



**Plein
Sens**

*La meilleure façon
d'y voir clair*



Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions

Une étude qualitative

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

2 rue des Haudriettes
75003 Paris
Tél 01 53 01 84 40
Fax 01 53 01 81 25
www.pleinsens.fr

Septembre 2007 ■

Elsa RIGAL
Julie MICHEAU

Sommaire

INTRODUCTION	3
METHODE	4
I. LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE VUE D'EN HAUT	9
MUTATIONS	11
UNE PROFESSION MEDICALE A PART	12
L'EVOLUTION DES SOINS	16
L'INEGAL ACCES AUX SOINS	19
PRATIQUES ET CONDITIONS D'EXERCICE	20
LE CABINET DENTAIRE COMME ENTREPRISE ?	26
LES DEBATS	28
II. LE METIER RACONTE PAR LES HOMMES ET LES FEMMES DE L'ART	32
ÊTRE LIBERAL	334
1. CADRES D'EXERCICE ET VIES PROFESSIONNELLES	35
DES HISTOIRES PLUTOT QUE DES CARRIERES	36
ENTREE, SORTIE ET MOMENTS CLE DE LA VIE PROFESSIONNELLE	37
CONDITIONS D'EXERCICE : ENTRE CHOIX ET OPPORTUNITES	41
LE METIER APRES 20 ANS DE PRATIQUE	47
LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE	49
2. ILLUSTRATION	51
BREFS PORTRAITS	512
3. A CHAQUE PRATICIEN SA PRATIQUE	56
L'ART, L'INTROUVABLE NORME ET LA PRATIQUE	57
LES INTERFERENCES ENTRE L'ARGENT ET LA PRATIQUE	58
TERRITOIRES, PATIENTS ET REPONSE A LA DEMANDE DE SOIN	62
VOUS AVEZ DIT « OMNIPRATICIEN » ?	68
LE BEAU TRAVAIL, LA QUALITE ET COMMENT ELLE S'EVALUE	73
4. LA PROFESSION : UN COLLECTIF INCERTAIN	78
INDIVIDU ET COLLECTIF	79
ET LA SANTE PUBLIQUE ?	81
DES INSTITUTIONS REPRESENTATIVES ?	84
5. ETRE CHIRURGIEN DENTISTE	86

UN BEAU METIER MAL RECONNU	88
QUAND ET POURQUOI DEVIENT-ON CHIRURGIEN DENTISTE ?	89
L'ESSENCE DU METIER	90
L'INTENSITE DE L'EXERCICE	92
EN PLUS DE L'ART, LA GESTION ET LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION	94
RETRIBUTION MATERIELLE SANS RETRIBUTION SYMBOLIQUE	96
Y TROUVER SON COMPTE	99
III. LA VISION DES ETUDIANTS EN FACULTE DENTAIRE	100
LE REGARD SUR LA FORMATION INITIALE	102
LES PREMIERES EXPERIENCES	104
CE METIER, ILS EN PENSENT QUOI ?	105
DES PROJETS	108
LE REGARD SUR LA PROFESSION	110
PERSPECTIVES	113
ANNEXES	117
COMITE DE PILOTAGE	118
PHASE 1 : PERSONNES RENCONTREES ET RESSOURCES DOCUMENTAIRES	119
PHASE 2 : LES PRATICIENS RENCONTRES	122
PHASE 3 : PROFIL DES ETUDIANTS RENCONTRES	125

Introduction

Mieux connaître le métier de chirurgien-dentiste.

Ainsi énoncé, l'objectif de l'étude pourrait ne pas être très exigeant car des travaux sur le métier de chirurgien-dentiste, il n'en existe pas. Pourtant, l'ampleur du sujet rend plutôt l'exercice difficile. D'ailleurs, mieux vaut prévenir : cette étude n'est pas une somme qui vient à soi seul combler un manque, c'est au mieux un premier travail, un premier objet d'analyse, lacunaire et parfois lapidaire.

Des choix ont été faits. Le principal étant de partir du discours des praticiens. Il s'agit là de prendre en compte le sens que les individus donnent à leur conduite pour tenter de comprendre ce qu'est le métier.

Le sens commun propose un modèle macro-sociologique assez sommaire pour décrire les formes d'exercice du métier : il est à deux vitesses ou pourrait le devenir.

Nous avons rencontré près de cinquante praticiens (49 exactement), répartis sur 5 territoires de densité très inégale. Nous avons recueilli un matériau profus fait des récits de vies professionnelles rapidement brossées, et de la perception des conditions actuelles de pratique et d'exercice. Si l'on se limite à une mise en ordre de ces données, thématiquement, notre connaissance du métier s'accroît mais notre compréhension, relativement peu. On serait tenté de croire que la dentisterie est à cinquante vitesses au lieu de deux.

La difficulté du travail sociologique est de trouver des axes typologiques ou logiques qui permettent de « clarifier le réel » et de trouver « des îlots d'intelligibilité »¹. Entre 2 et 50 vitesses, il y a surtout des logiques d'action qui méritent d'être identifiées. C'est ce que nous avons cherché à faire.

* * *

Pour se doter d'un cadre de problématique avant de rencontrer les praticiens, une dizaine de personnalités qualifiées ont été rencontrées pour « planter le décor », la presse professionnelle a été survolée pour ses quelques pages non techniques, les statistiques publiques disponibles ont été analysées. Quelques constats sur la profession vue d'en haut ont ainsi pu être posés (pages 12 à 34).

Le métier vécu par les praticiens est ensuite analysé en quatre grandes familles de constats : comment se font les vies professionnelles (page 35), comment sur un territoire donné le praticien répond à la demande de soin ou n'y répond pas (page 56), qu'est-ce qui cimente la profession (page 78) et enfin, ce que veut dire être dentiste (page 86).

Cette représentation du métier est complétée par une courte étude de la vision que les étudiants en chirurgie dentaire en ont (pages 100 à 112).

¹ D. Schapper, La compréhension sociologique, PUF, 1999

Méthode

La demande de l'ONDPS :

L'objectif de l'étude est tout d'abord d'améliorer la connaissance des conditions d'exercice et de l'évolution du métier de chirurgien-dentiste. Il s'agit de combler une lacune en posant un premier objet d'analyse qualitative d'une profession peu étudiée.

En sondant plus particulièrement les conditions d'exercice qui se développent (regroupement, salariat, baisse du temps travail), un des objectifs est de comprendre si de nouveaux modèles professionnels se mettent en place.

Enfin, compte tenu de la variance élevée de la densité de praticiens sur le territoire, il s'agit d'évaluer plus particulièrement comment localement s'articulent demande de soins et offre de soins et comment la profession contribue à la santé publique.

Etude qualitative avant tout, nous nous sommes limités à explorer la représentation que les professionnels ont de leur métier. Les patients sont les grands absents de ce travail, ils ne sont là qu'à travers le regard que les praticiens portent sur eux.

Il s'agit donc d'un travail sur la profession telle qu'elle se vit et se construit de l'intérieur.

Cette étude s'est déroulée en trois grandes phases, afin de pouvoir examiner la profession à travers différents prismes : celui des acteurs et des institutions qui l'animent et la représentent, celui des praticiens en exercice, et celui des étudiants à la veille de commencer leur activité. La part la plus importante des investigations étant centrée sur le point de vue des praticiens en exercice.

■ Phase 1 : la profession « vue d'en haut »

Le premier travail de l'étude consistait d'abord à recomposer une image de la profession telle qu'elle est « vue d'en haut », c'est-à-dire telle que les données statistiques la décrivent, mais aussi telle que se la représentent ses principaux acteurs au sein des organismes professionnels et institutions de santé publique.

Il s'est donc agi dans cette étape de :

- décrire quantitativement la profession, à partir des connaissances et des ressources statistiques disponibles ;
- effectuer un état des lieux de l'opinion des principaux experts sur le sujet, à savoir à la fois les institutions (Ordre, HAS, DGS, IGAS) les syndicats (CNSD, UJCD, UNECD) et les associations professionnelles (ADF, UFSBD) ;
- compléter cette vision par une analyse de la presse professionnelle afin de recenser les grandes tendances et les facteurs d'évolution qui sont actuellement identifiés.

Pour cela, Plein Sens s'est appuyé sur :

1. Une analyse documentaire (cf. bibliographie en annexe) :

- analyse du discours des principales institutions ;
- analyse de la presse spécialisée ;
- recueil des principales ressources chiffrées existantes ;
- analyse des rapports et études existants.

2. Des entretiens avec dix personnalités qualifiées (cf. liste en annexe) sur le thème de la démographie, de l'évolution du métier, des conditions d'exercice, de la demande de soins, de l'accès aux soins, et de la structuration de l'offre.

Cette première vision d'ensemble a permis de tracer les grandes lignes du champ de questionnement qui a guidé les entretiens avec les chirurgiens réalisés par la suite.

■ Phase 2 : le métier raconté par les hommes et les femmes de l'art

Dans un deuxième temps de l'étude, Plein Sens s'est attaché à entendre, sur le terrain, les praticiens parler de leur métier, de leurs conditions d'exercice et de leur profession.

> Des entretiens non directifs

L'idée étant d'écouter pour comprendre, Plein Sens a donc choisi de mettre en œuvre des techniques d'entretien non directives au cours d'entretiens longs, en face à face, réalisés nécessairement au cabinet des praticiens retenus. Il était en effet tout à fait essentiel d'apprécier de visu le cadre d'exercice, c'est à dire le cabinet (configuration, état du matériel, nombre d'assistantes...) mais aussi son environnement, sa situation, son inscription dans la ville ou le territoire, son accessibilité.

Technique non directive ne signifie pas conversation à bâtons rompus. Au contraire. L'objectif était de privilégier l'expression spontanée des praticiens et de ne pas induire des questionnements qui n'étaient pas ceux de la personne rencontrée.

Ce travail d'écoute et de relance s'appuyait toutefois sur un champ de questionnement pré-établi par Plein Sens et le Comité de pilotage, listant – de façon non exhaustive et non limitative – des points que l'on souhaitait voir abordés au cours de l'entretien dans l'ordre des priorités dictées par les préoccupations propres à chaque interlocuteur.

> Un champ de questionnement

Les objectifs fixés phase d'enquête directe auprès des praticiens étaient les suivants :

1. Comprendre ce que peut recouvrir la notion de carrière et de mobilité professionnelle

Il s'agissait tout d'abord de repérer les variations éventuelles qui existent dans les pratiques et les représentations que les praticiens ont de leur métier, en fonction de la maturité de l'exercice.

