensuel net moyen à temps complet	1 640 €	1 700 €	2 100 €	2 400 €	1 200 €	490 €
	Recrutement	Candidature spontanée	Partenariats OF initiale, candidature spontanée	Partenariats OF initiale, post-apprentissage	Partenariats OF initiale, post-apprentissage	Offres d'emploi, candidature spontanée	Recrutement en sortie d'école d'infirmier
Contenu du métier	Poste polyvalent/spécialisé	Polyvalent	Spécialisé	Spécialisé	Polyvalent	Polyvalent	Polyvalent
	Missions réalisées	Missions socle (assistance fauteuil, entretien de l'env. de soins, accueil et suivi des dossiers patients, gest. adm et des stocks) + compta. simple	Missions socle + management de la qualité, supervision maintenance, relations compl. santé, éducation à l'hygiène BD	Missions socle + radiographies, supervision maintenance, relations compl. santé, éducation à l'hygiène BD	Missions socle + radio., actes prophylactiques délégués, supervision maintenance, éducation à l'hygiène BD, planning, compta.	Missions socle + relations compl. santé, compta. simple	Missions socle + protocoles qualité, supervision maintenance
	Délégation d'actes	Non	Oui, sous condition de formation continue certifiante : radiographies, actes prophylactiques non invasifs sans anesthésie	Oui, sous condition de formation continue certifiante : radiographies, actes prophylactiques non invasifs sans anesthésie	Oui : radiographies, actes prophylactiques non invasifs sans anesthésie, polissage, petites obturations…	Non	Non
	Dépendance hiérarchique directe	Chirurgien-dentiste (CD)	CD, responsable de cabinet	CD, responsable de cabinet, assistante dentaire en chef	Chirurgien-dentiste (CD)	Chirurgien-dentiste (CD)	Chirurgien-dentiste (CD)
Formation et diplômes	Nature et réglementation de la formation initiale	Pas de formation réglementée, mais des formations existent (6-12 mois)	Formation de 3 ans obligatoire et réglementée	Formation de 2 ans obligatoire et réglementée	Formation de 3 ans obligatoire et réglementée	Formation d'un an obligatoire et réglementée (2021)	Formation de 3 ans obligatoire (cursus de soins infirmiers)
	Caractéristiques de la formation initiale	Alternance hebdomadaire, 40 % de pratique en cabinet dentaire	Alternance hebdo. ou mensuelle, 70 % de pratique en cabinet dentaire	Alternance hebdo. ou mensuelle, 70 % de pratique en cabinet dentaire	Formation théorique + stages, 70 % de pratique en cabinet dentaire	Formation théorique + stages, 55 % de pratique en cabinet	
		Coût : 325 €	Coût : gratuite	Coût : 15 000 € (présentiel), 4 000 € (en ligne)	Coût : gratuite	Coût : env. 2 000 €	
	Contenu de la formation initiale	45 % assistance aux soins et au fauteuil	45 % assistance aux soins et au fauteuil	60 % assistance aux soins et au fauteuil	50 % assistance aux soins et au fauteuil	55 % assistance aux soins et au fauteuil	
		50 % gestion administrative et relation patients	45 % gestion administrative et relation patients	25 % gestion administrative et relation patients	20 % gestion administrative et relation patients	45 % gestion administrative et relation patients	
		5 % autres actes (radiographie, éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)	10 % autres actes (radiographie, éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)	15 % autres actes (radio., éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)	30 % autres actes (radio., éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)		
Enjeux, parcours	Évolutions possibles, parcours professionnels	Peu de perspectives d'évolution, évolution fréquente hors de la filière dentaire	Formation continue certifiante prophylaxie (ZMP) ou administrative (ZMV), hygiéniste dentaire, responsable de cabinet	Formation continue certifiante modulaire, métier d'hygiéniste / thérapeute dentaire	Formations continues conditionnées au financement employeur	Évolution vers le métier d'hygiéniste (reprise d'études, formation coûteuse)	Pas de perspective d'évolution dans la filière dentaire, autres filières de soins
	Enjeux métiers, difficultés rencontrées	Peu de reconnaissance officielle associée à la profession, manque d'autonomie, structuration de la profession en cours	Attractivité et image métier dégradées, turnover élevé, vieillissement de la population salariée	Métier attractif, valorisé dans les cabinets, proposant des options de spécialisation	Expérience réussie de délégation d'actes avancée, impact positif sur le cabinet dentaire	Rémunération faible, image métier en berne et enjeu de valorisation de la profession par les CD	Turnover élevé, conc. entre employeurs potentiels, manque de formation et long temps d'intégration

Fiches comparatives par métier

	HYGIENISTE	Belgique	Allemagne	Royaume-Uni	Danemark	Italie
Caractéristiques de l'emploi	Conditions d'emploi	CDI à temps plein, ou temps partiel dans plusieurs cabinets	CDI à temps plein, ou temps partiel dans plusieurs cabinets	CDI à temps plein, ou à temps partiel dans un autre ou leur propre cabinet	CDI à temps partiel, dans un seul cabinet	CDI à temps partiel dans plusieurs cabinets
	Salaire mensuel net moyen à temps complet	Oui (très rare)	Non	Oui (fréquent)	Oui (très rare)	Oui (rare)
	Recrutement	2100€	2400€	3670€	3500€	1700€
Contenu du métier	Poste polyvalent/spécialisé	Missions socle (évaluation de l'état de santé bucco-dentaire, enseignement des principes d'hygiène buccale, déf. d'un plan de soins préventifs, réalisation de soins préventifs : détartrage, traitement de la plaque, fluoration, obturation, désensibilisation/reminéralisation, blanchiment) + protège-dents sportifs, empreintes dentaires	Missions socle + motivation et suivi sur le long terme des patients, polissage, empreintes dentaires, anesthésie locale	Missions socle + polissage, empreintes dentaires, anesthésie locale, pose d'appareils orthodontiques, pose et remplacement d'obturation temporaire	Missions socle + polissage, prescriptions, empreintes dentaires, anesthésie locale, pose d'appareils orthodontiques, pose et remplacement d'obturation temporaire, enlèvement de sutures / pansements buccaux, traitement de caries non invasives	Missions socle + polissage, prescriptions
	Missions réalisées	Substitution + délégation d'actes prophylactiques avancés	Délégation uniquement	Substitution + délégation d'actes prophylactiques avancés	Substitution + délégation d'actes prophylactiques avancés	Substitution + délégation d'actes prophylactiques avancés
	Délégation d'actes	CD dirigeant	CD dirigeant	CD dirigeant	CD dirigeant	CD dirigeant
	Dépendance hiérarchique directe	Formation universitaire de 3 ans obligatoire	Formation continue certifiante (1 an) pour les assistantes dentaires spécialisées prophylaxie	Formation universitaire de 3 ans obligatoire	Formation universitaire de 3 ans obligatoire	Formation universitaire de 3 ans obligatoire
Formation et diplômes	Nature et réglementation de la formation initiale	Temps plein + stages, formation gratuite	Alternance hebdomadaire, 7000 à 15000€	Temps plein + stages, 30000€	Temps plein + stages, formation gratuite	Temps plein + stages, 2500 à 12000 €
	Caractéristiques de la formation initiale	Formation homogène selon les pays : 60 à 70 % d'enseignements théoriques (biologie, théorie médicale, théorie dentaire), 30 % à 40 % d'enseignements pratiques (prise en charge patients, communication et éducation à la santé bucco-dentaire…)	Alternance hebdo. ou mensuelle, 70 % de pratique en cabinet dentaire	Formation homogène selon les pays : 60 à 70 % d'enseignements théoriques (biologie, théorie médicale, théorie dentaire), 30 % à 40 % d'enseignements pratiques (prise en charge patients, communication et éducation à la santé bucco-dentaire…)	Formation théorique + stages, 70 % de pratique en cabinet dentaire	Formation théorique + stages, 55 % de pratique en cabinet
		Pas d'évolution dans la filière dentaire (hormis reprise d'étude, CD)	Pas d'évolution dans la filière dentaire (hormis reprise d'étude, CD)	Installation en cabinet libéral	Pas d'évolution possible dans la filière dentaire	Pas d'évolution dans la filière dentaire (hormis reprise d'étude, CD)
	Contenu de la formation initiale	Profession nouvelle, aux enjeux de reconnaissance par les CD et les patients	Enjeu d'évolution après quelques années de pratique professionnelle	Enjeu de reconnaissance de l'éventail des compétences par les patients, notamment pour les soins avancés, exigence de formation régulière, légitimité face aux CD	Profession installée et valorisée par les CD, enjeu de pénurie de professionnels et de reconnaissance par les patients en zone rurale	Difficulté de constitution de la patientèle, multiactivité, forte valorisation du métier par les cabinets
		50 % gestion administrative et relation patients	45 % gestion administrative et relation patients	25 % gestion administrative et relation patients	20 % gestion administrative et relation patients	45 % gestion administrative et relation patients
		5 % autres actes (radiographie, éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)	10 % autres actes (radiographie, éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)	15 % autres actes (radio., éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)	30 % autres actes (radio., éducation à l'hygiène BD, soins prophylactiques)	
Enjeux, parcours	Évolutions possibles, parcours professionnels	Peu de perspectives d'évolution, évolution fréquente hors de la filière dentaire	Formation continue certifiante prophylaxie (ZMP) ou administrative (ZMV), hygiéniste dentaire, responsable de cabinet	Formation continue certifiante modulaire, métier d'hygiéniste / thérapeute dentaire	Formations continues conditionnées au financement employeur	Évolution vers le métier d'hygiéniste (reprise d'études, formation coûteuse)
	Enjeux métiers, difficultés rencontrées	Peu de reconnaissance officielle associée à la profession, manque d'autonomie, structuration de la profession en cours	Attractivité et image métier dégradées, turnover élevé, vieillissement de la population salariée	Métier attractif, valorisé dans les cabinets, proposant des options de spécialisation	Expérience réussie de délégation d'actes avancée, impact positif sur le cabinet dentaire	Rémunération faible, image métier en berne et enjeu de valorisation de la profession par les CD

PERSPECTIVES ET PISTES D'ACTIONS

AXES PRIORITAIRES D'ACTION

➤ DEUX AXES PRIORITAIRES D'ACTION

L'analyse européenne permet une relecture enrichie de l'étude prospective réalisée en 2020 et des enjeux identifiés pour les cabinets dentaires français à la lumière des évolutions constatées dans les autres pays étudiés.

Au niveau européen, y compris en France, **cinq constats, impactant l'activité** et la structuration de la filière dentaire, sont mis en évidence. **Deux principaux axes de travail,** en lien avec les enjeux prospectifs identifiés en 2020 au niveau des cabinets dentaires français, en découlent.

Évolution des besoins de santé dentaire
Des patients plus âgés, avec des besoins de soins chroniques et/ou complexes engendrant une demande de soins plus importante et des prises en charges plus complexes.

Évolution des politiques de santé dentaire
Dans des systèmes de santé de plus en plus contraints économiquement, essor de l'orientation des politiques de santé vers les soins préventifs et réguliers, limitant le développement de pathologies dentaires.

Renforcement des exigences réglementaires et administratives
Complexification de l'écosystème d'activité dentaires (réglementation, complémentaires santé…), augmentation des exigences en matière de suivi des soins dentaires et management de la qualité…

Renforcement des perturbations concurrentielles
Développement des centres de santé dentaire et de partenariats structurés avec les complémentaires santé (réseaux de soins, contrats préférentiels…) engendrant à terme une concurrence entre les cabinets dentaires (prix…).

Problématique de reconnaissance associée au métier d'AD et des perspectives d'évolution
Peu d'options de formation continue et un faible accès à la formation, pas de passerelles métiers, et une évolution professionnelle qui passe ainsi par la mobilité entre cabinets, engendrant un turnover élevé.

Axe 1
Accompagner la mue des cabinets dentaires vers une organisation plus rationalisée : élargie, verticale et spécialisée.

Axe 2
Améliorer l'attractivité du métier d'AD et les opportunités d'évolution professionnelle associées.

PISTES D'ACTION EMPLOI-FORMATION

Dans la lignée de chacun des deux axes de travail identifiés, plusieurs pistes d'actions emploi-formation, inspirées du contexte européen, ont été approfondies afin de répondre aux enjeux prospectifs des cabinets dentaires français.

➤ AXE N° 1

Le premier axe de travail consiste à « accompagner la mue des cabinets dentaires vers une organisation plus rationalisée : élargie, verticale et spécialisée ».

Pour ce faire, les actions à conduire en priorité doivent répondre aux trois grandes tendances organisationnelles et métiers identifiées pour la France (regroupement des chirurgiens-dentistes engendrant une augmentation de la taille des équipes, intégration de nouvelles fonctions support et augmentation des perturbations concurrentielles). Celles-ci s'inspirent largement de l'analyse européenne réalisée tout en prenant en compte le contexte spécifique à la France

Trois enjeux principaux sont mis en évidence sur cet axe.

Développement des compétences « support » stratégiques

Constats	Enjeux prioritaires
• Evolution amorcée vers des cabinets moins nombreux, aux équipes plus grandes incluant des chirurgiens-dentistes salariés, passant à une organisation verticale spécialisée aux nombreux enjeux RH. • Fonctions administratives, requérant davantage de temps et de compétences, prises en charge par des personnels spécialisés.	▶ Favoriser la montée en compétences managériales et administratives des employeurs et des salariés des cabinets dentaires.

Afin d'accompagner la montée en compétences managériales et administratives des chirurgiens-dentistes et des salariés des cabinets dentaires, trois pistes d'actions peuvent être envisagées :

- Piste 1.1. **Développer des outils d'aide au management et à la gestion RH d'équipes élargies à destination des chirurgiens-dentistes dirigeants** (fiches ressources, kits de communication, gestion des conflits…) et salariés (formation professionnelle continue à la gestion d'un cabinet…).
- Piste 1.2. **Créer des formations certifiantes de spécialisation en gestion et administration de cabinet dentaire,** corrélant administration et management. À terme, pour les cabinets les plus grands, envisager une formation certifiante vers un échelon intermédiaire de gestion (« responsable de cabinet dentaire »…).
- Piste 1.3. **Evaluer l'opportunité de créer une certification commune interbranches (CQPI…) préparant aux métiers de support administratif,** aux contours similaires, dans les cabinets dentaires et vétérinaires (« gestion administrative de cabinet libéral »…).

> L'accès à la formation et la validation des acquis d'expérience (VAE) constituent des leviers d'actions privilégiés.

Aide dentaire, une exception à valoriser

Constats	Enjeux prioritaires
• Métier d'aide dentaire sans équivalent en Europe, minoritaire au sein de la branche, mais véritable tremplin pour l'insertion professionnelle dans la filière et au caractère spécialisé valorisé par les chirurgiens-dentistes.	Affirmer le rôle des aides dentaires au sein des nouvelles organisations et diffuser largement des perspectives d'évolution professionnelle.

Pour permettre aux aides dentaires d'affirmer leur positionnement dans des organisations élargies et spécialisées à moyen terme, tout en maintenant le caractère « tremplin » du métier qui constitue une porte d'entrée plébiscitée dans la filière dentaire, l'accès à la formation et la validation des acquis d'expérience (VAE) constituent des leviers d'actions privilégiés.

- **Piste 1.4. Faciliter l'accès à la formation continue pour les aides dentaires** qui souhaitent évoluer dans des cabinets dentaires de plus grande taille et renforcer leurs compétences de gestion des plateaux techniques et du risque infectieux.
- **Piste 1.5. Développer l'accès à la formation certifiante permettant aux aides dentaires d'évoluer** vers le métier d'assistante dentaire et/ou vers le pôle spécialisé administratif. Renforcer la communication sur les différents dispositifs conduisant à la certification (VAE, formation continue).