C'est pourquoi nous avons été particulièrement attentifs, dans la sélection de l'échantillon, à diversifier l'âge des praticiens rencontrés afin de disposer à la fois de praticiens en début d'exercice, en milieu d'exercice (au minimum 10 ans de pratique) et en fin d'exercice (voire à la veille de la cessation d'activité).

Cette attention particulière portée à des « périodes-types » de l'exercice dentaire, déterminées a priori, avait pour but de voir s'il est possible de parler de carrière en ce qui concerne cette profession, et si oui, comment cette carrière se structure tout au long de l'exercice, ce qu'elle implique pour le praticien, si elle influence les choix effectués en termes de pratique, de conditions d'exercice, de lieu d'exercice...

Les entretiens avec les praticiens visaient également à éclairer des moments clés de l'exercice : l'installation et la cession. L'objectif était en effet de mieux comprendre les logiques qui guident l'installation, c'est-à-dire le lieu d'installation, le choix de pratique, de forme d'exercice, de configuration de cabinet, etc. Il était particulièrement important d'observer comment s'opèrent ces choix dans les zones peu denses : quels sont les motifs d'installation ou de refus, les freins et les solutions éventuelles évoqués par les praticiens ?

En parallèle, une attention particulière devait être portée à la période précédant la cessation d'activité, afin de comprendre les stratégies de cession des chirurgiens qui partent à la retraite, notamment dans les zones en déficit de praticiens : prépare-t-on la vente de son cabinet ? Comment ? Quelles implications cette réflexion a-t-elle sur les stratégies, l'organisation du cabinet et les pratiques durant les dernières années d'exercice ?

Enfin, les problématiques de répartition démographique étant aujourd'hui au cœur des réflexions de la profession, l'objectif était de cerner les formes de mobilité (ou d'immobilité) professionnelles et leurs déterminants, en particulier territoriaux. Les entretiens avec les praticiens devaient donc permettre de mieux comprendre comment les praticiens choisissent leur lieu d'exercice non seulement lors de la première installation, comme on l'a dit plus haut, mais aussi au regard des changements pouvant intervenir en cours de carrière. Pourquoi exerce-t-on dans une zone où la densité de praticiens est faible ? Ou au contraire pourquoi exerce-t-on dans une zone où elle est forte ? Pourquoi exerce-t-on en

ville ? En zone périurbaine ? En rural ? Quels sont les avantages et les difficultés qui caractérisent ces différentes zones, selon les praticiens qui y exercent mais aussi selon ceux qui n'y exercent pas ?

2. Qualifier les logiques d'exercice du métier de chirurgien dentiste et les confronter aux impératifs de politiques de santé publique et aux évolutions de la demande

L'explicitation des logiques territoriales devait être articulée avec l'observation et l'analyse de l'ensemble des éléments caractérisant l'exercice d'un praticien :

- Les conditions d'exercice : forme du cabinet (collectif, individuel, modes de collaboration, personnel d'assistance), temps de travail et articulation temps professionnel / temps personnel ;
- Les aspects de ces conditions d'exercice qui sont choisis ou et ceux qui sont subis ;
- Le rapport à la demande de soin : appréciation sur la quantité et la qualité de la demande (clients et soins); choix de réponse apportée à cette demande ;
- Les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction professionnelle ;
- Les évolutions repérables du métier : évolution de la demande, évolution des techniques, évolution des pratiques...
- Les choix d'évolution professionnelle opérés au cours de la vie de praticien et leurs déterminants : mobilité géographique, « spécialisation », investissements, formation, association ou collaboration avec un confrère...

> Echantillonnage

Afin de répondre à ces différents questionnements, Plein Sens a rencontré 49 praticiens au total.

Ces praticiens ont été sélectionnés en croisant quatre types de critères :

- *le territoire d'exercice* :

5 territoires de densité variable (forte, moyenne et faible) urbains, périurbains et ruraux, ont été retenus :

- o Paris
- o Caen (14)
- o département de l'Oise (60) et de Seine Maritime (76) : zone rurale isolée
- o département de la Haute-Garonne (31) : grande ville et péri-urbain (Toulouse), ville moyenne (Montauban, dans le 82) et zone rurale
- o département de la Seine Saint Denis (93) : communes de Bobigny (93000), Drancy (93700), Aulnay sous Bois (93600), Blanc Mesnil (93150), Bondy (93140).

- *l'âge et le sexe* :

Une attention particulière a été portée afin de sélectionner des praticiens hommes et femmes de toutes les tranches d'âge, de façon à pouvoir rencontrer des praticiens en début d'exercice, des praticiens ayant déjà une certaine expérience et des praticiens en fin d'exercice.

- *la spécialité* :

- o des omnipraticiens « vrais »
- o des omnipraticiens « faux » au sens d'une spécialité non reconnue mais constituant une spécialité de fait de l'activité, dominante ou exclusive (implantologie, parodontie, endodontie, pédodontie, orthodontie non spécialiste, chirurgie)
- o des spécialistes en orthopédie dento-faciale / orthodontie

- *le type de cabinet* :

Il s'agissait de rencontrer à la fois des praticiens exerçant en libéral, en cabinet individuel (seul ou avec un collaborateur/une collaboratrice) et en cabinet de groupe, et des praticiens exerçant en centre (centre dentaire, centre médical, mutualiste, municipal et privé).

On trouvera en annexe un tableau détaillé signalétique de l'échantillon et sa structure.

En fonction de ces critères, des praticiens ont été sélectionnées de façon aléatoire dans une base de données fournie par l'Ordre pour les cinq territoires cités ci-dessus. Les praticiens ont d'abord été approchés par téléphone, et ceux ayant donné leur accord ont été rencontrés lors d'un entretien individuel en face à face d'une durée d'une heure minimum, dans leur cabinet.

> Qualité des entretiens et biais éventuels

Solliciter des praticiens en exercice pour qu'ils « perdent » une ou deux heures pour un entretien était une gageure. La prise de rendez-vous a été particulièrement difficile. Trop pour ne pas penser qu'il n'y a pas un certain biais de représentativité dans le panel de personnes rencontrées.

Des variables cachées de ce biais pourraient être un certain rapport au temps « désintéressé », à la rentabilité et au bien public. L'étude était naturellement annoncée comme une étude pour le Ministère de la Santé.

Nous avons craint un moment ne rencontrer que des « bons élèves », ou les plus altruistes, ou les moins occupés. Cette crainte s'est dissipée. Il nous semble que nous avons rencontré une variété de profils importante qui justifie à soi seul la taille du panel mobilisé.

Comme nous le verrons, nous avons rencontré des pontes, des praticiens au cabinet négligé, des praticiens très motivés par la rentabilité, des praticiens très motivés par la qualité, des praticiens plus passifs, des praticiens dont le carnet de rendez-vous est rempli à 6 mois, des praticiens lassés ou en difficulté...

Bref, il nous semble in fine, que l'objectif de représentativité au sens de donner à voir la diversité des personnes et des situations est finalement atteint.

Quant aux entretiens eux-mêmes, ils ont eu pour une grande partie l'inconvénient d'être réalisés dans un temps limité. Ils ont toutefois duré entre une heure et deux heures trente, avec une médiane d'une heure quinze.

Comme souvent, ils se sont concluent par une expression de gratitude mutuelle : alors que nous remercions les praticiens de l'effort consenti, ils reconnaissent avoir passé un moment intéressant de questionnement inhabituel et stimulant. Prendre un temps pour s'interroger sur sa pratique est sinon utile du moins agréable.

> Des membres de la profession oubliés

On notera que des praticiens, numériquement rares mais sûrement intéressants du point de vue des logiques de choix professionnels ont été oubliés de ce travail : dentistes conseils et hospitalo-universitaires à temps plein.

Les interroger n'aurait eu de sens qu'en rencontrant un panel significatif pour se risquer à quelques généralisations. Les ressources d'étude ne l'ont pas permis.

> Des entretiens complémentaires sur la question du contrôle

A l'issue des trente premiers entretiens avec des praticiens, il est apparu qu'un des thèmes souvent abordés méritait d'être davantage approfondi : la qualité et son contrôle. En effet, si les praticiens abordaient régulièrement ces questions, de façon plus ou moins directe, et insistent sur le caractère crucial de ces aspects dans leur exercice, il leur était pour autant assez malaisé d'approfondir ce sujet, notamment en raison d'un manque d'informations.

Plein Sens a proposé au Comité de pilotage d'analyser plus avant le thème de la qualité et de son contrôle en rencontrant des responsables de l'Ordre au niveau départemental et des dentistes conseils en CPAM. Ces acteurs, proches du terrain, ont ainsi pu enrichir les constats effectués auprès des praticiens et affiner la compréhension de ces problématiques qui sont au cœur du métier.

■ Phase 3 : la vision des étudiants

Les entretiens avec les personnalités qualifiées ayant permis de faire émerger un aperçu de la profession telle qu'elle est décrite « vue d'en haut », avec tout le recul que permet ce positionnement ; les entretiens avec les praticiens ayant ensuite contribué à constituer un état des lieux des représentations qu'ont de ce métier ceux qui l'exercent au quotidien sur le terrain, il a semblé judicieux au Comité de pilotage de compléter ces points de vue par l'écoute de ceux qui s'apprentent à exercer ce métier : les étudiants en faculté de chirurgien dentaire.

L'objectif de cette troisième phase de l'étude était à la fois de saisir les représentations qu'ont les étudiants de leur futur métier et de ses évolutions ; de comprendre ce que sont leurs attentes professionnelles et ce qui détermine les choix projetés d'installation et de pratique ; et enfin d'identifier la place de la sensibilisation aux conditions d'exercice du métier dans les cursus de formation.

Plein Sens a réalisé des entretiens longs, semi-directifs avec 10 étudiants de dernière année en odontologie, dans trois facultés différentes correspondant aux territoires retenus pour l'étude :

- la faculté de Rennes
- la faculté de Toulouse
- la faculté de Paris VII (Garancière).

Les facultés ayant théoriquement pour mission d'anticiper sur les besoins de formation à venir, il a semblé intéressant de rencontrer également dans ces trois mêmes facultés quelques responsables de formation (doyen ou enseignant). L'objectif était de recueillir leur vision des évolutions du métier et de ses conditions d'exercice, mais aussi des étudiants eux-mêmes (leurs représentations sur le métier, leurs aspirations, leurs difficultés...) notamment lors de la période cruciale de transition entre la fin des études et le début de l'exercice. Enfin, ces entretiens avaient pour but d'identifier le rôle de la formation initiale dans la préparation aux conditions d'exercices du métier et au rôle de santé publique des chirurgiens dentistes.

I

La profession de chirurgien-dentiste vue d'en haut

Rappel :

Cette première partie du rapport restitue l'image de la profession telle qu'elle est « vue d'en haut ». Elle rassemble à la fois des données statistiques et des constats issus des entretiens que nous avons menés avec des personnalités qualifiées au sein des organismes professionnels et institutions de santé publique.

Mutations

La profession de chirurgien-dentiste est peu étudiée. Il est frappant de constater que des débats importants sur l'avenir de son organisation et de sa performance collective sont très peu outillés par des études épidémiologiques précises laissant plutôt une large part aux discours.

Exerçant un métier très spécifique, technique, technologique, manuel, ancré dans une culture fortement libérale, la profession de chirurgien-dentiste occupe un champ à part, très autonome, dans le système de santé publique.

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

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

On serait tenté de parler d'un risque fort, sinon avéré, de « commodification » de la santé dentaire. Le terme anglo-saxon de « commodification » désigne le degré de dépendance au marché d'un individu pour satisfaire ses besoins économiques ou sociaux, ici, sa santé. La structure de la prise en charge des soins dentaires en France, le caractère technique du métier et les investissements et coûts de fonctionnement qui s'y attachent, sa pratique de moins en moins autonome, tous ces facteurs engagent les praticiens dans des arbitrages qui peuvent les conduire à privilégier une logique de rentabilité à une logique de continuité des soins et d'accès aux soins, à une logique d'offre au détriment d'une logique de réponse à la demande.

Cette tension n'est pas nouvelle, mais elle semblerait de plus en plus forte. Hétérogénéité de la demande et hétérogénéité de l'offre se répondent dans un système de soin in fine inégalitaire.

Une profession médicale à part

■ Une profession libérale encadrée mais très libérale et très isolée

La profession de chirurgien-dentiste a une tradition libérale très marquée. Plus de 9 praticiens sur 10 ont encore aujourd'hui un exercice libéral. L'offre de soin odontologique hospitalière est réduite : sur plus de 40 000 praticiens, moins d'un millier exercent à l'hôpital, et rarement à temps plein. En cela, la profession a une configuration différente de celle des médecins. Les chirurgiens dentistes ont, de fait, une approche très individuelle des soins.

Les actes dentaires sont invasifs et sanglants. L'exercice des chirurgiens dentistes est donc encadré par des normes strictes, garantissant la sécurité du patient et la qualité des soins.

Si les chirurgiens dentistes se perçoivent et sont perçus comme une profession médicale un peu « à part », c'est tout d'abord parce que l'inscription de cette profession dans le corps médical est difficile à cerner. En effet, les chirurgiens dentistes sont bien des professionnels de santé, dotés du titre de Docteur, au service du patient. Comme pour les médecins, la relation avec le patient et la notion de confiance sont au cœur du métier. La première année de médecine est d'ailleurs commune entre les étudiants en médecine et les futurs étudiants en dentaire.

Pour autant, la profession entretient assez peu de relations avec le reste du corps médical. Il semble par exemple y avoir assez peu de cohésion, au niveau local, entre le chirurgien dentiste et les autres professionnels de santé : dans sa vie professionnelle un dentiste n'a que quelques contacts avec certains spécialistes ou professions para-médicales (ORL, stomatologue, orthophoniste...). Et en dehors de la cardiologie, il est peu de spécialités médicales qui ait un regard attentif à l'état de la bouche.

■ Qui semble en marge de la santé publique

Les affections bucco-dentaires ont une occurrence très élevée (caries, maladies parodontales) mais sont le plus souvent sans gravité, à tout le moins, peu invalidantes. Cela suffit-il à expliquer la faible représentation de la profession au sein des instances en charge de la santé publique et la faible prise en compte des soins odontologiques dans les politiques de santé publique ?

Il est en effet surprenant d'observer que des chirurgiens-dentistes experts ont été nommés au sein du Ministère de la Santé ou de la Haute Autorité de Santé depuis quelques années seulement.

Il n'y a pas de chirurgiens dentistes dans les services déconcentrés (DDASS), il n'y a pas de dentistes du travail, il n'y a pas de dentistes scolaires.

Il a fallu attendre 2005 pour que la santé bucco-dentaire fasse l'objet d'un plan national d'action et se trouve ainsi inscrite au PLF2006 sous la forme d'une sous-action d'une action du programme de santé publique et prévention, ainsi « casée » à la suite du VIH/Sida, les hépatites, les maladies infectieuses graves, le cancer, les maladies cardiovasculaires, maladies rares et la santé mentale dont suicide...

La loi hospitalière de juillet 1991 a intégré à part entière l'odontologie dans les activités des établissements publics de santé, pour autant, les services dentaires hospitaliers, en plus d'être rares (21 services), sont souvent mal intégrés aux établissements hospitaliers dont ils dépendent et évoluent dans une sphère autonome.

De même, sur 22 SROS (schéma régionaux d'organisation des soins), seuls 3 (Lorraine, Bourgogne, Réunion) comportent un volet odontologie.

■ Qui n'a qu'un pied dans le système conventionnel

Paramètre très structurant de la profession, seule une minorité des soins dentaires font l'objet d'une prise en charge publique. Les soins de base sont totalement remboursés par la Sécurité Sociale, mais in fine, le taux de couverture des dépenses dentaires par l'assurance maladie n'est que de 30%, la couverture par les organismes complémentaires est de 35% et il reste 35% à la charge des ménages. Une grande part de l'activité des chirurgiens dentistes échappe ainsi au champ conventionnel. D'un point de vue tarifaire les chirurgiens-dentistes sont donc dans la situation de médecins en secteur II (qui ne représentent qu'un quart des médecins libéraux).

■ Qui souffrirait d'un déficit d'image

Le métier de chirurgien-dentiste a la particularité d'être très technique. L'aspect manuel est très important et le classe à part des autres professions médicales, de l'aveu même des responsables de la profession. On parle d'ailleurs d'« art dentaire ». Cela pourrait laisser croire que ce métier s'exerce par vocation.

Or, il semblerait que ce ne soit toujours pas le cas : le choix des études en dentaire serait encore majoritairement un choix par défaut, dicté par la place dans le classement au concours à l'issue de PCEM12. Ce phénomène n'est sans doute pas sans effet sur l'image que la profession a d'elle-même au sein des professions médicales, comme sur l'image qu'a la profession auprès de ses confrères médecins.

En outre, parmi ceux qui choisissent délibérément cette discipline, beaucoup ne découvrent finalement que très tard (parfois seulement lors du premier remplacement en 5ème année) la réalité de ce métier.

Auprès des patients également, le métier de chirurgien-dentiste souffrirait encore d'une mauvaise image. Les clichés perdurent : aller chez le dentiste reste synonyme de douleur (alors même que les enquêtes menées par l'UFSBD en 1997 et 2002 auprès des patients montrent qu'en majorité les soins ne sont plus douloureux) ou en tout cas d'acte invasif, et de coût élevé (souvent perçu comme abusif).

De façon générale, le public a très peu de visibilité sur la spécificité du métier. Le manque de transparence sur la question des spécialités y contribue sans doute...

■ Prise de distance et esprit de corps

Ces différents éléments forment un environnement finalement assez peu préoccupé par l'odontologie et ses praticiens, ceci explique peut-être le discours tenu par les représentants de la profession (ordre et syndicats) : la profession serait peu considérée, voire déconsidérée par le système de santé actuel.

Cependant, à côté de ces facteurs exogènes, la profession elle-même a tendance à prendre quelque distance avec le dit système.

L'histoire a aussi joué dans cette prise de distance : libérale et indépendante, la profession s'est auto-organisée en confrérie, l'Ordre étant au centre de cette structure. La profession est individualiste du fait de l'exercice libéral, elle est cependant au dire de l'Ordre et des syndicats très solidaire, au point qu'on serait tenté de parler d'un véritable esprit de corps. La syndicalisation est d'ailleurs la plus forte des professions médicales (15 000 praticiens enregistrés à la CNSD, contre 5000 adhérents pour le plus gros syndicat de médecins).

En l'absence de véritable politique publique de prévention, fait symptomatique de cette tendance à l'auto-organisation, c'est la profession qui via l'UFSBD a eu l'initiative et a pris en main l'organisation de la prévention bucco-dentaire en France. Cette situation renforce encore la distance par rapport au système de santé.

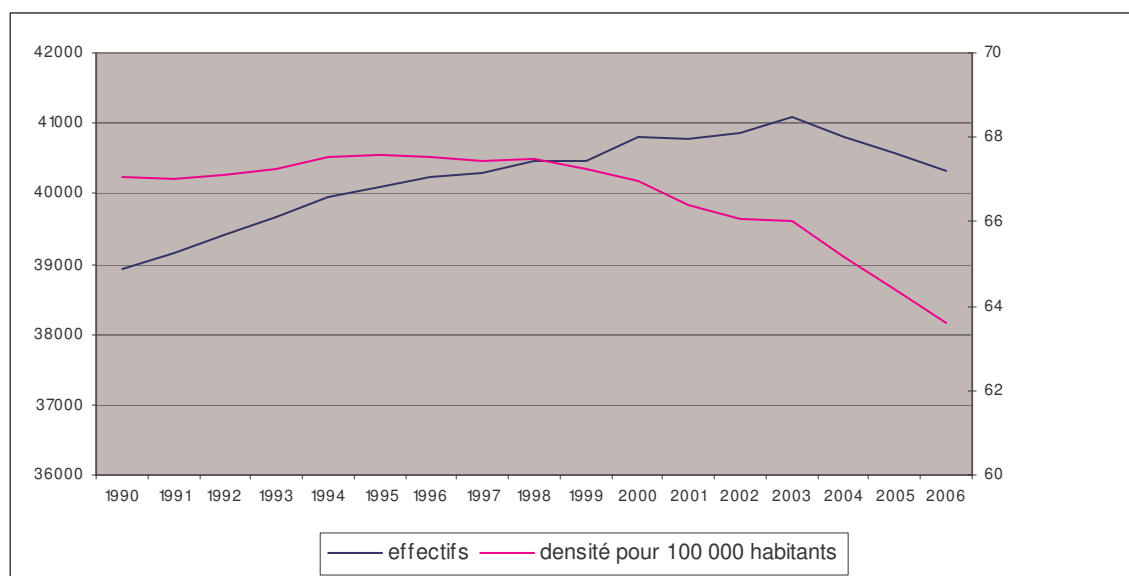
² Il serait d'ailleurs intéressant de disposer de séries longues pour évaluer dans quelle mesure le classement des chirurgiens-dentistes a évolué au fil du temps dans le sens d'un plus grand choix délibéré pour la filière dentaire.