Délégation d'actes, un enjeu organisationnel

Constats	Enjeux prioritaires
Adaptation de l'organisation des cabinets à une demande croissante portée par les soins préventifs, justifiant la délégation d'actes courants dans la majorité des pays européens.	Penser le cadre d'une éventuelle délégation d'actes en France et, le cas échéant, définir le périmètre d'intervention de chaque professionnel.

Alors que la quasi-totalité des pays européens étudiés ont instauré une forme de délégation d'actes, jugée efficace pour répondre aux nouveaux enjeux transverses de santé dentaire, la France fait encore figure d'exception.

Deux types d'actions pourraient être mis en place à court et moyen terme :

- **Piste 1.6. Élaborer un premier cadre et un référentiel des activités pouvant être déléguées aux assistantes dentaires dans les cabinets français** et leurs conditions (formation), sur la base des activités fréquemment déléguées en Europe avec succès et des travaux déjà réalisés par la branche au cours des dernières années.
- **Piste 1.7. À moyen terme, évaluer l'opportunité d'introduire la profession d'hygiéniste dentaire,** *via* la formation initiale (modèle LMD) afin de créer un « vivier » supplémentaire de professionnels pour la filière dentaire, voire aussi *via* la formation professionnelle continue certifiante dans le but de créer des opportunités d'évolution au sein de la branche.

➤ AXE 2

Le deuxième axe de travail consiste en « l'amélioration de l'attractivité du métier d'assistante dentaire et des opportunités d'évolution professionnelle associées ».

En effet, le métier d'assistante dentaire souffre d'une image dégradée en France et en Europe. Certains pays ont réussi à inverser la tendance en concevant des parcours d'évolution et de spécialisation pour ces professionnelles. Il apparaît pertinent pour la branche professionnelle de réfléchir à l'introduction de tels parcours en France. Ces parcours peuvent en outre permettre de mieux répondre aux enjeux de santé dentaire *via* un élargissement du périmètre d'intervention des professionnelles.

Délégation d'actes radiographiques

Constats	Enjeux prioritaires
• Les assistantes dentaires françaises, parmi les rares en Europe à ne pas réaliser de clichés radiographiques. • Intérêt économique de délégation d'actes courants à des professionnels non-chirurgiens-dentistes afin de recentrer l'activité des chirurgiens-dentistes sur des actes à plus forte valeur ajoutée.	Etendre le périmètre des activités réalisées par les assistantes dentaires dans la lignée du standard européen actuel.

Pour ce faire, une redéfinition précise du périmètre d'intervention des assistantes dentaires dans la réalisation d'actes radiographiques semble opportune, dans la lignée des préconisations de l'étude prospective réalisée en 2020.

- **Piste 2.1. Agir auprès des pouvoirs publics pour autoriser l'élargissement du périmètre d'activités des assistantes dentaires à la réalisation des actes de radiologie bucco-dentaire,** *via* la création d'une formation continue certifiante pour les professionnelles en poste et l'intégration d'une certification radio à la formation initiale pour les futures professionnelles.

Parcours de formations continues à construire

Constats	Enjeux prioritaires
• Adaptation de l'organisation des cabinets à une demande croissante, portée par les soins préventifs, justifiant la délégation d'actes courants à de nouveaux professionnels (assistante dentaire, hygiéniste dentaire…). • Emergence de besoins en compétences pointus (soins spécialisés, publics complexes) et de nouveaux cadres d'intervention (EHPAD, écoles…). • Image dégradée du métier d'assistante dentaire, absence de possibilités d'évolution professionnelle dans les cabinets français, et turnover élevé.	Développer et baliser des parcours d'évolution professionnelle *via* la formation continue certifiante pour les assistantes dentaires.

Afin d'accompagner la délégation d'actes et la spécialisation des assistantes dentaires, la création de formations continues certifiantes, à l'instar de ce qui est déjà mis en place au Royaume-Uni et en Allemagne, apparaît comme une solution pertinente.

- **Piste 2.2. Créer un parcours de formation continue certifiante modulaire « assistante dentaire qualifiée de niveau 2 »** (ADQ2), accessible sous conditions aux assistantes dentaires, organisé en trois filières distinctes et tenant compte des spécificités des cabinets français (par exemple *via* la création de deux CQP) :
- **filière « ODF » (orthopédie dento-faciale)** reprenant la mention de spécialisation ODF actuelle, accessible *via* le plan

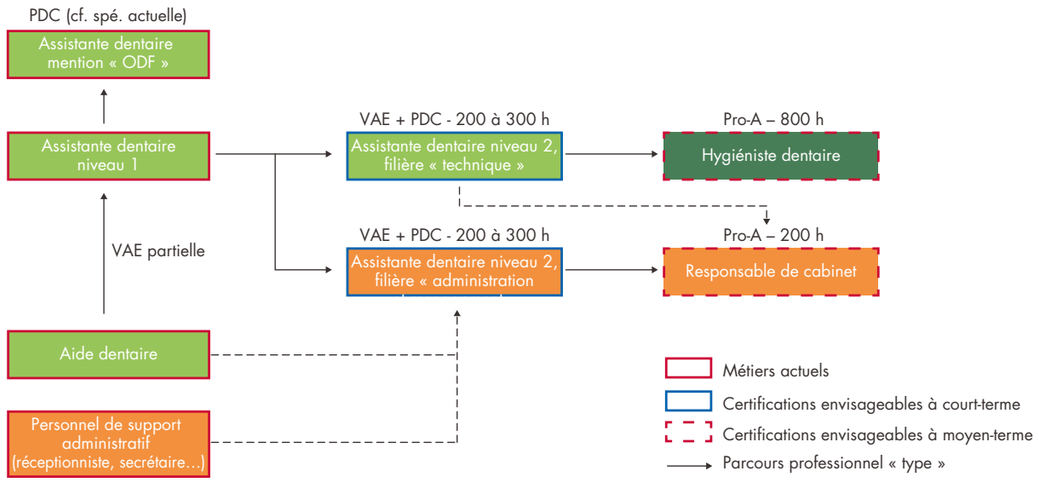
de développement des compétences (PDC) ;

- **filière « Technique »,** regroupement des mentions « technique » et « prophylaxie » proposées par l'étude prospective. Modèle « hybride » combinant VAE (communication patient, éducation à l'hygiène bucco-dentaire, etc.) et modules de formations continues de 200 à 300 heures, *via* le PDC (délégation d'actes ciblés, assistance aux soins complexes, publics spécifiques, EHPAD…) ;
- **filière « Administration et management »,** ouverte en priorité aux assistantes dentaires et aides dentaires (et éventuellement aux personnels de supports). Modèle « hybride » combinant VAE (gestion des dossiers patients, de la facturation…) et modules de formations continues de 200 à 300 heures, *via* le PDC (focale sur les compétences de gestion administrative car une certification spécialisée en management n'est nécessaire que dans les très grands cabinets, cf. Allemagne, Royaume-Uni et Roumanie).

NOUVEAUX PARCOURS PROFESSIONNELS ENVISAGEABLES

À terme, l'implémentation de tout ou partie de ces pistes d'actions pourrait contribuer à baliser des parcours professionnels au sein de la branche, dans la lignée des bonnes pratiques européennes.

Exemple hypothétique de parcours d'évolution professionnelle dans la branche, intégrant les pistes d'actions formulées ci-dessus



PDC : plan de développement des compétences.
VAE : validation des acquis de l'expérience.
Pro-A : reconversion ou promotion par l'alternance.

Source : Quadrat-études, 2021.

ANNEXES

MONOGRAPHIES

Allemagne

➤ PRÉSENTATION DU CABINET

Caractéristiques du cabinet dentaire

Profil du cabinet dentaire

Le cabinet est situé à Schwerin dans une zone peu densément peuplée du nord-est de l'Allemagne. Il a été fondé en 1991, après la réunification. Il est possédé et géré par un seul chirurgien-dentiste. C'est une Einzelpraxis, c'est-à-dire un cabinet à exercice individuel.

La patientèle du cabinet est diversifiée : des patients de tous âges sont pris en charge. La large majorité des patients dépend d'une caisse publique (90 %). La minorité rattachée à une caisse privée génère toutefois 30 à 40 % des recettes du cabinet. Les chirurgiens-dentistes du cabinet sont conventionnés. Ils ont la possibilité d'ajuster leurs tarifs, en se basant néanmoins sur les barèmes et taux de prise en charge définis par les caisses d'assurance maladie.

Au sein de ce cabinet exerce également un chirurgien-dentiste salarié, assisté de deux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie. Les professionnels des soins dentaires exercent sur trois fauteuils, sur un modèle de rotation la plupart du temps en demi-journée.

Activité de soins dentaires

Le cabinet propose des soins dentaires généralistes, avec une forte orientation sur les soins préventifs et prophylactiques.

Éléments structurant la pratique des soins dentaires

Alors que la grande majorité des patients dépendent d'une caisse publique, qui fixe des plafonds trimestriels de prise en charge par patient et par praticien, le cabinet a tout intérêt, afin de générer davantage de recettes, à développer les soins prophylactiques qui sont entièrement à la charge des patients et ne rentrent donc pas en ligne de compte dans le calcul des plafonds de soins dentaires.

Évolutions du contexte d'activité

Afin de répondre, après la réunification, à une augmentation de la demande en appareils prothétiques, le cabinet a créé en 1995 son propre laboratoire dentaire, avec un double intérêt pour le cabinet et les patients : une intervention directe de la prothésiste dentaire en posture de conseil auprès des patients, dès l'établissement du diagnostic, et des délais de fabrication réduits.

Une meilleure adaptation aux besoins des patients est d'autant plus nécessaire que leur niveau d'exigence quant à la qualité des soins et des traitements a augmenté au cours des dernières années.

> Toutes les salariées sont des femmes. Elles ont toutes été embauchées en CDI et travaillent à temps plein.

➤ ORGANISATION DU TRAVAIL

Équipe dentaire

Composition de l'équipe dentaire	Effectif (personnes physiques)
Chirurgien-dentiste dirigeant	1
Chirurgien-dentiste salarié	1
Assistantes dentaires spécialisées assistance au fauteuil	2
Assistantes dentaires spécialisées prophylaxie	2
Assistantes dentaires spécialisées administration	2
Technicienne dentaire	1
Assistantes techniciennes dentaires	2
Effectif total de l'équipe	11

Profils et conditions d'emploi

Les deux chirurgiens-dentistes sont des hommes, travaillant à plein temps. Le chirurgien-dentiste dirigeant a environ soixante ans.

Toutes les salariées sont des femmes. Elles ont toutes été embauchées en CDI et travaillent à temps plein. La plupart d'entre elles exercent au sein de ce cabinet depuis dix ans environ.

Organisation des soins dentaires

Contenu des activités par métier

Les chirurgiens-dentistes du cabinet effectuent toutes les étapes nécessaires aux soins dentaires : ils réalisent la consultation, établissent un diagnostic, déterminent le plan de traitement et exécutent tous les actes qui y sont prévus. Dans ce cabinet, les chirurgiens-dentistes dispensent uniquement des soins curatifs (obturation, dévitalisation, pose d'implant et de couronne dentaire, etc.), les soins prophylactiques étant délégués aux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie.

Les deux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie réalisent l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, les soins prophylactiques (détartrage, fluoration locale, polissage), et le développement de clichés radiographiques. L'activité de prophylaxie n'étant pas suffisante, la moitié de leur temps de travail est consacrée à des missions traditionnelles d'assistance au fauteuil et en périphérie des soins.

Avec les deux assistantes dentaires spécialisées assistance au fauteuil, elles effectuent donc des tâches de stérilisation et préparation des instruments, transmission manuelle des instruments au chirurgien-dentiste, aspiration, mais aussi préparation et remise en état des salles de soins.

Délégation et substitution d'actes

Les chirurgiens-dentistes délèguent aux deux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie les actes suivants : prise d'empreintes, fluoration locale, nettoyage professionnel jusqu'à 3 mm sous la gencive, conseil et éducation à l'hygiène bucco-dentaire. La délégation d'actes se réalise dans un cadre bien précis : les assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie qui effectuent les actes délégués (courants, faible risque de complication) sous la responsabilité entière des chirurgiens-dentistes, c'est-à-dire sur leur prescription, à portée de voix, et avec un contrôle a posteriori.

Partenaires récurrents

Le cabinet travaille épisodiquement avec des laboratoires externes pour la fabrication d'appareils prothétiques spécifiques non réalisables au sein du laboratoire interne.

Les chirurgiens-dentistes disposent également d'un réseau local de praticiens spécialisés (un orthodontiste et un chirurgien spécialisé en chirurgie maxillo-faciale) auxquels sont adressés les patients ayant besoin de soins orthodontiques ou chirurgicaux.

Organisation des autres activités

Contenu des activités par métier

Les missions de gestion et d'administration sont réalisées par les assistantes dentaires spécialisées en administration et, dans une moindre mesure, par le chirurgien-dentiste dirigeant.

À la réception, les deux assistantes dentaires spécialisées en administration prennent en charge la gestion des rendez-vous, des appels, l'accueil des patients, la gestion de leurs dossiers ainsi que la facturation des consultations. Elles assurent également des tâches de comptabilité, (gestion des factures, tenue de la comptabilité interne et avec les caisses d'assurance maladie), de gestion des ressources humaines (contrôle de la paie, gestion des plannings et vacances) et des stocks (commandes de matériels, contacts avec les fournisseurs, etc.) Enfin, c'est à elles qu'incombent la responsabilité de gérer les relations avec les unions régionales, les assureurs et les mutuelles.

Le chirurgien-dentiste dirigeant prend en charge les tâches stratégiques de gestion et d'administration du cabinet : commandes de matériels coûteux, missions relatives à la gestion des ressources humaines (recrutement, formation, etc.).

Le management de la qualité, qui consiste en la supervision des processus et l'écriture des protocoles respectant les exigences réglementaires, est géré par les assistantes les plus expérimentées (spécialisée en prophylaxie, et spécialisée en administration).

Partenaires récurrents

La comptabilité approfondie du cabinet est gérée par une société externe.

Management et collaboration au sein de l'équipe

Dépendances hiérarchiques et profils des encadrants

Quelle que soit leur spécialisation, les assistantes dentaires évoluent sous la responsabilité des chirurgiens-dentistes. Elles réalisent néanmoins l'ensemble de leurs missions de façon autonome. Les assistantes dentaires spécialisées assistance au fauteuil peuvent également être encadrées et formées par les assistantes dentaires spécialisées prophylaxie sur la dimension « soins » du métier.

Concernant les actes délégués, les assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie réalisent leurs missions en toute autonomie, sous la responsabilité directe du chirurgien-dentiste. Elles ont en effet leur propre salle de traitement et patientèle.

La dépendance hiérarchique entre chirurgien-dentiste dirigeant et salarié est légère : ce dernier exerce de façon totalement autonome et peut se constituer sa propre patientèle, toutefois des objectifs en termes de chiffre d'affaires sont fixés par le chirurgien-dentiste dirigeant.

Si les chirurgiens-dentistes sont assistés au fauteuil par l'une des assistantes dentaires, ce n'est pas le cas des assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie qui travaillent seules. Les chirurgiens-dentistes n'ont pas d'assistante dentaire attitrée, ils peuvent travailler avec chacune d'entre elles, selon le planning de rotation qui a été défini ex-ante par les assistantes dentaires spécialisées en administration.