■ Une profession qui vieillit et se féminise

Selon la récente publication de la DREES sur la démographie de la profession, « Au 31 décembre 2006, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) recense environ 40 300 chirurgiens-dentistes actifs, c'est-à-dire exerçant une activité relevant de « l'art dentaire » sur le territoire français et donnant donc lieu à une inscription à l'Ordre (graphique 1). Si leur nombre a crû de plus de 4 % par rapport à 1990 (graphique 1), on observe depuis 2004 une diminution des effectifs (-2 %). La population française ayant évolué plus rapidement au cours des quinze dernières années, la densité de chirurgiens dentistes a diminué, passant de 67 praticiens pour 100 000 habitants en 1990 à 65 actuellement.⁴ »

Le taux de croissance annuel des chirurgiens dentistes se révèle ainsi le plus faible de toutes les professions de santé (+0,5 % contre +1,2 % pour les médecins et + 3% pour les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et les sage-femmes).

Graphique 1



Evolution du nombre et de la densité des chirurgiens dentistes entre 1990 et 2006

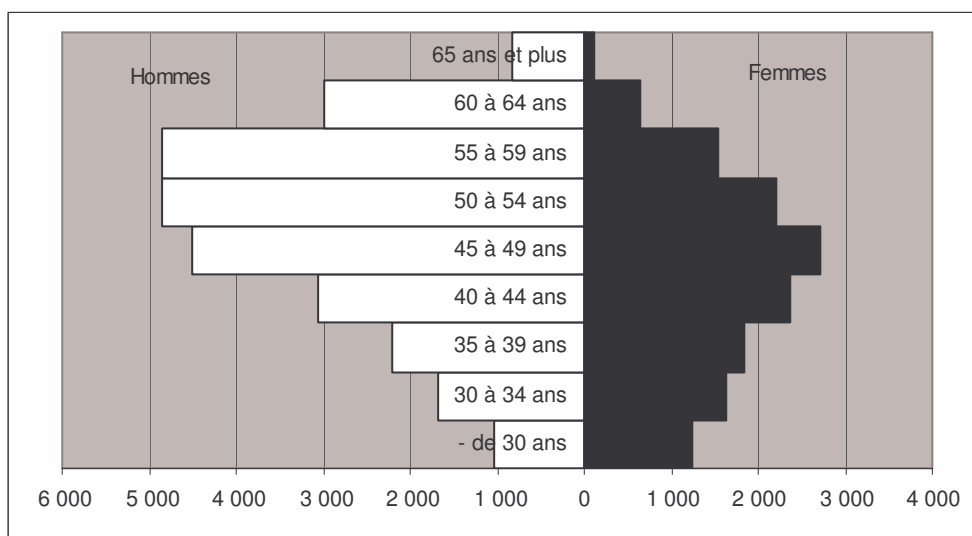
Source : Etudes et résultats n° 594, septembre 2007, Les chirurgiens-dentistes en France - situation démographique et analyse des comportements en 2006, Marc Collet, Daniel Sicart, DREES

La pyramide des âges de cette population (graphique 2 page suivante) témoigne d'un fort vieillissement de la profession, d'un âge de cessation d'activité se situant autour de 65 ans et d'une féminisation relativement récente.

⁴ Etudes et résultats n° 594, septembre 2007, Les chirurgiens-dentistes en France - situation démographique et analyse des comportements en 2006, Marc Collet, Daniel Sicart, DREES

⁶ Etudes et résultats n° 595, septembre 2007, La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030, Marc Collet, Daniel Sicart, DREES.

Graphique 2



Pyramide des âges des chirurgiens dentistes actifs au 31 décembre 2006

Source : *Etudes et résultats n° 594, septembre 2007, Les chirurgiens-dentistes en France – situation démographique et analyse des comportements en 2006*, Marc Collet, Daniel Sicart, DREES

La structure par âge de la profession a été déterminée par l'évolution du numerus clausus : ce numerus a suivi une décroissance régulière entre le début des années 70 et 1992, passant, en 20 ans, de plus de 1900 à 800 par an. Entre 1992 et 2002, il a été maintenu autour de 800, il connaît un desserrement depuis 2003, passant à 850 en 2003, puis successivement à 930 et 977 en 2003 et 2004.

« Si le numerus clausus était maintenu à 977 étudiants, la densité des chirurgiens-dentistes en France diminuerait encore sensiblement, passant de 65 pour 100 000 habitants en 2006 à 40 en 2030. Les entrées dans la vie active devraient s'accroître pour se stabiliser à partir de 2010-2015. En revanche, les cessations d'activité seraient toujours plus nombreuses, et le solde avec les entrées projetées devrait se creuser au cours des quinze prochaines années. La profession continuerait de vieillir jusqu'en 2015, avant de rajeunir et de retrouver en 2030 le même niveau qu'en 2006 (48 ans). La proportion de femmes au sein de la profession serait toujours plus importante, pour atteindre 45 % en 2030. À comportements identiques, la diminution du nombre de chirurgiens-dentistes affecterait autant les libéraux que les salariés, d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030. »⁶

L'âge moyen des praticiens répertoriés en 2006 est de 47 ans et 44% d'entre eux ont plus de cinquante ans.

Un peu plus d'un tiers des chirurgiens-dentistes (34%) sont des femmes, soit une proportion inférieure à celle observée parmi les médecins (38%). Ce chiffre est appelé à connaître une forte évolution à la hausse : si les femmes ne comptent que pour un quart des praticiens de plus de 50 ans, en revanche, elles comptent pour 44% des moins de 50 ans et sont désormais majoritaires parmi les cohortes de diplômés.

L'évolution des soins

■ Un fait acquis : la santé bucco dentaire s'est améliorée.

Grâce à la prévention, au dépistage, à une meilleure information et à un plus large accès aux soins, en vingt ans, l'hygiène bucco-dentaire s'est considérablement améliorée en France. En témoigne la consommation de brosses à dents, qui est passée de 1 brosse pour 9 personnes il y a 40 ans à 1,54 brosse par personne et par an en moyenne.

Combinées avec la généralisation des pâtes dentifrices (et sels) fluorés depuis le début des années 80, ces habitudes hygiéniques ont eu un effet spectaculaire sur la santé bucco-dentaire, et particulièrement sur celle des jeunes générations.

La carie est désormais une pathologie «résorbée » chez les enfants : alors que l'indice CAO (nombre de dents Cariées, Absentes, Obturées) à 12 ans était de 4.2 en 1987, il est passé à 1,9 en 1998 et 1,2 en 2006.

Même si il y a moins de mesures systématiques chez les adultes, le constat est également posé du recul de l'édentation.

■ Mais la demande de soin se transforme

Trois facteurs se sont conjugués pour faire évoluer la demande de soins de façon tout à fait notable en quelques 10 à 20 ans:

- le recours plus systématique aux soins et à la prévention
- l'évolution des techniques et des matériaux offrant des solutions de soin et de prothèses nouvelles
- une exigence esthétique croissante

L'élévation du niveau de santé général, l'attention plus soutenue portée au corps a transformé quantitativement et qualitativement la demande de soin. Cependant elle reste tout à fait hétérogène. Schématiquement, le Dr Hescot, Secrétaire Général de l'ADF, distingue trois catégories de patients : les prévento-conscients, les curato-conscients et les exclus des soins dentaires (cf. encadré).

Trois catégories de patients, d'après le Dr Hescot

« - Les « prévento-conscients » sont attentifs à leur santé comme ils le sont pour leur voiture ou pour tout ce qui relève de leur vie courante. Ils représentent environ 1/3 de la population, soit plus de 25 millions de Français. Ils **consultent d'abord pour rester en bonne santé et prévenir** toute douleur ou soucis éventuels.

- Le deuxième tiers **consulte pour se faire soigner**. Les patients viennent trouver la solution à un problème dentaire plus ou moins grave. Pour eux, les rendez-vous chez le dentiste consistent uniquement à bénéficier de la compétence « technique » d'un professionnel de santé capable de résoudre tous les maux dentaires.

- Enfin et malheureusement, le dernier tiers des Français, correspond à ceux qui **fréquentent trop peu, voire pas du tout les cabinets dentaires**. Les vieux clichés sont pour eux encore bien présents : le dentiste fait peur, le dentiste fait mal, le dentiste coûte cher... »

L'évolution des techniques et des matériaux suscite de la part d'une frange de la population de plus en plus large une demande nouvelle (prothèses céramiques, prothèses auto-portées plutôt que prothèses amovibles).

Enfin, les considérations esthétiques soutiennent une demande de soin qui ne relève plus du strict champ de la santé : blanchiment, orthodontie systématique...

D'une activité longtemps strictement curative, la chirurgie-dentaire a fortement évolué vers le soin, la conservation des organes et l'esthétique, changeant ses gestes comme son organisation.

Dans ce contexte de forte transformation de l'offre et de la demande, la question de l'évolution quantitative de la demande de soin reste en débat (cf. page 28).

■ Une tendance à la spécialisation de l'offre

En réponse à cette évolution de la demande, mais aussi en raison de mutations propres à la profession, l'offre de soins dentaire s'est adaptée. Par effet de rebond, l'évolution de la structuration de l'offre nourrit également une variation de la demande.

Une seule spécialité dentaire est officiellement reconnue par la profession (et clairement identifiée par le grand public) : l'orthodontie dento-faciale. La création d'une seconde spécialité est en débat : il s'agit de la chirurgie buccale, qui viendrait peu à peu se substituer au métier de stomatologue, les derniers stomatologues en exercice étant proches du départ en retraite.

Une spécialité très féminine : l'orthodontie

En 2004, près de 1800 chirurgiens-dentistes avaient pour spécialité l'Orthodontie dento-faciale (ODF). Cet effectif a progressé de 15% en moins de 5 ans. Ces spécialistes sont majoritairement des femmes (54%).