Type et formalisation du management

Le management pratiqué au sein de ce cabinet est vertical. Le travail y est nettement

> les assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie réalisent leurs missions en toute autonomie, sous la responsabilité directe du chirurgien-dentiste. Elles ont en effet leur propre salle de traitement et patientèle.

divisé et des rapports de dépendance hiérarchique entre ses membres (chirurgiens-dentistes, assistantes spécialisées, assistantes de premier niveau) y sont observables.

Le management est également formel : des points d'équipes sont organisés régulièrement notamment pour échanger sur des sujets relatifs au management de la qualité.

Articulation des soins dentaires et du parcours patient entre les intervenants

• En amont de la prise en charge

Le patient prend rendez-vous avec l'un des deux chirurgiens-dentistes ou une des deux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie. À son arrivée, il est accueilli par l'une des deux assistantes dentaires spécialisées en administration. Si c'est la première fois qu'il se rend au cabinet, il indique la raison de sa venue, s'il souffre de pathologies, suit un traitement, etc. Il est amené en salle de soins et installé au fauteuil par l'assistante dentaire qui assistera le chirurgien-dentiste, ou par l'une des deux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie dans le cas d'actes délégués.

• Au cours de la prise en charge

Le patient est ensuite pris en charge par l'un des deux chirurgiens-dentistes ou par l'une des deux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie.

• En aval de la prise en charge

Le patient est enfin raccompagné par l'une des deux assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie ou par l'assistante dentaire ayant assisté le chirurgien-dentiste. L'une des deux assistantes dentaires spécialisées en administration prend en charge la facturation.

Gestion des ressources humaines

Recrutement et intégration

Le recrutement est effectué sur diffusion d'offres d'emploi sur Internet et au sein des journaux locaux. L'une des deux assistantes dentaires spécialisées en administration exerçait auparavant au sein de ce cabinet, en qualité d'assistante dentaire spécialisée assistance au fauteuil.

Au moment de leur prise de poste, les assistantes dentaires spécialisées en prophylaxie ou assistance au fauteuil sont formées par les chirurgiens-dentistes sur les dimensions d'assistance au fauteuil, et par les assistantes dentaires spécialisées en administration sur les différents aspects du métier (assistance au fauteuil, gestion administrative, etc.) et sur les pratiques internes du cabinet.

Politique de formation

L'ensemble des membres du cabinet a accès à la formation continue. Régulièrement, les assistantes dentaires suivent des formations sur différentes thématiques : gestion et administration du cabinet, nouveaux traitements, protection des patients, etc.

Enjeux organisationnels

Deux enjeux organisationnels majeurs ont été soulignés par le chirurgien-dentiste dirigeant. Le premier est la définition du périmètre d'activité des salariées du fait de la taille de l'équipe, en particulier en administration entre les deux assistantes spécialisées (gestion de la réception, des plannings, de la comptabilité, des relations avec les caisses d'assurance maladie, des stocks, etc.), et la gestion du matériel.

Le second est la gestion du matériel, devenue, avec le temps, un enjeu organisationnel structurant : dans un souci d'optimisation des coûts, il devient essentiel de rationaliser les commandes et le rangement du matériel, et de définir les processus d'utilisation optimale du matériel.

> Il devient essentiel de rationaliser les commandes et le rangement du matériel, et de définir les processus d'utilisation optimale du matériel.

➤ PERSPECTIVES ET BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Problématiques de ressources humaines

Attractivité et fidélisation

On observe une pénurie de main-d'oeuvre et un fort taux de turnover dans la filière dentaire en Allemagne : le métier d'assistante dentaire pâtit d'une mauvaise image, et les contingents en formation initiale diminuent depuis plusieurs années.

Pour autant, le taux de turnover est très faible et les salariées ont une ancienneté moyenne d'environ dix ans, du fait de la localisation dans une zone rurale où les opportunités de mobilité professionnelle des assistantes dentaires sont limitées.

Intérêt et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier

L'un des intérêts majeurs du métier d'assistante dentaire est la possibilité de connaître une évolution de carrière, grâce à la délégation d'actes ou à la spécialisation et sous condition de suivi de formation certifiante. Une assistante spécialisée en prophylaxie, et une spécialisée en administration, exerçaient ainsi auparavant en tant qu'assistantes généralistes au sein du cabinet. La spécialisation *via* la formation certifiante a ici permis la montée en compétences et une progression de salaire.

Le métier d'assistante dentaire présente également des difficultés : augmentation de la charge de travail avec le temps, de moins en moins de temps consacré aux patients du fait des contraintes liées au management de la qualité, facteurs de stress pour les salariées.

« C'est stressant parfois, il y a de plus en plus de bureaucratie avec le management de la qualité. On a des horaires de travail étendus, on se sent parfois vidés, surtout le soir. »

Perspectives professionnelles

Du fait de la localisation du cabinet en zone rurale, les assistantes dentaires peuvent espérer une évolution de carrière au sein même du cabinet plutôt qu'une mobilité professionnelle, en se formant à une spécialisation (administration, prophylaxie), en changeant de métier (hygiéniste dentaire ou responsable de cabinet), ou en élargissant le spectre de leurs missions (formation des assistantes dentaires débutantes, renforcement des tâches relatives au management de la qualité).

Besoins d'emploi et de compétences

Le chirurgien-dentiste dirigeant souligne deux besoins en compétences majeurs : en management de la qualité (compréhension de documentation technique, rédaction de protocoles, compétences organisationnelles…) et en matière de savoir-être, devenu de plus en plus indispensable au métier d'assistante dentaire (empathie, communication envers les patients…), en particulier avec les patients âgés qui sont de plus en plus nombreux.

Belgique

➤ PRÉSENTATION DU CABINET

Caractéristiques du cabinet dentaire

Profil du cabinet

Le cabinet dentaire est situé dans le centre-ville de Bruxelles. Il est détenu et géré par trois chirurgiens-dentistes associés, de la même famille (le père et ses deux enfants). C'est une société à responsabilité limitée (SRL), équivalent de la société à responsabilité limitée.

Le cabinet mesure 300 m² et comprend quatre salles de soin avec quatre fauteuils, mais les chirurgiens-dentistes n'en utilisent que trois. La localisation du cabinet et le fait que les chirurgiens-dentistes qui y exercent soient non-conventionnés influent sur le type de patientèle : cette dernière est urbaine et de classe moyenne à aisée.

Activité de soins dentaires

Les trois chirurgiens-dentistes sont omnipraticiens, ils proposent en très grande majorité des soins généralistes. Ils administrent également des soins en parodontie, implantologie et orthodontie, deux des trois chirurgiens-dentistes ayant suivi des formations complémentaires dans ces trois disciplines.

> Les trois chirurgiens-dentistes sont omnipraticiens proposent en très grande majorité des soins généralistes. Ils administrent également des soins en parodontie, implantologie et orthodontie, deux des trois chirurgiens-dentistes ayant suivi des formations complémentaires dans ces trois disciplines.

> Les chirurgiens-dentistes du cabinet sont non-conventionnés : ils fixent eux-mêmes leurs tarifs.

Contexte d'activité et déterminants de l'activité

Éléments structurant fortement la pratique des soins dentaires au quotidien

Les chirurgiens-dentistes du cabinet sont non-conventionnés : ils fixent eux-mêmes leurs tarifs. S'ils fixent le prix d'un soin à un tarif plus élevé que ce qui est remboursé par la mutuelle, le patient ne sera pas remboursé de cette différence, à moins qu'il n'ait souscrit une assurance complémentaire.

Généralement, et afin d'en éviter la surconsommation, les soins dentaires ne sont remboursés par la mutuelle qu'à hauteur des deux tiers de leur montant. En revanche, les soins esthétiques sont peu voire pas du tout remboursés par la mutuelle (c'est le cas, par exemple, des couronnes).

Évolutions du contexte d'activité

L'essor de nouvelles technologies dans les soins dentaires (laser, numérisation des prothèses, etc.) implique que les chirurgiens-dentistes se forment continuellement pour acquérir de nouvelles compétences et se distinguer de leurs concurrents : ainsi, l'un des chirurgiens-dentistes du cabinet suit actuellement une formation continue sur la numérisation des prothèses.

➤ L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Équipe dentaire

Composition de l'équipe dentaire	Effectif (personnes physiques)
Chirurgiens-dentistes associés	3
Assistantes dentaires généralistes	2
Effectif total de l'équipe	5

Profils et conditions d'emploi

Les chirurgiens-dentistes associés font partie de la même famille : le père, qui a créé le cabinet, a environ soixante-cinq ans. Son fils et sa fille, tous deux associés, ont entre trente et trente-cinq ans. Ils travaillent tous les trois à temps complet, c'est-à-dire cinq jours par semaine.

Les deux assistantes dentaires (trente et cinquante ans) travaillent toutes les deux en CDI et à temps partiel. La plus jeune travaille au sein du cabinet depuis deux ans. Cousine des deux chirurgiens-dentistes associés, elle exerçait avant ce poste en tant que coiffeuse. L'autre assistante dentaire travaille au cabinet depuis neuf ans et était auparavant agente de propreté.

Organisation des soins dentaires

Contenu des activités par métier

Les chirurgiens-dentistes du cabinet effectuent toutes les étapes nécessaires aux soins dentaires : ils réalisent la consultation, établissent un diagnostic, déterminent le plan de traitement et exécutent tous les actes qui y sont prévus. Dans ce cabinet, les chirurgiens-dentistes dispensent à la fois des soins prophylactiques (détartrage, prophylaxie) et des soins curatifs (obturation, dévitalisation, pose d'implant et de couronne dentaire, etc.).

L'une des chirurgiens-dentistes, formée en orthodontie, prodigue occasionnellement des soins spécialisés (consultation de suivi orthodontique, pose et retrait d'appareil, etc.). Un autre associé formé à la parodontologie et à l'implantologie dispense parfois des soins parodontaux (nettoyage des gencives, traitements chirurgicaux) et en implantologie (opérations chirurgicales avancées).

Les deux assistantes dentaires réalisent à la fois des tâches d'assistance au fauteuil (stérilisation et préparation des instruments, transmission manuelle des instruments au chirurgien-dentiste, tenue de l'aspirateur dans la bouche des patients) et aux soins (stérilisation des salles de soins avant et après chaque rendez-vous, développement des clichés radiographiques).

Délégation et substitution d'actes

La délégation d'actes dentaires aux assistantes dentaires est interdite en Belgique et n'existe officiellement pas au sein du cabinet. Il arrive cependant que l'une des deux assistantes dentaires effectue des tâches qu'elle n'est pas censée faire, comme couper un fil dans la bouche d'un patient.

Aucun hygiéniste dentaire n'exerce au sein de ce cabinet, mais le cabinet pourrait être intéressé par un recrutement : l'un des chirurgiens-dentistes souligne que, l'hygiéniste dentaire réalisant des soins à faible valeur ajoutée et chronophages (détartrages, radiographies, éducation à l'hygiène bucco-dentaire), il pourrait être rentable pour le cabinet d'en employer un.

Partenaires récurrents

Le cabinet travaille régulièrement avec des laboratoires de prothèse dentaire qui prennent en charge la fabrication des couronnes, implants, appareils orthodontiques, etc.

Organisation des autres activités

Contenu des activités par métier

Les tâches de gestion administrative sont surtout réalisées par l'une des deux assistantes dentaires. Cette dernière s'occupe de l'accueil téléphonique et des patients, de la gestion des rendez-vous, de l'encaissement, des dossiers patients et des stocks (commande de matériel).

Les chirurgiens-dentistes consacrent 2 à 3 % de leur temps de travail à l'exécution de tâches administratives, notamment la paie des assistantes dentaires.

Partenaires récurrents

Conformément à une obligation légale belge, le cabinet fait appel à un secrétariat social qui s'occupe de la retraite des salariés du cabinet, et peut-être amené à effectuer des contrôles des conditions de travail et du respect des normes sanitaires.

Management et collaboration au sein de l'équipe

Dépendances hiérarchiques et profils des encadrants

Il n'y a pas de dépendance hiérarchique entre les trois associés du cabinet.

Les assistantes dentaires sont supervisées et encadrées par les trois chirurgiens-dentistes associés du cabinet. Il n'y a pas de tâches pour lesquelles elles doivent obtenir la validation des chirurgiens-dentistes avant de les exécuter. En revanche, lorsque le planning des rendez-vous est complet, les assistantes dentaires doivent consulter les chirurgiens-dentistes pour prioriser les patients.

Type et formalisation du management

S'il existe une vraie hiérarchie entre les chirurgiens-dentistes associés et les assistantes dentaires, ces dernières sont autonomes dans la quasi-totalité de leurs missions.

Le management du cabinet est basé sur la confiance. Il n'est pas formalisé : aucune réunion d'équipe n'est organisée et les échanges se font de façon informelle.

Articulation des soins dentaires et du parcours patient entre les intervenants

- En amont de la prise en charge

À son arrivée, le patient est accueilli par l'assistante dentaire en charge de l'accueil des patients. Si c'est la première fois qu'il se rend au cabinet, il remplit un formulaire indiquant la raison de sa venue, s'il souffre de pathologies, suit un traitement, etc. Il est amené en salle de soins et installé au fauteuil par l'une des deux assistantes dentaires.

> *« Je chipote pas dans la bouche, c'est interdit. S'il faut le faire, je le ferai. Couper un fil je peux, mais une suture j'oserai pas, même si on m'a montré comment faire. »*

> En l'absence de formation initiale obligatoire, le recrutement d'assistantes dentaires seffectue sur la base du bouche-à-oreille. Elles connaissaient déjà les chirurgiens-dentistes du cabinet, qui les ont engagées pour leur motivation et parce qu'ils leur faisaient confiance.

- Au cours de la prise en charge

Le patient est ensuite soigné par l'un des trois chirurgiens-dentistes, ces derniers étant assistés au fauteuil par une assistante dentaire. Le chirurgien-dentiste le plus âgé peut travailler avec les deux assistantes dentaires du cabinet, tandis que ses enfants ne travaillent qu'avec l'une d'entre elles.

- En aval de la prise en charge

Finalement, le patient est raccompagné par l'une des deux assistantes dentaires afin de régler la consultation. Seule une assistante dentaire du cabinet prend en charge la facturation. Le patient paie la consultation au tarif fixé librement par les chirurgiens-dentistes du cabinet : il sera remboursé a posteriori par la mutuelle et, s'il en a souscrit à une, par son assurance complémentaire.

Gestion des ressources humaines

Recrutement

En l'absence de formation initiale obligatoire menant au métier d'assistante dentaire, le recrutement d'assistantes dentaires externes à la filière dentaire s'est effectué sur la base du bouche-à-oreille : elles connaissaient déjà les chirurgiens-dentistes du cabinet, qui les ont engagées pour leur motivation et parce qu'ils leur faisaient confiance.

Au moment de leur prise de poste, les deux assistantes dentaires ont été formées par les chirurgiens-dentistes du cabinet sur tous les aspects de leur métier : gestion administrative, assistance aux soins et au fauteuil. N'ayant ni suivi de formation initiale ni eu d'expérience en tant qu'assistante dentaire, elles ont appris ce métier « sur le tas ».

Politique de formation

Les assistantes dentaires du cabinet n'ont pas accès à la formation continue. En Belgique, ces dernières n'ont pas l'obligation d'en suivre pour continuer à exercer.

Enjeux organisationnels

Aucun enjeu ou difficulté organisationnel structurant l'activité du cabinet n'a été indiqué en entretien.

➤ PERSPECTIVES ET BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Problématiques de ressources humaines

Attractivité et fidélisation

L'un des éléments clés de fidélisation des assistantes dentaires est l'ambiance familiale qui règne au sein du cabinet : le management de style paternaliste est fondé sur la bienveillance si des erreurs sont commises, notamment dans la prise de rendez-vous.

Intérêt et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier

L'aspect relationnel du métier d'assistante dentaire est souligné par l'une d'entre elles comme l'un des intérêts de cette profession. La stabilité de l'emploi et les bonnes conditions de travail sont également perçues comme un élément de fidélisation.

Perspectives professionnelles

Les perspectives professionnelles des assistantes dentaires au sein du cabinet sont limitées : leur spectre des missions ne peut être élargi, même avec l'expérience. Pour autant, elles n'envisagent pas de quitter le cabinet pour aller exercer ailleurs (dans un autre cabinet ou secteur). L'une des deux assistantes dentaires souhaite continuer à y travailler à temps partiel, pour pouvoir poursuivre en parallèle son activité de coiffeuse.

Besoins d'emploi et de compétences

Ni les chirurgiens-dentistes ni les assistantes dentaires du cabinet n'ont formulé des besoins en compétences spécifiques. Aucune difficulté particulière n'est identifiée, qui nécessiterait le suivi de formation. Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes comme les assistantes dentaires évoquent une absence de souhait et de besoin d'évolution des missions et de développement des compétences.

Par conséquent, les assistantes dentaires n'ont pas accès à la formation continue.

Danemark

➤ PRÉSENTATION DU CABINET

Profil du cabinet dentaire

Caractéristiques de l'entreprise

Le cabinet dentaire est situé dans le centre de Kolding, une petite ville portuaire au sud du Danemark. C'est un cabinet privé, une Kommanditaktieselskab/Partnerselskab, proche de la société en commandite simple française.

Il est possédé et géré par trois chirurgiens-dentistes associés de la même famille : deux époux et le frère de l'un des deux.

Le cabinet possède cinq fauteuils de travail. Comme trois hygiénistes dentaires y exercent également, une rotation entre ces derniers et les trois chirurgiens-dentistes associés est nécessaire.

La patientèle du cabinet est très diversifiée, en termes d'âge ou de classe sociale, centrée sur les adultes de plus de dix-huit ans suivant le système danois. La patientèle par chirurgien-dentiste s'élève à 3 500 patients environ, un nombre élevé permis par la présence d'hygiénistes.

Activité de soins dentaires

Des soins généralistes et spécialisés - soins d'orthodontie, implantologie et parodontie - sont dispensés par les trois chirurgiens-dentistes et hygiénistes dentaires du cabinet.

Contexte d'activité et déterminants de l'activité

Éléments structurant fortement la pratique des soins dentaires au quotidien

La forte orientation vers la prévention de la politique de santé dentaire danoise résulte dans des prises en charges prophylactiques nombreuses et peu coûteuses, tandis que les soins curatifs sont très onéreux (1 600 € pour un implant dentaire). Cet accent mis sur la prévention explique en partie la composition de l'équipe dentaire et la forte présence des hygiénistes.

Ce cabinet étant privé, les tarifs y sont librement fixés par les praticiens, avec possible négociation par les patients. Seuls les actes délivrés aux personnes en situation de précarité sont conventionnés.

Évolutions du contexte d'activité

Il y a trente ans, un cabinet type se composait d'un chirurgien-dentiste et de deux assistantes dentaires : la taille des cabinets a donc fortement progressé et s'est structurée pour intégrer les hygiénistes dentaires dans un contexte de forts besoins de soins et de pénurie de professionnels.

“

Les chirurgiens-dentistes comptent deux hommes et une femme, tous âgés d'environ soixante ans. Ils travaillent à temps plein.
Toutes les salariées du cabinet, hygiénistes ou assistantes dentaires, sont des femmes. Elles ont été embauchées en CDI et travaillent à temps partiel.

➤ L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Équipe dentaire

Composition de l'équipe dentaire	Effectif (personnes physiques)
Chirurgiens-dentistes associés	3
Hygiénistes dentaires	3
Assistantes dentaires généralistes	2
Assistante dentaire spécialisée administration	1
Effectif total de l'équipe	9

Profils et conditions d'emploi

Les chirurgiens-dentistes comptent deux hommes et une femme, tous âgés d'environ soixante ans. Ils travaillent à temps plein respectivement depuis 2000 (année d'ouverture), 2001 et 2003.

Toutes les salariées du cabinet, hygiénistes ou assistantes dentaires, sont des femmes. Elles ont été embauchées en CDI et travaillent à temps partiel, soit environ trente heures par semaine.

Organisation des soins dentaires

Contenu des activités par métier

Les chirurgiens-dentistes du cabinet réalisent la consultation et les examens complexes, établissent un diagnostic, déterminent le plan de traitement et réalisent tous les soins curatifs et complexes, les soins prophylactiques étant prodigués par les hygiénistes dentaires.

Les trois chirurgiens-dentistes dispensent des soins généralistes. En outre, l'un d'entre eux, formé et expérimenté en parodontie et orthodontie, prodigue des soins spécialisés. Les actes d'implantologie (pose de prothèses dentaires avancées, de couronnes et de ponts) sont essentiellement réalisés par la chirurgienne-dentiste associée, qui a développé une expertise dans ce domaine. Les chirurgiens-dentistes travaillent majoritairement avec une assistante attitrée mais peuvent occasionnellement, selon l'organisation du travail et le planning des rendez-vous, être assistés par une autre assistante.

Les hygiénistes dentaires du cabinet prennent en charge les soins prophylactiques (détartrage, prophylaxie), l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, les soins parodontaux après échange sur le plan de traitement avec le chirurgien-dentiste compétent, réalisent des obturations sans carie et assurent un travail de maintenance et de contrôle du traitement en cours. Elles réalisent et interprètent la quasi-totalité des examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, dont les radiographies.

Les trois assistantes dentaires réalisent des tâches d'assistance au fauteuil des chirurgiens-dentistes (stérilisation et préparation des instruments, transmission manuelle des instruments au chirurgien-dentiste, aspiration) et aux soins (stérilisation des salles de soins, développement des clichés radiographiques). Elles effectuent également des actes délégués par les chirurgiens-dentistes, pour lesquels un protocole a été établi : prise de clichés radiographiques, détartrage, petites obturations.

Délégation et substitution d'actes

Au Danemark, les hygiénistes dentaires peuvent à la fois se substituer aux chirurgiens-dentistes et se voir déléguer certains actes. Quoi qu'il en soit, il est fortement recommandé qu'un chirurgien-dentiste soit présent au sein du cabinet pour examiner les cas les plus complexes.

Au sein de ce cabinet, les hygiénistes dentaires se substituent aux chirurgiens-dentistes pour la quasi-totalité de leurs missions, à l'exception de la réalisation des soins parodontaux qui s'effectue dans le cadre de la délégation d'actes, c'est-à-dire en présence et sous contrôle du chirurgien-dentiste.

Les assistantes dentaires se voient également déléguer des actes par les chirurgiens-dentistes sous d'un protocole écrit ex-ante, de la présence du chirurgien-dentiste et du contrôle a posteriori. Dans ce cabinet, les actes délégués aux assistantes dentaires sont les petites obturations et détartrages, la prise et le développement de clichés radiographiques et les diagnostics douleur.

Partenaires récurrents

Le cabinet travaille régulièrement avec des laboratoires de prothèse dentaire qui prennent en charge la fabrication des couronnes, implants, appareils orthodontiques, etc.

Les associés collaborent également, selon les besoins des patients, avec des chirurgiens-dentistes spécialisés en chirurgie maxillo-faciale.

Organisation des autres activités

Contenu des activités par métier

Les tâches administratives et de gestion sont réalisées par les trois assistantes dentaires polyvalentes, dont l'une est responsable de la réception et consacre plus de temps à la réalisation de ces missions. Toutes les assistantes dentaires prennent en charge la gestion des appels, des rendez-vous, des dossiers patients, de la facturation ainsi que l'accueil des patients. La responsable de la réception assure des missions de secrétariat (frais, dossiers patients…) et de gestion bancaire. Une autre assistante est responsable des achats et de la gestion des stocks.

Les chirurgiens-dentistes associés effectuent eux aussi des tâches de gestion et d'administration stratégiques : établissement des plannings de rotation entre les chirurgiens-dentistes et les hygiénistes dentaires, animation des réunions d'équipe, paie, recrutements, formation.

Partenaires récurrents

La comptabilité approfondie du cabinet est gérée par une société externe.

Management et collaboration au sein de l'équipe

Dépendances hiérarchiques et profils des encadrants

Il n'y a pas de dépendance hiérarchique entre les trois chirurgiens-dentistes associés.

Les hygiénistes dentaires sont totalement autonomes dans la réalisation des actes substitués. Elles définissent elles-mêmes leur planning (nombre et durée de prise en charge des patients). Pour autant, elles sont hiérarchiquement positionnées sous les chirurgiens-dentistes associés. Cette dépendance est observée pour les patients « complexes » ou lors de la réalisation d'actes délégués : les hygiénistes se réfèrent alors aux chirurgiens-dentistes compétents et suivent leurs indications.

En salle de soins et au fauteuil, les assistantes dentaires sont supervisées par les chirurgiens-dentistes, qui sont leurs référents pour toute question. Elles assistent très rarement les hygiénistes.

Pour la réalisation des tâches de gestion et administratives, les assistantes dentaires sont encadrées par les chirurgiens-dentistes, et par l'assistante dentaire responsable de la réception en cas de question sur la gestion des rendez-vous et des dossiers patients.

Pour autant, les assistantes dentaires sont tout à fait autonomes dans la réalisation de leurs missions, à l'exception des actes délégués « complexes » : établissement du diagnostic douleur chez un patient anxieux, réalisation d'un détartrage auprès d'un patient souffrant.

“

La comptabilité approfondie du cabinet est gérée par une société externe.

> L'organisation est basée sur un travail d'équipe et une complémentarité entre chacun de ses membres.

> « Au Danemark, il n'y a pas de hiérarchie franche. »

Type et formalisation du management

Le management pratiqué au sein de ce cabinet est horizontal. L'organisation est basée sur un travail d'équipe et une complémentarité entre chacun de ses membres. Des réunions d'équipe au style informel sont organisées une fois par mois afin d'échanger sur la gestion des plannings et l'organisation du travail au sein du cabinet.

Articulation des soins dentaires et du parcours patient entre les intervenants

- En amont de la prise en charge

Le patient prend rendez-vous avec un chirurgien-dentiste ou une hygiéniste. À son arrivée, il est accueilli par l'assistante dentaire à la réception. Si c'est la première fois qu'il se rend au cabinet, il remplit un formulaire indiquant la raison de sa venue, s'il souffre de pathologies, suit un traitement, etc. Il est par la suite amené en salle de soins et installé au fauteuil par une assistante ou l'hygiéniste dentaire dans le cadre de soins substitués.

- Au cours de la prise en charge

Le patient est ensuite pris en charge par l'un des trois chirurgiens-dentistes ou hygiénistes dentaires. S'il s'agit d'une première consultation, le chirurgien-dentiste en charge du patient définit, seul ou de concert avec l'hygiéniste dentaire, s'il s'agit de soins parodontaux, le plan de traitement (présentation des soins, devis, négociation des tarifs et conditions).

- En aval de la prise en charge

Finalement, le patient est raccompagné à l'accueil par l'une des assistantes dentaires ou l'hygiéniste. L'assistante dentaire à la réception prend en charge la facturation. Si le patient est en situation de précarité, il ne règle pas la consultation : la commune la prend en charge et versera au praticien le montant associé aux actes administrés suivant un barème défini régionalement.

Gestion des ressources humaines

Recrutement

Le recrutement est pris en charge par les trois chirurgiens-dentistes associés. Il s'effectue souvent par le biais des stages et apprentissages : les chirurgiens-dentistes peuvent les former et leur transmettre leurs habitudes de travail, et proposer ensuite une embauche en CDI. Le reste de l'équipe a été recruté *via* des offres d'emploi diffusées par le cabinet.

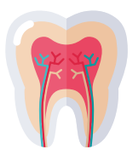
L'intégration des nouveaux salariés est réalisée par les chirurgiens-dentistes associés et le personnel expérimenté compétent selon le métier exercé.

Politique de formation

Tous les membres du cabinet ont accès à la formation continue au-delà des formations qu'ils doivent suivre annuellement pour continuer à exercer. Ainsi, les assistantes et hygiénistes dentaires suivent régulièrement des formations, jugées utiles, sur différentes thématiques : méthodes et organisation du travail, nouveaux traitements, changements réglementaires…

Enjeux organisationnels

La généralisation du travail à temps partiel pour des raisons d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle engendre des difficultés de gestion des plannings pour les chirurgiens-dentistes. S'y ajoutent des difficultés liées à la division du travail dans une équipe polyvalente (tensions sur la définition des périmètres d'intervention : stérilisation des instruments, archivage des dossiers patients…). Ces enjeux organisationnels sont abordés lors des réunions d'équipes mensuelles.



➤ PERSPECTIVES ET BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Problématiques de ressources humaines

Attractivité et fidélisation

La délégation et substitution d'actes, corrélées à l'organisation horizontale du cabinet, constituent des éléments d'attractivité et de fidélisation du personnel dentaire.

Intérêt et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier

Le personnel dentaire (assistantes et hygiénistes dentaires) souligne le caractère « utile » de leur profession et le sentiment d'accomplissement qu'elle leur procure. Participer à l'amélioration de la santé des patients est un des leviers principaux de leur motivation.

A contrario, la gestion des négociations des tarifs des soins dentaires et des tensions que cela peut susciter peut se révéler un facteur de stress pour les hygiénistes.

Perspectives professionnelles

Les assistantes dentaires peuvent, avec l'expérience, connaître un élargissement du spectre de leurs missions grâce à la délégation d'actes.

Le poste d'hygiéniste dentaire n'évolue pas sensiblement avec l'expérience. En revanche, l'une des perspectives professionnelles, pour les hygiénistes dentaires salariés, est de devenir indépendants en ouvrant leur propre cabinet. Ce n'est pas une option envisagée par beaucoup d'entre eux, à l'instar de l'une des hygiénistes dentaires du cabinet qui préfère changer de structure employeuse afin d'évoluer professionnellement (nouvelles habitudes de travail, augmentation du salaire, etc.).

Besoins d'emploi et de compétences

Le manque de compétences n'a été exprimé par aucun membre du cabinet. Au contraire, la qualité des formations initiales des assistantes et hygiénistes dentaires a été soulignée par ces derniers ainsi que par l'un des associés du cabinet. À cela s'ajoute la possibilité de combler d'éventuels manques de compétences *via* la formation continue (accessible à l'ensemble du personnel).

Roumanie

➤ PRÉSENTATION DU CABINET

Profil du cabinet dentaire

Caractéristiques de l'entreprise

Le cabinet dentaire se situe dans le centre-ville de Bucarest. C'est une Societate cu raspundere limitata (SRL), équivalent de la société à responsabilité limitée (SARL) française.

Il est dirigé et possédé par une seule chirurgienne-dentiste. Deux autres chirurgiennes-dentistes y travaillent sous statut salarié. Le cabinet compte deux fauteuils, l'un occupé à plein temps par une praticienne, l'autre faisant l'objet d'une rotation.

Dans ce cabinet, comme partout en Roumanie, les soins dentaires sont entièrement à la charge des patients et les tarifs librement fixés par les praticiens. Du fait de la localisation et du positionnement « premium » du cabinet, la patientèle est majoritairement urbaine et de classe moyenne à supérieure. Elle est également très fidèle (certains consultent depuis près de trente ans) et ouverte sur l'extérieur (autres régions roumaines, pays européens, Etats-Unis, Israël…).