Pour autant, les choses ne sont pas si simples dans la mesure où les représentants de la profession tiennent à ce que le chirurgien dentiste reste avant tout un omnipraticien. Cela signifie d'une part qu'il n'existe pas, hormis les orthodontistes, de « vrais » spécialistes, mais également que tout chirurgien dentiste peut, en théorie, exercer une « spécialité » (l'orthodontie y compris). Si, de fait, l'exercice de l'orthodontie par un chirurgien dentiste n'ayant pas suivi la formation spécifique (CECSMO) est rare, on assiste toutefois au développement des « exercices spécifiques », notamment dans les grandes villes où les praticiens ont tendance à concentrer leur activité sur une famille d'actes (par exemple la pédodontie, la parodontie, la radio odontologique...). On serait tenté de parler de « spécialités » implicites... Mais aucune donnée statistique publiée ne permet de construire une typologie fiable de ces pratiques spécialisées.

Plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer le développement de ces exercices spécifiques :

- le coût du plateau technique :
En choisissant de se « spécialiser » sur un type d'acte, le plus souvent hors nomenclature et par conséquent plus rémunérateur, le praticien parviendrait plus facilement à rentabiliser le coût horaire du plateau technique. Avec la hausse des investissements de départ et de mise à niveau du matériel technique, ce raisonnement aurait tendance à se généraliser.
- l'investissement représenté par la formation complémentaire :
La plupart des exercices spécifiques cités ci-dessus font l'objet d'un DU (diplôme universitaire), que les praticiens suivent en complément de leur formation initiale. Le plus souvent, les chirurgiens dentistes s'inscrivent en DU non pas juste à la sortie de la 6ème année, mais après quelques années d'exercice afin de pouvoir assumer le prix (quelquefois élevé) de cette formation. Une fois le DU obtenu, il s'agit donc de rentabiliser le coût (en temps et en argent) de la formation, ce qui explique que le praticien décide de se « spécialiser » en fonction du DU suivi.
- la tendance au regroupement :
L'exercice en groupe est une tendance forte de l'évolution des pratiques, comme on le verra au prochain chapitre. En se regroupant, les praticiens peuvent choisir de se répartir la clientèle par « spécialité ».

Pour autant, les exercices spécifiques n'étant pas reconnus par la profession, et par conséquent pas affichés par les praticiens qui privilégient ce mode d'exercice (la mention « parodontologue » ne peut pas apparaître sur une plaque professionnelle par exemple), cela induit une faible lisibilité de la profession par le patient, qui a du mal à savoir s'il est soigné par un spécialiste de sa pathologie ou non. Si l'on croise cela avec la liberté d'honoraires pratiqués par le praticien, l'opacité est forte pour le patient.

Une typologie de pratiques s'est établie en fonction du lieu d'exercice

Il existerait désormais deux modèles polaires d'exercice, un modèle en zone urbaine riche (avec cette spécialisation « de fait » de certains praticiens) et un modèle en zone rurale ou défavorisée (omnipraticien « classique »).

Cette différenciation des pratiques rejoint la problématique de la rentabilisation du plateau technique. En effet, il est plus aisé de rentabiliser un plateau sophistiqué en ville, où les patients ont tendance à disposer de davantage de moyens financiers et à demander des soins « esthétiques » (l'implantologie par exemple), qu'en zone rurale et/ou défavorisée, où ce type d'actes est plus rare.

L'inégal accès aux soins

■ Le critère de la capacité financière reste primordial

Les soins dentaires, hors soins « de base » qui sont entièrement pris en charge par l'assurance maladie, restent en grande partie à la charge du patient, d'autant plus si celui-ci ne dispose pas de mutuelle. Ils ne sont donc accessibles qu'à ceux qui peuvent en assumer le coût.

Dans son enquête sur la Santé et la Protection Sociale de 2004, l'IRDES⁷ constate que « 13% de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois et dans la moitié des cas il s'agit de soins de santé bucco-dentaire. » Ce sont les ménages d'employés, d'ouvriers et les catégories à faible revenu qui renoncent le plus. Des enquêtes antérieures avaient établi le lien direct entre le revenu et l'existence d'une couverture complémentaire et le recours au dentiste.

La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) a néanmoins permis d'élargir considérablement l'accès aux soins à des personnes qui en étaient auparavant exclues. Les cabinets dentaires se sont ouverts à une population nouvelle.

Pour autant, la CMU n'a pas entièrement résolu le problème de l'accès financier aux soins. D'une part, une certaine frange marginalisée et très précarisée de la population (les SDF notamment) n'a accès aux soins dentaires que par le biais de centres de soins spécifiques tels que les centres de Médecins du Monde par exemple. Par ailleurs, les personnes ayant un faible revenu mais n'entrant pas dans les critères de couverture par la CMU n'ont pas accès aux soins non pris en charge par la Sécurité Sociale, faute de moyens. La CMU n'a donc pas résolu l'instauration progressive d'une « dentisterie à deux vitesses », que déplorent les représentants de la profession.

■ Des populations pour lesquelles l'accès aux soins est réduit

Aux inégalités financières s'ajoutent des disparités liées à la capacité physique des patients. Les personnes âgées et les personnes handicapées, moins mobiles, ont davantage de difficulté à accéder au cabinet dentaire.

Or les dispositifs de prise en charge spécifiques de ces populations (ex : les structures mobiles) restent encore assez rares, et ne sont pas toujours adaptés. Par exemple, même si un bus dentaire est équipé pour permettre un accès aux personnes handicapées, la surface réduite du bus ne permettra pas une facilité de mouvement pour une personne en fauteuil.

Aux difficultés physiques s'ajoute le critère de l'isolement. Il ne s'agit pas seulement des personnes isolées géographiquement et qui ne disposent pas de moyens de locomotion, mais également des personnes vivant dans des lieux qui ne disposent pas de dentiste *in situ* ou à proximité, comme les maisons de retraite, les centres pour personnes handicapées, les institutions psychiatriques, les prisons, etc...

Enfin, les jeunes enfants, ou plus encore certaines personnes handicapées mentales, parce qu'ils requièrent des soins plus lents et longs, trouvent difficilement des praticiens acceptant de les soigner. Pour ce type de patients, le développement d'une offre de soin hospitalière plus soutenue pourrait être une solution. (cf. « Les débats » page 28)

⁷ « Santé, soins et protection sociale en 2004 » – Rapport IRDES n° 1621, Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T - Janvier 2006.

■ L'inégalité de la densité de chirurgiens dentistes sur le territoire : un phénomène ancien qui tend à s'aggraver

La densité moyenne de praticiens est en France Métropolitaine de 67.1 pour 100 000 habitants, soit un praticien pour environ 1500 habitants. La moyenne de l'Europe à 25 est d'un peu plus de 1600.

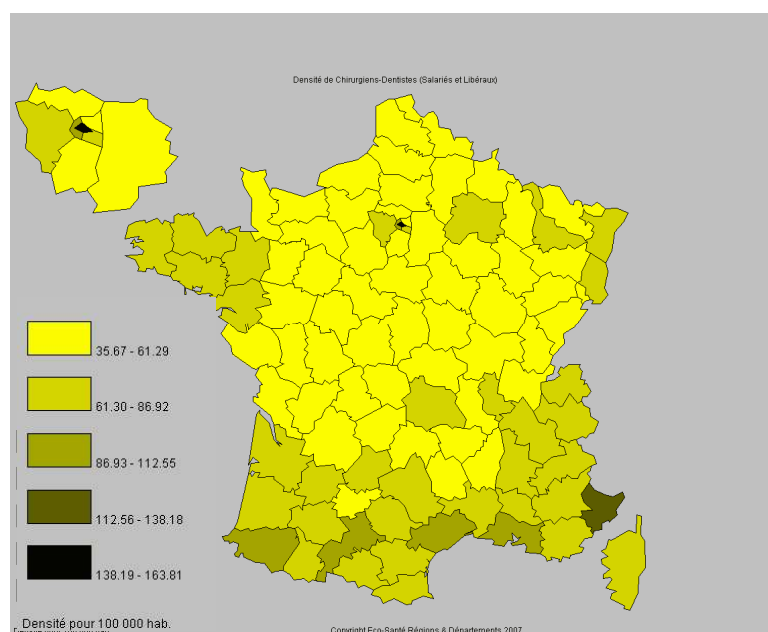
Mais cette moyenne nationale n'a pas grand sens, tant les disparités territoriales sont fortes. Trois régions (Ile de France, Rhône-Alpes et PACA) regroupent à elles seules 42% des praticiens (contre 36% de la population). Les densités moyennes par département varient de 1 à 7. La ville/département de Paris offre une configuration unique, c'est le département où la densité est la plus élevée (164 pour 100 000 hab), suivi des Alpes Maritimes (116 pour 100 000 hab). Les départements les moins dotés sont des départements ruraux du Nord de la France (Somme, Orne, Eure, Haute-Saône, Manche, Pas de Calais). La carte (graphique 3) donne à voir la très forte concentration de l'offre de soin dans le sud du pays.

Les études de répartition cantonale de la densité font apparaître des écarts également très importants au sein des départements.

Alors que le nombre de praticiens n'a pas évolué fortement entre 2001 et 2006 (croissance de 2.3% en 5 ans), leur répartition sur le territoire a, elle, changé : on assiste à une concentration croissante des praticiens dans les unités urbaines de très grande taille au détriment des communes rurales ou des unités de moins de 10 000 habitants (graphique 4).