Activité de soins dentaires

Des soins généralistes et spécialisés - soins d'orthodontie, implantologie, parodontie et pédodontie sont dispensés par les trois chirurgiens-dentistes du cabinet.

Contexte d'activité et déterminants de l'activité

Éléments structurant fortement la pratique des soins dentaires au quotidien

En Roumanie, les soins dentaires ne sont pas pris en charge par une instance étatique, et les complémentaires santé privées sont extrêmement rares, proposées par une minorité de

> Les soins dentaires sont entièrement à la charge des patients et les tarifs librement fixés par les praticiens.

> Depuis la chute du régime communiste et la libéralisation des filières de soins, les cabinets se multiplient à Bucarest, engendrant une concurrence accrue et exerçant notamment une pression sur les tarifs.

grands groupes internationaux. Les soins sont à la charge des patients et donnent lieu à une négociation systématique des tarifs, ainsi qu'à certaines facilités de paiement (échelonnement des paiements, notamment pour les soins d'implantologie). Cette pratique, acceptée par la dirigeante du cabinet, reste néanmoins contrôlée afin d'éviter les défauts de paiement : il est par exemple demandé de verser un acompte représentant 50 % des frais de fabrication pour la pose d'une couronne.

Évolutions du contexte d'activité

Depuis la chute du régime communiste et la libéralisation des filières de soins, les cabinets se multiplient à Bucarest, engendrant une concurrence accrue et exerçant notamment une pression sur les tarifs. L'accès facilité aux financements a en outre permis l'augmentation régulière de la taille des cabinets ainsi que l'amélioration de leur équipement.

➤ L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Équipe dentaire

Composition de l'équipe dentaire	Effectif (personnes physiques)
Chirurgienne-dentiste dirigeante	1
Chirurgienne-dentiste salariée	1
Chirurgienne-dentiste collaboratrice	1
Assistantes dentaires généralistes	2
Réceptionniste	1
Effectif total de l'équipe	6

Profils et conditions d'emploi

La chirurgienne-dentiste dirigeante est une femme de cinquante-trois ans. Elle dirige son cabinet depuis trente ans. Elle travaille à temps plein cinq jours par semaine et deux samedis par mois.

Au sein du cabinet exercent également une chirurgienne-dentiste collaboratrice et une chirurgienne-dentiste salariée. La première, orthodontiste, intervient un jour par semaine pour les besoins de soins orthodontiques. La deuxième, âgée de vingt-six ans, travaille à temps plein depuis deux ans.

Les deux assistantes dentaires ainsi que la réceptionniste travaillent à temps plein (40 heures). Les assistantes dentaires ont toutes les deux la trentaine et ont sept ans d'ancienneté.

Organisation des soins dentaires

Contenu des activités par métier

Les chirurgiennes-dentistes du cabinet prennent en charge l'intégralité des actes de soins dentaires. Les soins curatifs généralistes sont administrés par les trois chirurgiennes-dentistes. Les soins prophylactiques (détartrage, prophylaxie) et de pédodontie (hors soins orthodontiques) sont dispensés par la chirurgienne-dentiste salariée, et les soins orthodontiques (consultation de suivi orthodontique, pose et retrait d'appareil, etc.) sont prodigués par la chirurgienne-dentiste collaboratrice. La chirurgienne-dentiste dirigeante, formée et expérimentée, dispense également des soins parodontaux et d'implantologie.

Les deux assistantes dentaires réalisent à la fois des tâches d'assistance au fauteuil (stérilisation et préparation des instruments, transmission des instruments, aspiration…) et aux soins (stérilisation des salles de soins avant et après chaque rendez-vous). L'une d'entre elles ayant travaillé à l'hôpital et ayant des connaissances approfondies en techniques chirurgicales, elle assiste la chirurgienne-dentiste dirigeante lorsqu'elle effectue une opération chirurgicale.

Délégation et substitution d'actes

Au sein de ce cabinet, il n'y a pas de délégation d'actes – du moins officielle – aux assistantes dentaires. Cette pratique est formellement interdite en Roumanie.

Partenaires récurrents

Le cabinet travaille fréquemment avec trois laboratoires de prothèses dentaires, dont un spécialisé en implantologie et un autre dans la fabrication des prothèses mobiles.

Contrairement à la majorité des cabinets en Roumanie, celui-ci possède un appareil de radiographie. Néanmoins, il ne peut réaliser des clichés panoramiques. De ce fait, le cabinet travaille également régulièrement avec un cabinet de radiologie.

Organisation des autres activités

Contenu des activités par métier

Les tâches de gestion administrative sont à la fois réalisées par la chirurgienne-dentiste dirigeante et la réceptionniste. Cette dernière prend en charge la gestion des rendez-vous et des dossiers patients (en collaboration avec les assistantes dentaires), l'accueil des patients et la facturation des consultations. La chirurgienne-dentiste dirigeante assure la paie et la tenue journalière des comptes.

La réceptionniste réalise également quelques tâches d'entretien des parties communes.

Partenaires récurrents

La comptabilité approfondie du cabinet est gérée par une société externe. Le cabinet fait également appel à une agente d'entretien, plusieurs fois par mois, pour le nettoyage complet du cabinet.

Management et collaboration au sein de l'équipe

Dépendances hiérarchiques et profils des encadrants

Il n'y a pas de dépendance hiérarchique officielle entre la chirurgienne-dentiste dirigeante et la chirurgienne-dentiste collaboratrice. De fait toutefois, celle-ci ne dispose pas de sa propre patientèle, n'intervient que si des patients ont besoin de soins orthodontiques et est peu présente au cabinet.

De même, la chirurgienne-dentiste salariée est totalement autonome dans la gestion de sa patientèle, mais prend en charge en majorité les patients de la praticienne dirigeante, pour lesquels un plan de traitement a déjà été établi ex-ante. C'est elle qui réalise également tous les détartrages, à la demande de la chirurgienne-dentiste dirigeante du cabinet.

En salle de soins et au fauteuil, les assistantes dentaires sont supervisées par les chirurgiennes-dentistes, qui sont leurs référentes pour toute question. Elles exercent toutefois leurs missions de la manière la plus autonome possible, suivant une logique d'optimisation du temps des praticiennes. Le même principe s'applique à la réceptionniste.

Type et formalisation du management

Au sein de ce cabinet, le management est vertical et l'organisation structurée autour de la chirurgienne-dentiste dirigeante : celle-ci dirige l'ensemble des salariées, prend les décisions finales concernant la gestion des patients et définit les orientations stratégiques du cabinet.

Le management n'est néanmoins pas formalisé : aucune réunion d'équipe n'est organisée et les échanges se font de façon informelle.

Articulation des soins dentaires et du parcours patient entre les intervenants

• En amont de la prise en charge

À son arrivée, le patient est accueilli par la réceptionniste. Si c'est la première fois qu'il se rend au cabinet, il remplit un formulaire indiquant la raison de sa venue, s'il souffre de pathologies, suit un traitement, etc. Il est par la suite amené en salle de soins et installé au fauteuil par une assistante.

• Au cours de la prise en charge

Le patient est ensuite pris en charge par l'une des deux chirurgiennes-dentistes (ou par l'orthodontiste s'il vient pour une consultation d'orthodontie), ces dernières étant assistées au fauteuil par l'une des deux assistantes dentaires. Pour la majorité des interventions, les chirurgiennes-dentistes n'ont pas d'assistante dentaire attitrée et travaillent avec l'une d'entre elles, selon leurs disponibilités. En revanche, lorsque la chirurgienne-dentiste dirigeante réalise des opérations chirurgicales, elle choisit de se faire assister par l'assistante dentaire la plus expérimentée et qui est formée aux techniques chirurgicales.

S'il s'agit d'une première consultation, la chirurgienne-dentiste en charge du patient définit le plan de traitement, propose les soins et établit un devis qui est systématiquement négocié par le patient.

• En aval de la prise en charge

Finalement, le patient est raccompagné à l'accueil par l'une des assistantes dentaires qui transmet son dossier à la réceptionniste. Celle-ci prend en charge la facturation.

Gestion des ressources humaines

Recrutement

Les assistantes dentaires et la réceptionniste ont été recrutées après avoir répondu aux offres d'emploi diffusées par la chirurgienne-dentiste dirigeante.

Les difficultés de recrutement des assistantes dentaires sont élevées : en Roumanie, celles-ci sont en réalité des infirmières généralistes, non spécifiquement formées aux soins dentaires. À l'issue de l'école d'infirmières, les cabinets dentaires sont donc en concurrence avec les autres filières de soins pour le recrutement de professionnelles. Ainsi, la chirurgienne-dentiste dirigeante a dû faire appel à un cabinet de recrutement spécialisé dans le personnel de santé. En deux mois, seulement deux assistantes dentaires ont ainsi candidaté, dont une a été embauchée.

Au moment de leur prise de poste, les deux assistantes dentaires ont donc été formées par les praticiennes, en particulier par la chirurgienne-dentiste dirigeante, sur tous les aspects du métier spécifiques à la filière dentaire : assistance aux soins, aide au fauteuil, gestion des dossiers patients.

Politique de formation

Les assistantes dentaires, tout comme les chirurgiennes-dentistes, doivent suivre un certain nombre d'heures de formation chaque année pour pouvoir continuer à exercer. Au-delà de ces formations obligatoires, il n'existe pas de formation continue pour les assistantes dentaires.

Enjeux organisationnels

Le cabinet est confronté à l'enjeu de la gestion de la notoriété de la chirurgienne-dentiste dirigeante auprès de sa patientèle : les patients acceptent difficilement d'être pris en charge par une autre praticienne. Cette réticence pose un problème puisqu'elle retarde leur prise en charge et augmente la quantité de travail de la chirurgienne-dentiste dirigeante. Elle rend encore plus difficile la constitution d'une patientèle propre à la chirurgienne-dentiste salariée.

➤ PERSPECTIVES ET BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Problématiques de ressources humaines

Attractivité et fidélisation

En Roumanie, la rétention des assistantes dentaires est une réelle difficulté du fait de la diversité des débouchés rendus possibles par leur formation d'infirmière généraliste, et des niveaux de rémunération inférieurs à ceux de l'hôpital public. Afin de les attirer et de les fidéliser, la chirurgienne-dentiste dirigeante propose des salaires au-dessus du salaire moyen national des assistantes dentaires, tente de construire des relations de travail basées sur la confiance et la communication, et leur permet une certaine flexibilité dans l'organisation de leur temps de travail.

Intérêt et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier

Les réelles difficultés du métier d'assistante dentaire en Roumanie, et dans ce cabinet, résident dans le fait qu'elles n'ont que très peu de perspectives de carrière dans la filière dentaire. Leur spectre de missions ne peut s'élargir de façon significative, même avec l'expérience. Les niveaux de rémunération sont également faibles.

Perspectives professionnelles

Malgré des perspectives professionnelles limitées, les assistantes dentaires ne semblent pas, selon la chirurgienne-dentiste dirigeante, envisager de quitter le cabinet pour aller exercer ailleurs (dans un autre cabinet ou secteur). Dans les autres cabinets roumains, le turnover est pourtant très élevé.

Besoins d'emploi et de compétences

Comme il n'existe pas de cursus initial propre au métier d'assistante dentaire, le temps de formation interne d'une assistante dentaire inexpérimentée est très long (jusqu'à deux ans !).

La chirurgienne-dentiste dirigeante regrette l'absence d'école d'assistante dentaire dans laquelle seraient enseignées les bases du métier. Elle souligne qu'il pourrait être également intéressant, dans un second temps, de proposer des formations spécialisées, en implantologie ou en chirurgie.

> « La majorité des assistantes dentaires n'est pas intéressée par ce métier. La plupart reste un ou deux ans puis change de métier pour gagner plus d'argent. On manque d'assistantes dentaires et d'assistantes dentaires qui savent faire ce métier. »
>
> *Roumanie*

Italie

➤ PRÉSENTATION DU CABINET

Caractéristiques du cabinet dentaire

Profil de l'entreprise

Le cabinet dentaire est un cabinet privé situé à Turin, dans le nord de l'Italie. C'est une Società a Responsabilità Limitata (SRL), équivalent de la société à responsabilité limitée (SARL) française.

Il est détenu et possédé par un seul chirurgien-dentiste, et comporte un seul fauteuil.

La localisation du cabinet et le fait que le cabinet ne pratique pas le tiers-payant influent sur le type de patientèle : elle est majoritairement urbaine et de classe moyenne à supérieure.

Activité de soins dentaires

Des soins généralistes et spécialisés – soins d'orthodontie, d'implantologie, d'endodontie, de chirurgie, etc. – sont proposés par l'unique chirurgien-dentiste du cabinet.

Contexte d'activité et déterminants de l'activité

Éléments structurant fortement la pratique des soins dentaires au quotidien

Le chirurgien-dentiste dirigeant ne soigne pas les patients affiliés aux mutuelles pratiquant le tiers-payant. En effet, selon lui, ces mutuelles, qui exemptent les patients d'avancer les frais, versent des montants inférieurs aux coûts réels générés par une consultation. Par exemple, pour une consultation facturée à 100 €, ce type de mutuelle ne le remboursera qu'à hauteur de 30 €.

En revanche, le cabinet prend en charge les patients qui ont souscrit à des mutuelles dites « indirectes ». Dans ce cadre-là, le patient règle la consultation et sa mutuelle le rembourse a posteriori, de façon partielle ou totale, selon son niveau de garantie.

> Il n'y a pas de délégation d'actes aux assistantes dentaires, à l'échelle nationale.

Évolutions du contexte d'activité

Le chirurgien-dentiste dirigeant a constaté qu'avec le temps, les patients possédaient de plus en plus de connaissances quant à l'exhaustivité des soins existants. De ce fait, il doit s'adapter à leurs demandes en leur proposant de nouveaux traitements et innovations prothétiques.

➤ L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Équipe dentaire

Composition de l'équipe dentaire	Effectif (personnes physiques)
Chirurgien-dentiste dirigeant	1
Assistantes dentaires généralistes	2
Effectif total de l'équipe	3

Profils et conditions d'emploi

Le chirurgien-dentiste dirigeant est un homme, d'environ soixante ans. Il exerce à temps plein.

Les deux assistantes dentaires sont des femmes. Elles ont été embauchées en CDI et travaillent également à temps plein. Elles ont respectivement environ soixante et trente ans.

Organisation des soins dentaires

Contenu des activités par métier

Le chirurgien-dentiste dirigeant réalise l'intégralité des soins dentaires prophylactiques et curatifs, généralistes ou spécialisés (orthodontie, endodontie, chirurgie orale).

Les deux assistantes dentaires réalisent à la fois des tâches d'assistance au fauteuil (stérilisation et préparation des instruments, transmission manuelle des instruments au chirurgien-dentiste, aspiration) et aux soins (stérilisation des salles de soins avant et après chaque rendez-vous).

Délégation et substitution d'actes

Il n'y a pas de délégation d'actes aux assistantes dentaires, à l'échelle nationale et dans ce cabinet.

Par ailleurs, aucun hygiéniste dentaire n'exerce au sein du cabinet, en raison d'une réticence du chirurgien-dentiste quant à des qualifications qu'il juge insuffisantes. Cette vision est aujourd'hui assez minoritaire chez les chirurgiens-dentistes italiens : la tendance principale est à la valorisation d'un métier qui leur permet de gagner du temps, de se concentrer sur les activités à haute valeur ajoutée et de fidéliser plus facilement la patientèle. Le métier d'hygiéniste est d'ailleurs de plus en plus répandu au sein des cabinets italiens.

Partenaires récurrents

Le cabinet travaille régulièrement avec un laboratoire de technique dentaire pour la fabrication des prothèses dentaires (couronnes, implants, etc.).

Le chirurgien-dentiste dirigeant collabore également, mais de façon plus épisodique, avec des chirurgiens-dentistes consultants, spécialisés dans un domaine de la médecine dentaire, pour des patients nécessitant des soins particuliers qu'il ne peut leur dispenser.

Organisation des autres activités

Contenu des activités par métier

Au-delà de leurs tâches d'assistance au fauteuil et au soin, les deux assistantes dentaires gèrent des missions administratives : tenue de la réception, gestion des rendez-vous, des appels téléphoniques, accueil des patients, gestion de leurs dossiers et facturation des consultations.

L'assistante dentaire la plus expérimentée assure également la gestion des stocks et des commandes, les relations avec les acteurs institutionnels de santé (transmission des documents aux mutuelles) et les laboratoires de techniciens dentaires (transmission des empreintes, gestion des délais d'envois des prothèses). Elle réalise aussi des missions de secrétariat (factures, comptabilité primaire).

Le chirurgien-dentiste dirigeant effectue les tâches de gestion stratégiques et d'administration : paie et gestion des ressources humaines (recrutement, formation, etc.).

Partenaires récurrents

Les tâches de comptabilité approfondie sont externalisées auprès d'un cabinet comptable.

Management et collaboration au sein de l'équipe

Dépendances hiérarchiques et profils des encadrants

Les deux assistantes dentaires évoluent sous la responsabilité du chirurgien-dentiste dirigeant. En salle de soins et au fauteuil, elles sont encadrées et supervisées par ce dernier.

Quant aux tâches administratives et de gestion, l'assistante dentaire la plus âgée les réalise de façon autonome. Elle est la référente pour l'autre assistante dentaire en cas de besoin.

Type et formalisation du management

Le management pratiqué au sein de ce cabinet est organique et l'organisation structurée autour du chirurgien-dentiste dirigeant. Il n'est néanmoins pas formalisé : aucune réunion d'équipe n'est organisée et les échanges se font de façon informelle.

Articulation des soins dentaires et du parcours patient entre les intervenants

- En amont de la prise en charge

À son arrivée, le patient est accueilli par l'une des deux assistantes dentaires. Si c'est la première fois qu'il se rend au cabinet, il remplit un formulaire indiquant la raison de sa venue, s'il souffre de pathologies, suit un traitement, etc. Il est par la suite amené en salle de soins et installé au fauteuil par l'une des deux assistantes dentaires.

- Au cours de la prise en charge

Le patient est ensuite soigné par le chirurgien-dentiste dirigeant, assisté ou non par l'une des deux assistantes dentaires. En effet, ce dernier indique ne pas toujours avoir besoin de travailler avec une assistante dentaire ; pour la réalisation de certains actes, il préfère prendre en charge le patient seul.

- En aval de la prise en charge

Finalement, le patient est raccompagné par l'une des deux assistantes dentaires afin de régler la consultation. Les deux peuvent, selon leurs disponibilités, prendre en charge la facturation.

Gestion des ressources humaines

Recrutement

Le recrutement des assistantes est réalisé par le chirurgien-dentiste dirigeant en sollicitant son réseau personnel. Il assure la plupart de leur intégration et leur formation, essentiellement sur les aspects médicaux et d'assistance au fauteuil.

L'assistante dentaire la plus expérimentée est également responsable de la formation des assistantes dentaires récemment embauchées. Ainsi, elle a formé et continue de former sa collègue sur les aspects d'asepsie, la gestion du planning, des dossiers patients, etc.

Politique de formation

Afin de pouvoir continuer à exercer, l'ensemble du personnel a pour obligation de suivre annuellement un certain nombre d'heures de formation dont les thématiques changent chaque année (orthodontie, pédodontie, etc.).

En plus de ces heures de formation obligatoires, l'une des deux assistantes dentaires,

> *« Je n'ai pas toujours besoin d'une assistante dentaire. Dans ces cas-là, je lui demande d'aller en chambre de stérilisation. En revanche, quand je réalise des soins conservateurs, j'ai besoin d'elle tout le temps : elle me passe les instruments, assure l'irrigation et l'aspiration dans la bouche des patients. »*
>
> *Italie*

“
Le métier d'assistante dentaire, quoiqu'indispensable au bon fonctionnement des cabinets, est confronté à un enjeu de reconnaissance par le chirurgien-dentiste. Malgré leur expérience, l'évolution salariale reste limitée.

non diplômée, suit actuellement une formation pour se mettre en conformité avec la nouvelle obligation de formation réglementée (2021). Du fait de son expérience, cette formation certifiante est allégée en comparaison d'un cursus normal.

Le chirurgien-dentiste dirigeant, qui n'a pas d'obligation légale de suivi de formation, suit régulièrement des formations continues afin d'élargir son spectre de compétences et de renforcer son niveau de spécialisation, notamment en orthodontie.

Enjeux organisationnels

Pour des assistantes dentaires polyvalentes, en particulier celle responsable de la gestion administrative, il est parfois difficile d'organiser son temps de travail entre les différentes missions au fauteuil et de gestion, lesquelles sont, avec les années, devenues de plus en plus chronophages.

➤ PERSPECTIVES ET BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Problématiques de ressources humaines

Attractivité et fidélisation

La polyvalence propre au métier d'assistante dentaire apparaît comme un facteur d'attractivité, notamment pour une assistante dentaire. Cette polyvalence est renforcée dans ce petit cabinet.

Intérêt et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier

Le métier d'assistante dentaire, quoiqu'indispensable au bon fonctionnement des cabinets, est confronté à un enjeu de reconnaissance par le chirurgien-dentiste. Malgré leur expérience, l'évolution salariale reste limitée, et le spectre de leurs missions de soins ne peut s'élargir.

Pour autant, les assistantes dentaires trouvent une satisfaction dans l'exercice de leur métier en nouant des relations de confiance avec les patients, lesquelles constituent un facteur structurant d'épanouissement au travail.

Perspectives professionnelles

Avec l'expérience, les assistantes dentaires consacrent plus de temps à la gestion et au management du cabinet : l'assistante dentaire la plus expérimentée prend en charge les tâches de gestion plus ou moins stratégiques du cabinet ainsi que l'encadrement, quoiqu'informel, de sa collègue.

Par ailleurs, les assistantes dentaires du cabinet ne semblent pas pour l'instant envisager de changer d'employeur.

Besoins d'emploi et de compétences

Depuis la création du parcours de formation certifiante que les assistantes dentaires doivent obligatoirement suivre pour exercer, ces dernières semblent, selon le chirurgien-dentiste dirigeant, beaucoup mieux préparées aux contraintes et difficultés du métier. Les notions théoriques qu'elles apprennent au cours de cette formation constituent une base solide sur laquelle elles peuvent s'appuyer lors notamment des missions d'assistance au fauteuil. Pour autant, un long temps d'apprentissage et d'adaptation aux techniques et habitudes du chirurgien-dentiste reste nécessaire avant qu'elles ne deviennent autonomes.

Royaume-Uni

➤ PRÉSENTATION DU CABINET

Caractéristiques du cabinet dentaire

Caractéristiques de l'entreprise

Le cabinet dentaire se situe dans la banlieue sud-ouest de Sheffield, à vingt minutes en voiture du centre-ville. Il fait partie intégrante d'une clinique où des soins médicaux (soins de médecine générale et infirmiers) et paramédicaux (soins auditifs, physiothérapie, acupuncture…) sont également administrés. La clinique est une limited company (LTD), équivalent de la SARL en France.

Cinq chirurgiens-dentistes travaillent au sein de ce cabinet : deux sont associés et les trois autres collaborateurs. Une thérapeute dentaire y exerce également.

Le cabinet dentaire, à l'instar de la clinique, est privé : seuls des soins dentaires privés y sont administrés à une patientèle majoritairement urbaine et de classe moyenne à supérieure. Les tarifs sont librement fixés par les praticiens.

Le cabinet compte trois fauteuils pour cinq chirurgiens-dentistes et une thérapeute dentaire, et fonctionne donc sur un modèle de rotation entre les professionnels.

Activité de soins dentaires

Les soins dentaires proposés sont généralistes comme spécialisés (orthodontie, endodontie, implantologie, chirurgie maxillo-faciale, spécialités détenues à chaque fois par un à deux praticiens).

Contexte d'activité et déterminants de l'activité

Éléments structurant fortement la pratique des soins dentaires au quotidien

Les soins dentaires sont privés, tarifés à l'acte et librement fixés par les praticiens. De ce fait, les prix sont bien plus élevés que les soins financés dans le cadre du NHS (120 € pour un détartrage, contre 28 € pour un cabinet conventionné NHS).

Les patients ne sont remboursés du montant des soins dentaires privés que s'ils ont souscrit à une assurance privée. En général, ces dernières couvrent 80 % du montant.

Évolutions du contexte d'activité

Avec le temps, les tâches de gestion administrative (paie et comptabilité) sont devenues de plus en plus complexes et chronophages. Dans un souci de rentabilité, et afin de consacrer plus de temps aux soins, ces tâches ont donc été externalisées il y a quelques années (cf. 2.3.).

“
Les soins dentaires sont privés, tarifés à l'acte et librement fixés par les praticiens. Les patients ne sont remboursés du montant des soins dentaires privés que s'ils ont souscrit à une assurance privée.

➤ L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Équipe dentaire

Composition de l'équipe dentaire	Effectif (personnes physiques)
Chirurgiennes-dentistes associées	2
Chirurgiens-dentistes collaborateurs	3
Responsable de cabinet	1
Thérapeute dentaire	1
Assistantes dentaires généralistes	2
Apprentie assistante dentaire	1
Effectif total de l'équipe	10

Profils et conditions d'emploi

Les deux chirurgiennes-dentistes associées sont mère et fille : l'une a soixante-huit ans et dirige le cabinet depuis vingt ans, l'autre a trente-deux ans et exerce au sein du cabinet depuis 2014.

Les trois autres chirurgiens-dentistes collaborateurs sont des hommes âgés de quarante à cinquante ans. Ils travaillent au sein du cabinet depuis respectivement trois, quatre et onze ans.

Tous les chirurgiens-dentistes du cabinet, qu'ils soient associés ou collaborateurs, travaillent à temps partiel et exercent également dans d'autres cabinets.

La thérapeute dentaire est une femme âgée d'environ trente ans. Elle travaille elle aussi à temps partiel, et cumule cette activité avec un autre cabinet dentaire.

Le responsable de cabinet est un homme d'environ trente-cinq ans, également assistant dentaire diplômé. Toutes les assistantes dentaires du cabinet sont des femmes et travaillent à temps plein. L'apprentie assistante dentaire, âgée de dix-huit ans, y travaille depuis cinq mois.

Organisation des soins dentaires

Contenu des activités par métier

Dans ce cabinet, les chirurgiens-dentistes dispensent majoritairement des soins curatifs (obturation, dévitalisation, pose d'implant et de couronne dentaire, etc.), les soins prophylactiques étant administrés par la thérapeute dentaire. L'une des deux chirurgiennes-dentistes associées réalise également et de façon occasionnelle des détartrages aux patients qui le lui demandent.

Le thérapeute dentaire réalise à la fois un travail d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et les soins prophylactiques (détartrage, prophylaxie), sous prescription. Au Royaume-Uni, les thérapeutes dentaires sont autorisés à effectuer un certain type d'obturation ainsi qu'à extraire des dents chez les patients enfants. Pour autant, la thérapeute du cabinet réalise en majorité des détartrages, ses patients lui faisant confiance essentiellement pour la réalisation de ces soins.

Les trois assistantes dentaires réalisent à la fois des tâches d'assistance au fauteuil des chirurgiens-dentistes (stérilisation et préparation des instruments, transmission des instruments, aspiration) et aux soins (asepsie des salles de soins, développement des clichés radiographiques).

Délégation et substitution d'actes

Dans ce cabinet, aucune des assistantes dentaires n'a suivi les formations permettant la réalisation d'actes délégués (fluoration, prise de clichés radiographies, éducation à l'hygiène bucco-dentaire). Il n'y a donc pas de délégation d'actes.

La thérapeute dentaire se substitue au chirurgien-dentiste pour l'ensemble de ses missions. Elle travaille donc de manière totalement autonome, sans contrôle ex-post, hormis le blanchiment des dents et l'administration d'anesthésie locale qui sont des actes délégués. Dans ce cabinet toutefois, la thérapeute dentaire réalise en majorité des détartrages prescrits par les praticiens.

Partenaires récurrents

Les chirurgiens-dentistes travaillent régulièrement avec différents laboratoires de prothèses dentaires. En revanche, le cabinet n'est pas contractuellement lié à l'un d'entre eux.

Organisation des autres activités

Contenu des activités par métier

Au-delà de leurs tâches d'assistance au fauteuil et au soin, les assistantes dentaires gèrent également des missions administratives et d'accueil des patients suivant une rotation des tâches et le planning établi par le responsable de cabinet. Par exemple, celle qui travaille le lundi à la réception, tandis que les deux autres assistent les chirurgiens-dentistes, travaillera le mardi en salle de soins et sera remplacée par une autre assistante dentaire à la réception, et ainsi de suite.

À la réception, les assistantes dentaires prennent en charge la gestion des rendez-vous, des appels téléphoniques, l'accueil des patients, la gestion de leurs dossiers et la facturation des consultations.

La gestion des stocks et la commande du matériel sont uniquement du ressort de l'assistante dentaire en chef, plus expérimentée que les deux autres assistantes dentaires du cabinet.

Seule l'une des deux associées du cabinet - la plus âgée - réalise des tâches de gestion et d'administration stratégiques : règlement de certaines factures, et gestion des ressources humaines (recrutement, formation, etc.) conjointement avec le responsable de cabinet.

Partenaires récurrents

Les tâches de comptabilité et de paie sont, depuis quelques années, et par souci de rentabilité, externalisées auprès d'un cabinet comptable.

Management et collaboration au sein de l'équipe

Dépendances hiérarchiques et profils des encadrants

Il n'y a pas de dépendance hiérarchique entre les chirurgiennes-dentistes associées et collaborateurs. Ces derniers ont leur propre patientèle et réalisent les mêmes missions que les associées.

Le rapport de dépendance hiérarchique entre les chirurgiens-dentistes et la thérapeute dentaire est différent : si la thérapeute dentaire peut, légalement, se substituer aux chirurgiens-dentistes pour la très grande majorité des actes et se constituer sa propre patientèle, ce n'est pas le cas au sein de ce cabinet où la thérapeute travaille sur prescription.

En salle de soins et au fauteuil, les assistantes dentaires sont supervisées par les chirurgiens-dentistes, qui sont leurs référents directs pour toute question à propos des patients.

Pour la réalisation des tâches de gestion et administratives, les assistantes dentaires sont encadrées par le responsable du cabinet qui définit leur planning (rotation entre la réception et la salle de soins, et entre les chirurgiens-dentistes). Il est le référent en cas de besoin sur la gestion des rendez-vous.

Par ailleurs, une des trois assistantes dentaires a le titre d'assistante dentaire en chef. Plus expérimentée, elle prend en charge la gestion des stocks, forme les assistantes dentaires débutantes et se positionne en tant que référente technique.

Type et formalisation du management

Le type de management pratiqué au sein de ce cabinet est vertical. Le travail y est nettement divisé et des rapports de dépendance hiérarchique entre ses membres y sont observables. La verticalité de ce management s'accompagne d'une formalisation des process, notamment à l'égard des assistantes dentaires. En effet, à la fin de la journée, ces dernières doivent retranscrire sur un fichier commun des éléments relatifs au matériel du cabinet (type de machines et de matériels utilisés par les chirurgiens-dentistes, état de leur fonctionnement, etc.).