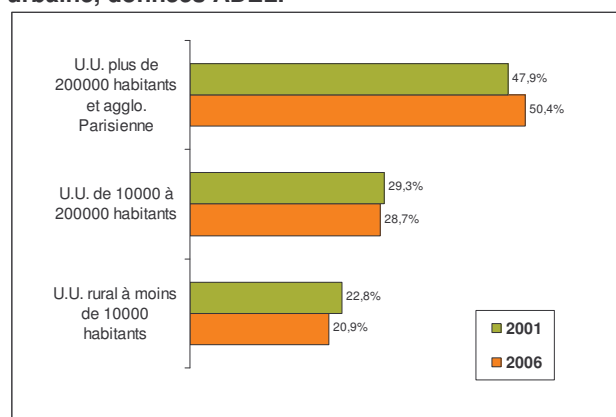
La question de la nécessité et des moyens de lutter contre la désertification de certains territoires est en débat. (cf. « Les débats » page 28)

Graphique 3 – Densité de praticiens pour 100 000 habitants en 2005



Source : IRDES – Eco-Santé – données ADELI

Graphique 4 - Répartition des chirurgiens dentistes par taille d'unité urbaine, données ADELI



Source : DREES, les professions de santé au 1^{er} janvier 2006, Document de travail, n°97, mai 2006 / idem. au 1^{er} janvier 2001, Document de travail, n°9, août 2000

Pratiques et conditions d'exercice

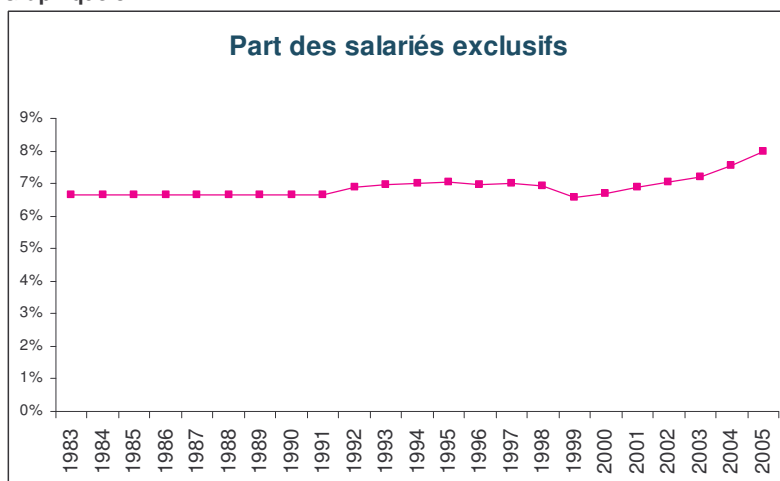
Traditionnellement, la profession de chirurgien dentiste est libérale, marquée par un temps de travail élevé, dans laquelle l'exercice individuel est la règle. Si ces caractéristiques demeurent majoritaires, on observe cependant le développement rapide de nouveaux modes d'exercice, qui faisaient auparavant figure d'exception.

■ Une installation plus tardive

Alors qu'un chirurgien était pressé de s'installer à son compte dès la sortie de la faculté, la première installation a aujourd'hui tendance à se faire de plus en plus tard. Les jeunes diplômés passent souvent les deux années qui suivent le diplôme à effectuer des remplacements ou des collaborations temporaires. Et lorsqu'ils choisissent enfin de s'installer, c'est de plus en plus souvent dans un cabinet de groupe, avec des « anciens ». Il semble en effet que la crainte de se lancer dans la création d'un cabinet, la gestion de personnel et les aspects comptables et administratifs que cela implique, se soit renforcée parmi les jeunes chirurgiens dentistes.

■ La progression du salariat

Graphique 5

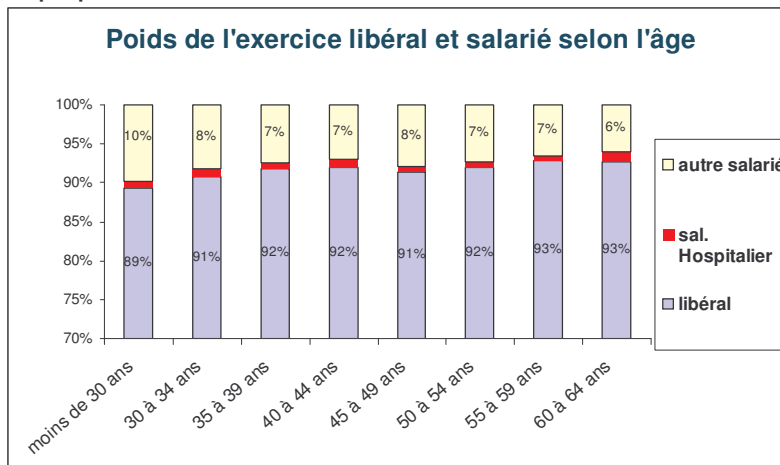


Source : Eco-Santé IRDES, Calcul Plein Sens : effectifs ADELI de praticiens salariés exclusifs rapporté à l'effectif total ADELI

Un praticien peut être salarié dans un centre de soins (mutualiste, communal...) ou dans un cabinet. L'exercice entièrement salarié progresse assez régulièrement depuis le tournant des années 2000 (cf. graphique 5), mais n'excède pas 8,5% en 2006, parmi lesquels un peu moins de 1% sont des salariés hospitaliers.

Cette évolution récente concerne surtout les premières années de pratique : le salariat est choisi particulièrement par les moins de 30 ans qui sont 11% à avoir opté au moins temporairement pour ce mode d'exercice (graphique 6).

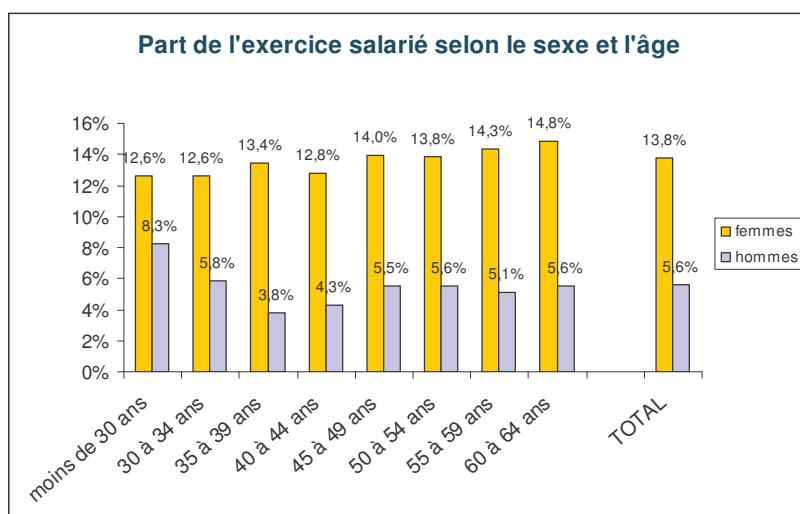
Graphique 6



Source : DREES, les professions de santé au 1^{er} janvier 2006, Document de travail, n°97, mai 2006 – Calcul Plein Sens

Deux phénomènes se cumulent parmi la jeune génération : d'une part les femmes exercent moins souvent en libéral quel que soit leur âge (graphique 7) et elles sont beaucoup plus nombreuses dans les cohortes récentes, d'autre part les hommes ont eux aussi un recours au salariat plus fréquent dans leur premières années de pratique (graphique 7). L'avenir dira s'il s'agit d'un mode d'entrée dans la profession ou d'une évolution durable des modes d'exercice au-delà des premières années.

Graphique 7



Source : DREES, les professions de santé au 1^{er} janvier 2006, Document de travail, n°97, mai 2006 – Calcul Plein Sens

■ Un lieu de travail de plus en plus urbain

Si les praticiens sont inégalement répartis sur le territoire en fonction des différentes régions, on constate surtout une tendance générale à l'urbanisation des lieux d'exercice. Les chirurgiens qui s'installent le font en ville plutôt qu'en campagne.

Les principales raisons qui les motivent sont :

- La recherche du confort lié à la vie urbaine, en termes d'équipement, d'accès aux loisirs, de scolarisation pour les enfants...
- L'activité du conjoint. Aujourd'hui, les deux membres du couple exercent une profession. Or il est plus difficile pour le conjoint de trouver un emploi dans une zone rurale qu'en ville.
- L'amortissement du plateau technique, qui est plus rapide en zone urbaine où la clientèle, mieux informée et plus aisée, demande des soins plus « sophistiqués » (l'implantologie et la parodontie notamment).

■ La réduction du temps de travail

Les représentants de la profession soulignent que les jeunes praticiens ont tendance à travailler moins que les générations précédentes. Le temps de travail hebdomadaire et l'amplitude des horaires de travail sur la journée diminueraient. En cela, ils s'inscrivent dans la tendance générale à la réduction du temps de travail : contrairement à la majorité de leurs prédécesseurs, ils souhaitent laisser davantage de place à la vie familiale, aux loisirs.

Bien sûr, la féminisation de la profession est un facteur « aggravant » de cette évolution. Les femmes cumulant différemment que les hommes vie de famille et vie professionnelle en cette profession comme en d'autres.

■ La tendance au regroupement

Autre tendance notable dans l'évolution des formes d'exercice : les chirurgiens-dentistes sortiraient de leur splendide isolement.

Il est vrai que le regroupement présente de nombreux avantages pour un jeune diplômé : il bénéficie de l'expérience de ses confrères, qui peuvent aussi bien le conseiller au niveau des interventions en bouche pour des cas complexes que lui apporter leur aide sur le plan de la gestion du cabinet, du personnel, les relations avec les organismes de santé, la relation avec le patient... Par ailleurs, en s'installant dans un cabinet existant, l'investissement de départ en matériel (plateau technique, locaux, équipement informatique) est réduit d'autant pour le jeune praticien. Enfin, s'installer dans un cabinet de groupe lui permet de s'intégrer plus facilement dans l'environnement professionnel local (ordre, confrères...). Au vu de ces avantages, on comprend que cette tendance au regroupement ne touche pas seulement les jeunes chirurgiens dentistes mais bien l'ensemble de la profession (voir encadré ci-dessous).

Les différentes formes de société

- **La SCM** (Société Civile de Moyens) : les praticiens associés en SCM mettent en commun les moyens et partagent les frais mais la clientèle, les honoraires et les recettes de chaque chirurgien dentiste restent indépendants.
- **La SCP** (Société Civile Professionnelle) : les praticiens mettent tout en commun (dépenses et recettes).
- **La SELarl** (Société d'Exercice Libéral) : récemment créée, cette forme de société tendrait à se développer, bien qu'elle soit considérée comme plus complexe au niveau fiscal. Elle a l'avantage de pouvoir réunir à la fois des libéraux et des praticiens salariés.