Articulation des soins dentaires et du parcours patient entre les intervenants

- En amont de la prise en charge

Le patient prend rendez-vous avec un chirurgien-dentiste ou la thérapeute dentaire. À son arrivée, le patient est accueilli par l'assistante dentaire à la réception. Si c'est la première fois qu'il se rend au cabinet, il remplit un formulaire indiquant la raison de sa venue, s'il souffre de pathologies, suit un traitement, etc. Il est par la suite amené en salle de soins et installé au fauteuil par l'assistante dentaire qui assistera le chirurgien-dentiste ou par la thérapeute dentaire.

- Au cours de la prise en charge

Le patient est ensuite pris en charge par l'un des cinq chirurgiens-dentistes ou par la thérapeute dentaire. Les chirurgiens-dentistes sont assistés au fauteuil par une assistante dentaire selon le planning de rotation défini par le responsable de cabinet, tandis que la thérapeute dentaire travaille seule. Seul le chirurgien-dentiste spécialisé en

chirurgie maxillo-faciale travaille avec une assistante dentaire attitrée qui a suivi une formation complémentaire aux techniques de chirurgie.

- En aval de la prise en charge

Finalement, le patient est raccompagné à l'accueil par l'une des assistantes dentaires ou par la thérapeute dentaire. L'assistante dentaire à la réception prend en charge la facturation.

Gestion des ressources humaines

Recrutement

Le recrutement est pris en charge par le responsable du cabinet et l'une des deux associées. Il s'effectue majoritairement *via* les stages ou apprentissages : les chirurgiens-dentistes forment et transmettent leurs habitudes de travail, puis peuvent proposer une embauche en CDI. L'assistante dentaire en chef se charge également de la formation des assistantes dentaires débutantes : explication du contenu des missions, de l'organisation du travail, et des process internes du cabinet.

La thérapeute dentaire et les autres assistantes ont été recrutées sur offre d'emploi. Elles ont été formées, au moment de leur prise de poste, par l'une des deux associées.

Politique de formation

Tous les membres du cabinet, afin de continuer à exercer, doivent suivre un nombre d'heures de formations continues, certifiantes ou non, chaque année.

Les chirurgiens-dentistes du cabinet ont, par exemple, suivi des formations continues certifiantes sur les implants dentaires, les soins orthodontiques, la dentisterie cosmétique et restauratrice, etc. La thérapeute dentaire, elle, des formations spécialisées en dentisterie esthétique et pédodontie.

Les assistantes dentaires ont également accès à la formation continue : formation obligatoire aux gestes et soins d'urgence, ou formations certifiantes, à l'instar du responsable de cabinet actuel.

Enjeux organisationnels

Hormis l'enjeu du temps consacré aux tâches de paie et comptabilité, qui a été résolu par l'externalisation, aucune difficulté organisationnelle structurant l'activité du cabinet n'a été indiquée.

➤ PERSPECTIVES ET BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Problématiques de ressources humaines

Attractivité et fidélisation

L'un des éléments clés de fidélisation du personnel dentaire au sein de ce cabinet est la possibilité de monter en compétences et/ou de changer de poste grâce au suivi de formations continues certifiantes.

Intérêt et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier

L'aspect relationnel du métier d'assistante dentaire est à la fois souligné comme un élément gratifiant et une source de stress. Ainsi, l'apprentie assistante dentaire déclare qu'elle se sent réellement utile lorsqu'elle aide aux soins, et, dans le même temps, qu'elle éprouve beaucoup de difficultés à devoir échanger avec des patients impolis.

Perspectives professionnelles

L'évolution professionnelle est largement structurée par la formation continue, tant pour les assistantes dentaires que pour les thérapeutes dentaires. Les perspectives professionnelles des assistantes dentaires sont diversifiées : *via* la formation, celles-ci peuvent élargir le spectre de leurs missions (réalisation d'actes délégués), changer de spécialité (assistante dentaire spécialisée dans les soins chirurgicaux, orthodontiques, etc.) ou de métier (assistante dentaire en chef, responsable de cabinet ou hygiéniste dentaire).

Besoins d'emploi et de compétences

Au sein de ce cabinet, les besoins en compétences sont comblés par l'exhaustivité des formations initiales et continues et par la délégation et substitution d'actes. Dès lors qu'un besoin est formulé, il peut facilement être assuré du fait du niveau de qualification (actuel ou futur) du personnel dentaire. Par exemple, pour que le chirurgien-dentiste spécialisé en chirurgie maxillo-faciale soit assisté lors de ses interventions, une assistante dentaire spécialisée en techniques de chirurgie a été embauchée.

Le fait d'accompagner la montée en compétences du personnel dentaire, en lui facilitant l'accès à la formation continue, est plébiscité par l'une des associées du cabinet. Elle souligne la valeur ajoutée de ces formations et les gains de productivité qu'elles génèrent pour les chirurgiens-dentistes.

> *« Ces formations spécialisées sont bien, elles font gagner du temps aux dentistes. »*

> L'évolution professionnelle est largement structurée par la formation continue, tant pour les assistantes dentaires que pour les thérapeutes dentaires.

CARACTÉRISTIQUES DES FILIÈRES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Thématiques	Indicateurs	Ensemble Europe	France	Allemagne	Autriche
Système de santé	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) (2018)	9 %	11%	11%	10%
	Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (2018)	18 %	9%	13%	18%
	Orientation du système de santé (2020)	Bismarckien	Mixte	Bismarckien	Bismarckien
	Source principale de financement des dépenses de santé (2020)	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Sécurité sociale
	Part de la population couverte par les caisses publiques (2020)	98 %	100%	89%	100%
	Modèle de rémunération des médecins en soins primaires (2020)	Capitation et paiement à l'acte	Salaire, paiement à l'acte et capitation	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Démographie dentaire	Nombre de chirurgiens-dentistes en pratique (2018)	400 000	43 000	71 000	5 000
	Nombre de CD actifs pour 100 000 habitants (2018)	69	65	86	57
	Évolution 2013-2018 de la densité dentaire pour 100 000 habitants (2018)	6 %	1%	1%	–1%
	Nombre de diplômés annuels pour 1 000 CD en pratique (2018)	39	30	31	42
	Évolution 2013-2018 du nombre de CD diplômés (2018)	0	18%	-2%	94%
Mobilité internationale	Part des CD ayant obtenu leur diplôme à l'étranger (2015)	10 %	3%	3%	17%
Demande de soins dentaires	Nombre moyen de consultations dentaires annuelles par habitant (2018)	1,1	1,5	1,5	1,2
	Part de la population de 16 ans et plus déclarant un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût (2018)	2,5 %	2,4%	0,4%	0,5%
	DMFT à l'âge de 12 ans (2015)	1,6	1,2	0,5	1,4
	Part des dépenses de santé liées aux soins dentaires payées directement par les ménages parmi l'ensemble des dépenses de santé (2019)	3 %	2%	2%	3%
	Niveau de prise en charge des soins dentaires (2019)		Bonne couverture des soins dentaires (70%), problém. pour les patients sans mutuelle	Bonne couverture des soins dentaires, problém. pour les patients sans mutuelle	Couverture des soins dentaires réduite du système national
Organisation des soins dentaires	Nombre de spécialités dentaires reconnues (2015)	4	1	4	0
	Spécialité dentaire la plus fréquente (2015)	Orthodontie	Orthodontie	Orthodontie	
	Part des CD exerçant en cabinet libéral (2015)	84 %	90%	96%	87%
	Part des CD exerçant dans un établissement public (2015)				21%
	Taille de la patientèle (2015)		1 500	1 000	
Cadre juridique	Exercice de la profession de CD sous statut salarié (2015)		Oui	Oui	Non
	Autorisation de publicité / marketing (2015)	Oui	Non	Oui	Oui
Équipe dentaire	Effectif total assistantes dentaires (estimation) (2015)	478 000	17 000	182 000	12 000
	Effectif total hygiénistes (estimation) (2015)	39 000		1 000	<500
	Effectif total techniciens dentaires (estimation) (2015)	167 000	20 000	66 500	500
	Nombre moyen de professionnels des soins dentaires pour 1 CD (2015)	2	1	4	3
	Nombre de métiers reconnus pour l'équipe dentaire (2015)	3	2	3	2
	Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire	Formation réglementée, inscription sur un registre professionnel	Formation réglementée, inscription sur un registre professionnel	Formation réglementée, inscription sur un registre professionnel	Formation réglementée sans inscription à un registre professionnel

CARACTÉRISTIQUES DES FILIÈRES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Thématiques	Indicateurs	Belgique	Bulgarie	Canada	Chypre	Croatie
Système de santé	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) (2018)	10%	7%	11%	7%	7%
	Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (2018)	19%	39%	2%	45%	10%
	Orientation du système de santé (2020)	Bismarckien	Bismarckien	Beveridgien	Beveridgien	Bismarckien
	Source principale de financement des dépenses de santé (2020)	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Impôts	Impôts	Sécurité sociale
	Part de la population couverte par les caisses publiques (2020)	99%	88%	100%	83%	100%
	Modèle de rémunération des médecins en soins primaires (2020)	Paiement à l'acte	Capitation et paiement à l'acte		PAA	Capitation et paiement à l'acte
Démographie dentaire	Nombre de chirurgiens-dentistes en pratique (2018)	9 000	7 000	24 517	1 000	3 000
	Nombre de CD actifs pour 100000 habitants (2018)	75	104	66	112	85
	Évolution 2013-2018 de la densité dentaire pour 100000 habitants (2018)	6%	3%		17%	12%
	Nombre de diplômés annuels pour 1 000 CD en pratique (2018)	34	46		0	46
	Évolution 2013-2018 du nombre de CD diplômés (2018)	61%	20%		0%	13%
Mobilité internationale	Part des CD ayant obtenu leur diplôme à l'étranger (2015)	2%	1%			
Demande de soins dentaires	Nombre moyen de consultations dentaires annuelles par habitant (2018)	1,2	0,8	1,6	0,1	1,0
	Part de la population de 16 ans et plus déclarant un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût (2018)	3,5%	1,9%		4,2%	0,7%
	DMFT à l'âge de 12 ans (2015)	0,9	3,0	1,0	1,3	4,8
	Part des dépenses de santé liées aux soins dentaires payées directement par les ménages parmi l'ensemble des dépenses de santé (2019)	2%	2%		5%	3%
	Niveau de prise en charge des soins dentaires (2019)	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national	Bonne couverture des soins, problém. pour les patients sans mutuelle	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national	Couverture des soins dentaires réduite du système national
Organisation des soins dentaires	Nombre de spécialités dentaires reconnues (2015)	3	8		2	6
	Spécialité dentaire la plus fréquente (2015)	Orthodontie	Pédodontie		Orthodontie	Orthodontie
	Part des CD exerçant en cabinet libéral (2015)	97%	96%		95%	76%
	Part des CD exerçant dans un établissement public (2015)	5%	2%		5%	
	Taille de la patientèle (2015)					2 200
Cadre juridique	Exercice de la profession de CD sous statut salarié (2015)	Oui	Oui (rare)		Oui (rare)	Oui (rare)
	Autorisation de publicité / marketing (2015)	Non	Oui		Oui	Oui
Équipe dentaire	Effectif total assistantes dentaires (estimation) (2015)	2 500	3 000	27 500	500	500
	Effectif total hygiénistes (estimation) (2015)			30 400		
	Effectif total techniciens dentaires (estimation) (2015)	2 500	3 000		<500	1 500
	Nombre moyen de professionnels des soins dentaires pour 1 CD (2015)	1	1	2	1	1
	Nombre de métiers reconnus pour l'équipe dentaire (2015)	2	2		3	2
	Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre professionnel	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre professionnel	Formation réglementée, inscription sur un registre pro.	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre professionnel	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre professionnel

CARACTÉRISTIQUES DES FILIÈRES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Thématiques	Indicateurs	Danemark	Espagne	Estonie	Finlande	Grèce
Système de santé	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) (2018)	10%	9%	7%	9%	8%
	Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (2018)	14%	22%	25%	18%	36%
	Orientation du système de santé (2020)	Beveridgien	Mixte	Bismarckien	Beveridgien	Bismarckien
	Source principale de financement des dépenses de santé (2020)	Impôts	Impôts	Sécurité sociale	Impôts	Sécurité sociale
	Part de la population couverte par les caisses publiques (2020)	100%	100%	94%	100%	86%
	Modèle de rémunération des médecins en soins primaires (2020)	Salaire, capitation et paiement à l'acte	Salaire et capitation	Capitation et paiement à l'acte	Salaire	Salaire et paiement à l'acte
Démographie dentaire	Nombre de chirurgiens-dentistes en pratique (2018)	4 000	31 000	1 000	5 000	14 000
	Nombre de CD actifs pour 100000 habitants (2018)	72	67	97	82	128
	Évolution 2013-2018 de la densité dentaire pour 100000 habitants (2018)	-8%	16%	7%	4%	-2%
	Nombre de diplômés annuels pour 1 000 CD en pratique (2018)	31	49	18	40	13
	Évolution 2013-2018 du nombre de CD diplômés (2018)	5%	-5%	-18%	16%	-14%
Mobilité internationale	Part des CD ayant obtenu leur diplôme à l'étranger (2015)		20%	1%	3%	
Demande de soins dentaires	Nombre moyen de consultations dentaires annuelles par habitant (2018)	0,8	1,4	1,5	1,0	
	Part de la population de 16 ans et plus déclarant un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût (2018)	4,5%	5,0%	4,1%	0,3%	8,6%
	DMFT à l'âge de 12 ans (2015)	0,4	1,1	2,8	0,7	2,1
	Part des dépenses de santé liées aux soins dentaires payées directement par les ménages parmi l'ensemble des dépenses de santé (2019)	3%	7%	7%	3%	5%
	Niveau de prise en charge des soins dentaires (2019)	Couverture totale pour les enfants. Couverture étendue pour les adultes	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national	Couverture des soins dentaires réduite du système national	Couverture totale pour les enfants. Couverture réduite pour les adultes	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national
Organisation des soins dentaires	Nombre de spécialités dentaires reconnues (2015)	2	0	2	3	2
	Spécialité dentaire la plus fréquente (2015)	Orthodontie		Orthodontie	Orthodontie	Orthodontie
	Part des CD exerçant en cabinet libéral (2015)	66%	99%	96%	44%	82%
	Part des CD exerçant dans un établissement public (2015)	30%	10%			5%
	Taille de la patientèle (2015)		664			
Cadre juridique	Exercice de la profession de CD sous statut salarié (2015)	Oui	Oui	Oui (rare)	Oui	Oui (rare)
	Autorisation de publicité / marketing (2015)	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Équipe dentaire	Effectif total assistantes dentaires (estimation) (2015)	6 500	25 000	1 500	8 500	2 500
	Effectif total hygiénistes (estimation) (2015)	2 500	3 000	<500	3 000	
	Effectif total techniciens dentaires (estimation) (2015)	500	6 000	<500	1 500	4 500
	Nombre moyen de professionnels des soins dentaires pour 1 CD (2015)	2	1	1	3	0
	Nombre de métiers reconnus pour l'équipe dentaire (2015)	4	3	3	4	2
	Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire	Formation réglementée requise sans inscription à un registre professionnel	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre professionnel	Formation réglementée obligatoire et inscription requise à un registre pro.	Formation réglementée obligatoire et inscription requise à un registre pro.	Formation réglementée obligatoire et inscription requise à un registre pro.

CARACTÉRISTIQUES DES FILIÈRES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Thématiques	Indicateurs	Hongrie	Irlande	Islande	Italie	Lettonie
Système de santé	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) (2018)	7%	7%	9%	9%	6%
	Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (2018)	27%	12%	16%	24%	39%
	Orientation du système de santé (2020)	Bismarckien	Beveridgien	Beveridgien	Mixte	Beveridgien
	Source principale de financement des dépenses de santé (2020)	Sécurité sociale	Impôts	Impôts	Impôts	Impôts
	Part de la population couverte par les caisses publiques (2020)	95%	100%		100%	100%
	Modèle de rémunération des médecins en soins primaires (2020)	Capitation	Capitation		Capitation	Capitation et paiement à l'acte
Démographie dentaire	Nombre de chirurgiens-dentistes en pratique (2018)	7 000	3 000	1 000	5 000	14 000
	Nombre de CD actifs pour 100000 habitants (2018)	70	54	97	82	128
	Évolution 2013-2018 de la densité dentaire pour 100000 habitants (2018)	17%	15%	7%	4%	-2%
	Nombre de diplômés annuels pour 1 000 CD en pratique (2018)	57	30	18	40	13
	Évolution 2013-2018 du nombre de CD diplômés (2018)		-11%	-18%	16%	-14%
Mobilité internationale	Part des CD ayant obtenu leur diplôme à l'étranger (2015)	8%	24%	1%	3%	
Demande de soins dentaires	Nombre moyen de consultations dentaires annuelles par habitant (2018)	0,7	0,4		0,5	
	Part de la population de 16 ans et plus déclarant un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût (2018)	1,5%	2,4%	7,6%	2,6%	9,8%
	DMFT à l'âge de 12 ans (2015)	2,4	1,1	1,4	1,1	3,4
	Part des dépenses de santé liées aux soins dentaires payées directement par les ménages parmi l'ensemble des dépenses de santé (2019)	2%		5%		5%
	Niveau de prise en charge des soins dentaires (2019)	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national		Couverture totale pour les enfants. Couverture réduite pour les adultes	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national
Organisation des soins dentaires	Nombre de spécialités dentaires reconnues (2015)	6	3	7	2	7
	Spécialité dentaire la plus fréquente (2015)	Prosthodontie	Orthodontie	Orthodontie	Orthodontie	Chirurgie orale maxillo-faciale
	Part des CD exerçant en cabinet libéral (2015)	76%	68%	100%	91%	95%
	Part des CD exerçant dans un établissement public (2015)		12%			
	Taille de la patientèle (2015)	2 000		900		
Cadre juridique	Exercice de la profession de CD sous statut salarié (2015)	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
	Autorisation de publicité / marketing (2015)	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Équipe dentaire	Effectif total assistantes dentaires (estimation) (2015)	4 500	500	500	90 000	1 500
	Effectif total hygiénistes (estimation) (2015)	4 000	500	<500	4 000	<500
	Effectif total techniciens dentaires (estimation) (2015)	<500	500	<500	26 000	500
	Nombre moyen de professionnels des soins dentaires pour 1 CD (2015)	1	1	1	3	2
	Nombre de métiers reconnus pour l'équipe dentaire (2015)	3	5	3	3	4
	Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire	Formation réglementée et inscription requise à un registre pro.	Formation réglementée requise sans inscription à un registre professionnel	Formation réglementée et inscription requise à un registre pro.	Formation réglementée requise sans inscription à un registre professionnel	Formation réglementée et inscription requise à un registre pro.

CARACTÉRISTIQUES DES FILIÈRES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Thématiques	Indicateurs	Liechtenstein	Lituanie	Luxembourg	Malte	Norvège
Système de santé	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) (2018)	6%	7%	5%		10%
	Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (2018)	25%	32%	10%	34%	14%
	Orientation du système de santé (2020)	Bismarckien	Bismarckien	Bismarckien	Beveridgien	Beveridgien
	Source principale de financement des dépenses de santé (2020)	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Impôts	Impôts
	Part de la population couverte par les caisses publiques (2020)		100%	95%		
	Modèle de rémunération des médecins en soins primaires (2020)		Capitation et paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	
Démographie dentaire	Nombre de chirurgiens-dentistes en pratique (2018)	0	3 000	1 000	0	5 000
	Nombre de CD actifs pour 100000 habitants (2018)	126	98	97	48	87
	Évolution 2013-2018 de la densité dentaire pour 100000 habitants (2018)	-9%	9%	15%	4%	0%
	Nombre de diplômés annuels pour 1 000 CD en pratique (2018)	0	65	0	30	26
	Évolution 2013-2018 du nombre de CD diplômés (2018)	0%		0%	-13%	-7%
Mobilité internationale	Part des CD ayant obtenu leur diplôme à l'étranger (2015)		3%		12%	17%
Demande de soins dentaires	Nombre moyen de consultations dentaires annuelles par habitant (2018)	1,3	1,6	1,4		
	Part de la population de 16 ans et plus déclarant un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût (2018)		2,9%	0,4%	0,2%	5,0%
	DMFT à l'âge de 12 ans (2015)	3,4	2,1	3,0	1,4	1,0
	Part des dépenses de santé liées aux soins dentaires payées directement par les ménages parmi l'ensemble des dépenses de santé (2019)		7%	2%	2%	4%
	Niveau de prise en charge des soins dentaires (2019)		Couverture des soins dentaires réduite du système national	Couverture des soins dentaires réduite du système national		Couverture des soins dentaires réduite pour les adultes. Haut niveau de soins dentaires non satisfaits
Organisation des soins dentaires	Nombre de spécialités dentaires reconnues (2015)	3	7	0	7	7
	Spécialité dentaire la plus fréquente (2015)	Orthodontie	Prosthodontie		Endodontie	Orthodontie
	Part des CD exerçant en cabinet libéral (2015)	94%	61%	99%	98%	69%
	Part des CD exerçant dans un établissement public (2015)				15%	
	Taille de la patientèle (2015)				1 250	1 900
Cadre juridique	Exercice de la profession de CD sous statut salarié (2015)		Oui	Oui (rare)	Oui	Oui
	Autorisation de publicité / marketing (2015)	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Équipe dentaire	Effectif total assistantes dentaires (estimation) (2015)	<500	2 000	500	<500	4 000
	Effectif total hygiénistes (estimation) (2015)	<500	<500		<500	1 000
	Effectif total techniciens dentaires (estimation) (2015)	<500	1 000	<500	<500	500
	Nombre moyen de professionnels des soins dentaires pour 1 CD (2015)	3	1	1	1	1
	Nombre de métiers reconnus pour l'équipe dentaire (2015)	3	3	2	3	3
	Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire	Formation réglementée et inscription requise à un registre pro.	Formation réglementée et inscription requise à un registre pro.	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre professionnel	Formation réglementée requise sans inscription à un registre professionnel	Formation réglementée et inscription requise à un registre pro.

CARACTÉRISTIQUES DES FILIÈRES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Thématiques	Indicateurs	Pays-Bas	Pologne	Portugal	République tchèque	Roumanie
Système de santé	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) (2018)	10%	6%	9%	8%	6%
	Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (2018)	11%	20%	30%	14%	19%
	Orientation du système de santé (2020)	Bismarckien	Bismarckien	Beveridgien	Bismarckien	Bismarckien
	Source principale de financement des dépenses de santé (2020)	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Impôts	Sécurité sociale	Sécurité sociale
	Part de la population couverte par les caisses publiques (2020)	100%	91%	100%	100%	86%
	Modèle de rémunération des médecins en soins primaires (2020)	Salaire, capitation et paiement à l'acte	Capitation et paiement à l'acte	Salaire	Capitation et paiement à l'acte	Capitation et paiement à l'acte
Démographie dentaire	Nombre de chirurgiens-dentistes en pratique (2018)	9 000	13 000	9 000	8 000	16 000
	Nombre de CD actifs pour 100000 habitants (2018)	55	35	88	74	84
	Évolution 2013-2018 de la densité dentaire pour 100000 habitants (2018)	11%	8%	25%	4%	17%
	Nombre de diplômés annuels pour 1 000 CD en pratique (2018)	23	79	70	40	128
	Évolution 2013-2018 du nombre de CD diplômés (2018)	22%		3%	-5%	39%
Mobilité internationale	Part des CD ayant obtenu leur diplôme à l'étranger (2015)	7%	2%	9%	4%	3%
Demande de soins dentaires	Nombre moyen de consultations dentaires annuelles par habitant (2018)	2,8	0,9	0,1	1,6	0,4
	Part de la population de 16 ans et plus déclarant un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût (2018)	0,4%	1,2%	9,6%	0,4%	4,7%
	DMFT à l'âge de 12 ans (2015)	0,6	3,5	1,2	2,1	2,8
	Part des dépenses de santé liées aux soins dentaires payées directement par les ménages parmi l'ensemble des dépenses de santé (2019)	1%	4%		3%	3%
	Niveau de prise en charge des soins dentaires (2019)	Soins dentaires couverts pour enfants, couverture réduite pour adultes	Soins dentaires couverts pour jeunes enfants seulement	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national	Bonne couv. des soins dentaires primaires. Faible niveau de soins non- satisfaits	Très peu de couverture des soins dentaires par le système national
Organisation des soins dentaires	Nombre de spécialités dentaires reconnues (2015)	5	8	3	2	3
	Spécialité dentaire la plus fréquente (2015)	Orthodontie	Endodontie	Chirurgie orale maxillo-faciale	Orthodontie	Orthodontie
	Part des CD exerçant en cabinet libéral (2015)	100%	96%	94%	94%	88%
	Part des CD exerçant dans un établissement public (2015)				10%	
	Taille de la patientèle (2015)	2 900			1 600	1 250
Cadre juridique	Exercice de la profession de CD sous statut salarié (2015)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Autorisation de publicité / marketing (2015)	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Équipe dentaire	Effectif total assistantes dentaires (estimation) (2015)	18 000	5 000	500	6 000	6 000
	Effectif total hygiénistes (estimation) (2015)	3 000	2 500	500	500	<500
	Effectif total techniciens dentaires (estimation) (2015)	3 500	500	2 500	7 000	7 000
	Nombre moyen de professionnels des soins dentaires pour 1 CD (2015)	2	0	0	2	1
	Nombre de métiers reconnus pour l'équipe dentaire (2015)	4	3	3	3	2
	Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire	Formation réglementée sans inscription à un registre professionnel	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre professionnel	Formation réglementée sans inscription à un registre professionnel	Formation réglementée sans inscription à un registre professionnel	Formation réglementée et inscription à un registre professionnel

CARACTÉRISTIQUES DES FILIÈRES ODONTOLOGIQUES EN EUROPE

Thématiques	Indicateurs	Royaume-Uni	Slovaquie	Slovénie	Suède	Suisse
Système de santé	Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) (2018)	10%	7%	8%	11%	12%
	Part des dépenses de santé payées directement par les ménages (2018)	17%	19%	12%	14%	28%
	Orientation du système de santé (2020)	Beveridgien	Bismarckien	Bismarckien	Beveridgien	Bismarckien
	Source principale de financement des dépenses de santé (2020)	Impôts	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Impôts	Sécurité sociale
	Part de la population couverte par les caisses publiques (2020)	100%	94%	100%	100%	
	Modèle de rémunération des médecins en soins primaires (2020)	Salaire, capitation et paiement à l'acte	Capitation et paiement à l'acte	Salaire	Salaire	
Démographie dentaire	Nombre de chirurgiens-dentistes en pratique (2018)	35 000	13 000	1 000	8 000	4 000
	Nombre de CD actifs pour 100000 habitants (2018)	53	35	72	81	51
	Évolution 2013-2018 de la densité dentaire pour 100000 habitants (2018)	0%	8%	11%	-1%	-2%
	Nombre de diplômés annuels pour 1 000 CD en pratique (2018)	35	79	36	30	28
	Évolution 2013-2018 du nombre de CD diplômés (2018)	2%		-23%	14%	20%
Mobilité internationale	Part des CD ayant obtenu leur diplôme à l'étranger (2015)	26%	6%	8%	4%	30%
Demande de soins dentaires	Nombre moyen de consultations dentaires annuelles par habitant (2018)	0,8	1,2		1,3	1,0
	Part de la population de 16 ans et plus déclarant un besoin dentaire non satisfait pour cause de coût (2018)	1,4%	1,6%	0,3%	1,3%	2,9%
	DMFT à l'âge de 12 ans (2015)	0,8	4,3	1,8	0,8	0,8
	Part des dépenses de santé liées aux soins dentaires payées directement par les ménages parmi l'ensemble des dépenses de santé (2019)		2%	1%	3%	
	Niveau de prise en charge des soins dentaires (2019)	Tarifs réglementés sur les soins dentaires en système public. Usage étendu du secteur privé pour contourner les listes d'attente		Augmentation des dépenses privées de santé dentaire pour éviter les listes d'attente	Couverture totale pour les enfants. Couverture réduite pour les adultes	
Organisation des soins dentaires	Nombre de spécialités dentaires reconnues (2015)	7	6	7	6	4
	Spécialité dentaire la plus fréquente (2015)	Orthodontie	Orthodontie	Orthodontie	Orthodontie	Orthodontie
	Part des CD exerçant en cabinet libéral (2015)	92%	95%	59%	46%	90%
	Part des CD exerçant dans un établissement public (2015)		10%		53%	
	Taille de la patientèle (2015)	2 500	1 800	1 800	1 500	1 500
Cadre juridique	Exercice de la profession de CD sous statut salarié (2015)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Autorisation de publicité / marketing (2015)	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Équipe dentaire	Effectif total assistantes dentaires (estimation) (2015)	55 500	2 500	1 500	12 500	5 500
	Effectif total hygiénistes (estimation) (2015)	7 000	500	<500	4 500	1 500
	Effectif total techniciens dentaires (estimation) (2015)	6 000	1 500	1 000	1 000	2 000
	Nombre moyen de professionnels des soins dentaires pour 1 CD (2015)	2	1	2	2	2
	Nombre de métiers reconnus pour l'équipe dentaire (2015)	5	3	3	3	5
	Conditions d'accès au métier d'assistant dentaire	Formation réglementée et inscription à un registre professionnel	Formation réglementée et inscription à un registre pro.	Pas de formation réglementée ni d'inscription à un registre pro.	Formation réglementée sans inscription à un registre professionnel	Formation réglementée sans inscription à un registre professionnel

L'OMPL,
UN OUTIL PARITAIRE
au service des entreprises libérales, employeurs et salariés

L'OMPL est né de l'accord du 28 février 2005 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des salariés des professions libérales conclu entre le syndicat représentant des employeurs l'UNAPL (Union nationale des professions libérales) et les confédérations des cinq syndicats représentants des salariés CFDT (Confédération française démocratique du travail), CFE-CGC (Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres), CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens), CGT (Confédération générale des travailleurs), CGT-FO (Confédération générale du travail - Force ouvrière).

105 502
ENTREPRISES LIBÉRALES EMPLOYEUSES

- **10 138** SECTEUR CADRE DE VIE-TECHNIQUE
- **13 659** SECTEUR JURIDIQUE
- **81 705** SECTEUR SANTÉ

438 649
SALARIÉS

- **84,5 %** DE CDI
- **82,9 %** DE FEMMES
- **37,1 %** DE MOINS DE 35 ANS

Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales
www.ompl.fr • 18-20 boulevard de Reuilly • 75012 Paris • ompl@ompl.fr

Ompl
Observatoire des métiers dans les professions libérales

Conception et réalisation : itineraire graphic.com - 01-2022