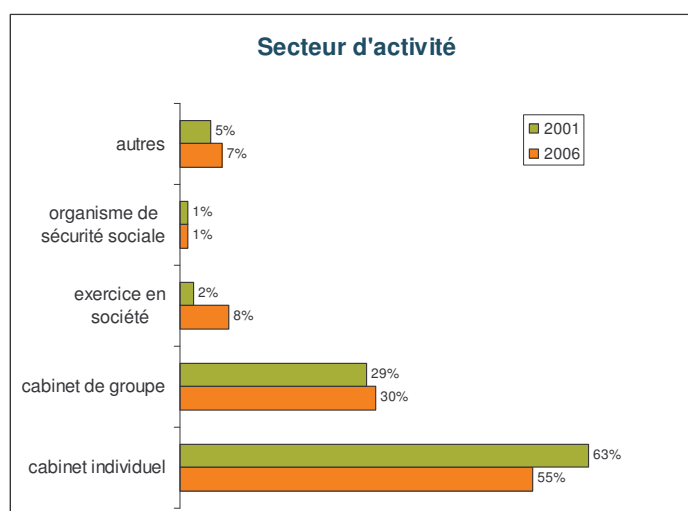
En 2005 :

	Femmes	Hommes	Total
Exercice libéral individuel	5766	13604	19370
Collaborateur libéral	1591	1228	2819
Nombre exerçant en association	4616	10368	14984
Dont :			
En contrat d'Exercice à frais	540	985	1525
En Société Civile de Moyens	3202	7162	10328
En Société Civile	501	1111	1612
En Société à Participation	26	38	64
En Société d'Exercice Libéral	273	982	1255

Source : ANDEGA, Ordre National des Chirurgiens-dentistes

Les sources statistiques existantes ne permettent pas d'identifier de façon précise l'activité « isolée » de l'activité de groupe, seuls les statuts juridiques des sociétés sont repérés, sans indication du nombre de praticiens. Pour autant, on observe sur un intervalle court de 5 ans une évolution notable des formes d'activité qui tend à prouver que le développement de l'activité de groupe est bien réel. Entre 2001 et 2006, la part des praticiens exerçant en cabinet individuel a reculé de 8 points, le cabinet de groupe, et plus encore l'exercice en société, ont progressé respectivement de 1 et 6 points (cf. graphique ci-contre). Ces tendances mériteraient d'être mieux qualifiées, il serait intéressant de connaître plus précisément la taille et la nature des groupements.

Graphique 8 - Répartition des chirurgiens dentistes par secteur d'activité, données ADELI



Source : DREES, les professions de santé au 1^{er} janvier 2006, Document de travail, n°97, mai 2006 ; DREES les professions de santé au 1^{er} janvier 2001, Document de travail, n°9, août 2000

■ Toujours plus de technicité

L'équipement de départ d'un cabinet dentaire est aujourd'hui beaucoup plus important qu'il y a trente ans. L'investissement que représente un plateau technique moderne est très lourd pour un jeune chirurgien dentiste qui s'installe. Par ailleurs, l'avancée des savoirs et des technologies est de plus en plus rapide, ce qui oblige à une mise à niveau fréquente des matériels, mais également à une formation du praticien et des assistantes à la maîtrise des nouveaux équipements et techniques de travail.

Cette évolution de plus en plus rapide des techniques est avancée par certains comme l'une des explications aux difficultés croissantes quand à la revente de cabinet. Il serait aujourd'hui devenu moins intéressant pour un jeune praticien de racheter un cabinet car les frais de mise à niveau seraient plus onéreux qu'une construction de locaux et l'achat de matériel neuf. Pour d'autres, les difficultés de revente tiennent cependant avant tout à la localisation du cabinet et aux problèmes de démographie professionnelle.

■ Le poids grandissant des contraintes

Fortement encadré, le métier de chirurgien-dentiste est soumis à un champ de contraintes de plus en plus dense.

> Une contrainte persistante : la rigidité de la nomenclature

La nomenclature des actes dentaires édictée par la Sécurité Sociale n'a pas changé depuis les années 1960. Or cette rigidité est vécue comme une véritable contrainte par les chirurgiens dentistes dans la mesure où la réalité des actes a, elle, énormément évolué en plus de 40 ans de pratique.

La qualification des actes est présentée comme un exercice complexe en fonction de cette nomenclature obsolète. Le praticien est parfois obligé d'effectuer de véritables contorsions dans la qualification des actes, d'où un fort risque de dérives.

Le passage de la NGAP actuelle à la nomenclature CCAM standard est en cours d'élaboration.

> De plus en plus de contraintes techniques et réglementaires

Compte tenu de la nature des actes de soin (invasifs, sanglants), les normes techniques et sanitaires qui encadrent la profession sont continuellement renforcées. Les exigences nouvelles portent sur :

- le matériel autorisé
- les règles d'asepsie, la stérilisation qui conduisent au développement du matériel jetable
- le traitement des déchets
- la traçabilité des actes
- les normes d'appareillage et l'obligation de formation en matière de radiologie

A cela, il convient d'ajouter une évolution qui a eu son importance pour les praticiens les moins jeunes : l'informatisation. Elle est en particulier devenue une nécessité pour la télétransmission qui requiert que le cabinet soit informatisé (au fauteuil et à l'accueil), d'où un changement des méthodes de travail pour le praticien et l'assistante qui nécessite une formation.

> La formation continue : une révolution ?

Comme cela a été le cas pour les médecins, avec le décret du 2 juin 2006, les chirurgiens dentistes en exercice sont désormais soumis à une obligation de formation continue. Les chirurgiens dentistes disposent de 5 ans pour totaliser 800 « crédits » de formation, avec un minimum de 150 « crédits » par an, ce qui correspond à environ 2,5 jours de formation par an.

Si cette obligation a été dictée par l'Etat, c'est la profession qui a pris en main l'organisation et le contrôle de la formation, avec le CNFCO (Conseil National de la Formation Continue Odontologique) relayé dans chaque région par des CIRFCO (Conseils Inter-régionaux de la Formation Continue Odontologique), au sein des Conseil Régionaux de l'Ordre.

Les syndicats ont pour certains développé leur offre de formation continue. La CNSD s'est dotée d'un organisme de formation (l'UNAFOC) et l'UJCD a fait le choix de privilégier la formation continue conventionnelle (les thèmes de formation sont élaborés conjointement avec la Sécurité Sociale et les dentistes qui y participent sont indemnisés).

Cependant, malgré cette appropriation de l'offre et de l'organisation de la formation par les institutions professionnelles, la majorité des praticiens serait encore très réticente. La formation obligatoire serait ressentie par certains comme une intrusion dans la philosophie libérale de la profession. En outre, il semble que les sanctions en cas de non-respect de l'obligation de formation ne soient pas encore prises au sérieux. Il est prévu que l'Ordre, via les CIFCO, contrôle la bonne acquisition des crédits mais les sanctions ne sont pas encore déterminées. Il est donc trop tôt pour statuer sur le suivi de l'obligation de formation continue.

> La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Prévue par l'article 14 de la loi du 13 août 2004, l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se met en œuvre. Les professionnels de santé disposant de 5 ans pour s'engager dans le dispositif.

L'évaluation des pratiques (EPP) s'inscrit pleinement dans le champ de la formation continue mais a une approche différente de la formation continue classique qui privilégie une approche pédagogique, et l'acquisition de nouvelles connaissances /compétences. L'EPP privilégie une approche davantage clinique et professionnelle, fondée sur l'analyse des données de l'activité. Il s'agit d'évaluer les pratiques de chacun dans un but non normatif mais d'amélioration continue de la qualité des soins. Le dispositif vise en particulier à garantir l'actualisation des pratiques en fonction des avancées de la science.

C'est la Haute Autorité de Santé qui a la responsabilité de réguler ce dispositif nouveau dans le cadre d'une démarche partenariale avec les professionnels de santé, les instances représentatives et les structures professionnelles.

Pour les chirurgiens-dentistes, le dispositif est encore dans sa phase de conception et d'expérimentation ; il est vraisemblable qu'une grande majorité des praticiens n'aient pas connaissance de ce dispositif.

■ Du patient au consommateur de soins

La relation avec le patient a changé. Les patients sont aujourd'hui globalement mieux informés, ce dont se félicitent les praticiens dans la mesure où cette meilleure connaissance des soins permet de faciliter le dialogue avec le patient, et de lui proposer des interventions qu'il n'aurait peut-être pas acceptées auparavant.

Pour autant, il y a un revers de la médaille : les patients auraient tendance à devenir davantage des consommateurs de soins. Ils seraient plus exigeants vis-à-vis du praticien, des honoraires, plus attentifs à l'asepsie du cabinet, et hésiteraient moins qu'auparavant à se plaindre si le soin pratiqué ne correspond pas à leurs attentes. Les chirurgiens dentistes seraient, comme l'ensemble des professions médicales, de plus en plus confrontés à des actions en justice menées par les patients. Cette judiciarisation de la relation avec le patient est un véritable changement.

Le cabinet dentaire comme entreprise ?

■ Un souci primordial : la rentabilité du cabinet

Achat des locaux, du plateau technique, de l'équipement informatique, mise à jour régulière de ces derniers pour respecter les normes et l'avancée des techniques... tout cela représente un effort financier très important pour le praticien, qui doit régulièrement s'endetter pour y faire face. Les chirurgiens dentistes ont de plus en plus conscience de la prise de risque induite par ces investissements. La rentabilité d'un cabinet serait moins évidente qu'elle ne l'a été. Investissement et fonctionnement (développement des consommables jetables) sont devenus plus coûteux.

De l'avis commun : un praticien qui ne ferait que des soins de base ne peut pas rentabiliser son cabinet. L'équilibre qui a été construit, en concertation avec la Sécurité Sociale et l'Etat, repose donc sur une entente directe avec le patient qui constitue un dépassement d'honoraire, dépassement d'honoraire qui permet au cabinet d'être rentable. Certes, la revalorisation des tarifs de 2006 a permis des ajustements notables sur certains soins conservateurs, mais dans le même temps elle a ouvert les ententes directes pour dépassement d'honoraire sur de nouveaux matériaux d'obturation, accentuant en cela le risque de « dentisterie à deux vitesses ».

■ Le poids des tâches de gestion

Au-delà de cette préoccupation permanente d'assurer la rentabilité de sa « mini-entreprise », le chirurgien dentiste est très concrètement confronté à une nécessité : la gestion administrative et comptable du cabinet. Or il semble que ces tâches aient pris de plus en plus d'importance au fil des années (la télétransmission, les tâches administratives liées à la prise en charge des patients CMU sont cités).

Dans deux cas sur trois, le chirurgien-dentiste a une assistante. Par ailleurs, comme cela a été souligné, la pratique en groupement se développe, induisant des effectifs salariés, de praticiens et de personnel auxiliaire. Le praticien doit « manager » son personnel : salaires, formation, congés, répartition des tâches...

Et lorsqu'il est installé en individuel et exerce sans assistante, lui incombent également toutes les tâches liées à la gestion du matériel (stérilisation, gestion des stocks et du traitement des déchets), la planification des rendez-vous, l'archivage des dossiers des patients, la télétransmission...

Au-delà de la charge que représentent ces tâches, c'est l'impréparation à ce type de travaux qui est surtout soulignée. En effet, la gestion du cabinet fait parfois l'objet d'un séminaire en 6^{ème} année, mais la plupart du temps le praticien apprend « sur le tas » cet aspect de la profession, au cours de ses premiers remplacements ou même de ses premières années d'installation. Cela explique aussi la crainte des jeunes diplômés de s'installer à leur compte dès la fin de leurs études.

■ Le risque de faire de la santé dentaire un marché

Pour faire face à ses charges, le praticien doit apprendre à gérer son activité en trouvant le bon équilibre entre les actes pris en charge, de façon à assurer une santé de qualité à tous ses patients, et les actes hors nomenclature, qui ne sont pas accessibles à tous mais qui permettent de compenser le déficit de rentabilité induit par les soins de base.

Si ce système a fonctionné jusqu'ici, le risque est néanmoins très important pour le système de soins. Comment s'assurer que cet équilibre perdure, et qu'un praticien ne choisisse pas de se consacrer exclusivement à certains types d'actes, plus rémunérateurs ?

D'autant plus que, si la tendance actuelle en termes d'amélioration de la santé bucco-dentaire se poursuit, les patients auront de moins en moins besoin de soins de base (carie, extraction) dans l'avenir. La tendance à une spécialisation de fait vers des soins esthétiques et plus rémunérateurs pourrait ainsi

s'accentuer.

La gestion tendrait donc à occuper une place croissante dans le métier de chirurgien-dentiste. Est même apparue une presse spécialisée *l'Indépendantaire* qui se place très spécifiquement sur ce créneau du « cabinet-entreprise ». Enonçant clairement que « *rentabilité, productivité et management ne sont plus des gros mots* » pour la profession, annonçant « *Ce journal vous propose des sujets qui font votre quotidien: communication, ressources humaines, organisation, nouveaux produits, vie de la profession, gestion, veille scientifique, clinique... Mois après mois, Indépendantaire vous accompagne dans le développement de votre cabinet* ». Cette revue analyse essentiellement des aspects marketing, conseil, gestion. L'existence d'une telle revue, même si son lectorat demeure minoritaire, témoigne de l'emprise des préoccupations marchandes sur la conduite et l'activité du cabinet.

Revenus

La dernière étude annuelle sur les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes publiée en juin 2006 par la DREES indiquait que ces revenus (honoraires moins charges) sont en moyenne de 25% supérieurs à ceux d'un médecin omnipraticien et de 22% inférieurs à ceux d'un médecin spécialiste.

Cette moyenne se serait élevée en 2004 à un peu moins de 80 000 euros. Elle a connu une évolution régulière à la hausse depuis 2001 après plusieurs années de stagnation. Cette évolution favorable résulte de la modification de la nomenclature générale des actes intervenue en 2001, d'une hausse légère de la part des dépassements et d'une stagnation des taux de charge.

Ce revenu moyen cache évidemment de très fortes disparités: géographiques et bien sûr individuelles en fonction de la structure des actes délivrés.

Les débats

■ Faut-il augmenter le numerus clausus ?

Le rapport inévitablement déficitaire entre le nombre de sorties d'activité et le nombre d'entrées nouvelles dans la vie active permet de prévoir avec certitude une diminution du nombre de dentistes. De plus, l'activité (horaire) d'un futur praticien sera sans doute moindre que celle des praticiens encore en exercice.

Bien que le numerus clausus ait augmenté depuis la fin des années 90, l'Ordre et les représentants étudiants souhaitent qu'il soit encore relevé afin de compenser entièrement les départs à la retraite dans les années à venir. Cependant, une partie de la profession (notamment les syndicats) est consciente que ce souhait ne repose pas, à l'heure actuelle, sur des projections statistiques valides. Pourquoi augmenter le numerus si l'on ne connaît pas avec certitude les besoins de soins sur les 50 prochaines années ? (cf. infra)

En outre, et sur ce point l'ensemble des responsables sont d'accord, l'augmentation pure et simple du numerus clausus ne résout pas la question de la répartition des dentistes sur le territoire.

Par ailleurs cette augmentation pourrait avoir des effets pervers sur la qualité de la formation initiale. Ce constat a été détaillé par la mission IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) d'audit de l'appareil de formation odontologique. Elle a établi que des préalables sont requis avant d'envisager un desserrement du numerus clausus et préconise un plan d'action pour avant cela « régler les questions les plus criantes de moyens et d'infrastructure des CSERD⁸ ».

■ L'évolution de la demande de soin en question

L'effet direct de la réduction de la carie sur la diminution, à terme, de la demande de soin reste un objet de débat.

Selon Denis Bourgeois (Professeur à la faculté d'odontologie de l'université de Lyon.), les enfants « sans carie », devenus adultes, garderont leurs dents fonctionnelles, ce qui impliquera logiquement une baisse de la demande de soins, et par conséquent une diminution du nombre de dentistes nécessaires.

Pour d'autres, la demande ne va pas diminuer mais simplement évoluer, et ce pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, les effets bénéfiques de la prévention ont tendance à s'éroder avec l'âge adulte. Dès l'adolescence, la situation se dégrade : 80% des adolescents de 15 ans présentent des dents cariées ou obturées. A l'âge adulte, la prévention se fait plus rare : alors qu'avant 25 ans, 41,6% des personnes ont effectué une visite préventive chez le dentiste au cours des 12 derniers mois, entre 25 et 64 ans ce pourcentage tombe à 38,1% (avec une forte différence selon le sexe : 43% des femmes contre 32,9% des hommes)⁹.
- Ensuite, les besoins de soins parodontiques eux, ne baissent pas, notamment en raison de l'évolution des habitudes alimentaires (alimentation plus molle induisant un faible effort masticatoire).
- En outre, avec le vieillissement de la population, on peut s'attendre à une augmentation de la demande de soins spécifiques à cette tranche de la population (prothèses et implantologie notamment).
- On peut également prévoir une poursuite de la tendance actuellement à la hausse concernant la demande de soins dits « esthétiques » ou de confort. Une dent manquante est beaucoup moins tolérée qu'auparavant. En outre, les patients souhaitent de plus en plus des solutions telles que l'implantologie plutôt que la pose d'une prothèse amovible.

⁸ Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

⁹ Données sur la situation sanitaire et sociale en France, DREES 2003.

■ Faut-il lutter contre les disparités géographiques ?

Les inégalités territoriales en matière d'offre de soins dentaires, déjà fortes pourraient s'accroître encore pour des raisons démographiques et de tropisme « climatique » et « urbain ». La perception de ces phénomènes varie fortement d'un interlocuteur institutionnel à l'autre.

Certains, fidèles aux principes libéraux de la profession, considèrent qu'il n'y a là qu'une évolution naturelle : la répartition des dentistes ne fait que refléter une évolution générale des modes de vie, et les habitudes des patients vont peu à peu s'adapter à cette nouvelle configuration (davantage de mobilité, donc moins besoin de praticiens à proximité).

D'autres y voient un vrai problème de santé publique auquel il faut trouver des solutions appropriées. Mais sur ces solutions, les opinions divergent aussi fortement :

> Les mesures incitatives

Elles sont plutôt largement acceptées : la plupart des responsables, y compris au niveau des étudiants, sont favorables à ce type de mesures qui viendraient doubler une évolution à la hausse du numerus clausus, afin de compenser l'inégale répartition des praticiens sur le territoire.

Les mesures incitatives existent déjà : exonération de l'impôt sur le revenu pendant 5 ans dans les zones franches, création de cabinet par les collectivités locales pour attirer des praticiens, bourses d'études contre engagement de l'étudiant de s'installer dans une zone désertée pendant un certain nombre d'années...

De nouvelles pistes sont même proposées, comme par exemple l'augmentation de la prise en charge dans certaines zones, ou la décentralisation de la dernière année d'étude dans des hôpitaux de province (le stage actif pourrait rentrer dans ce cadre), afin de faciliter l'intégration des étudiants dans un environnement local et les inciter à rester pour s'y installer.

Pour autant, si un certain consensus existe sur le bien fondé des mesures incitatives, tous les acteurs rencontrés sont conscients que l'efficacité de telles mesures est faible, notamment à long terme. Un praticien, même aidé, hésite à sacrifier son confort de vie pour s'installer dans une zone isolée ou difficile, et s'il le fait, il n'y reste souvent pas plus de quelques années.

> Les mesures coercitives

Le manque d'efficacité à long terme des mesures incitatives ont fait évoluer le débat vers la question des mesures coercitives. En vertu de la tradition libérale de la profession, aucun des responsables n'y est véritablement favorable.

Néanmoins, la plupart sont aujourd'hui conscients qu'il sera difficile de passer outre si l'on veut agir sur les disparités démographiques, et commencent à en parler avec prudence. Sont évoqués notamment : sur le modèle des pharmaciens, une interdiction d'installation dans certaines zones (seules les reprises de cabinet seraient autorisées) ; un aménagement des conventionnements selon les zones.

L'UNECD (Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire) reste farouchement opposée aux mesures coercitives (les étudiants actuels seraient en effet les premiers concernés par la mise en œuvre de ce type de mesure).

■ La question de la délégation d'exercice

Le débat sur la possibilité d'une délégation de certains actes à des professionnels équivalents aux hygiénistes qui existent dans d'autres pays n'est toujours pas tranché : les avis semblent converger lentement vers une acceptation de cette nouvelle profession de santé, mais le principal syndicat et l'Ordre y restent opposés.

En effet, la création de la profession d'hygiéniste pourrait être une réponse, selon certains, aux besoins que les dentistes auront de plus en plus de mal à traiter dans le futur, du fait de leur raréfaction dans

certaines zones et de l'évolution des pratiques.

Par exemple, des patients isolés comme les personnes âgées en maison de retraite, qui ont peu accès aux soins dentaires, pourraient être pris en charge par un hygiéniste qui viendrait notamment pour effectuer les soins de base (hygiène, prévention, vérification des prothèses...). Peut-être faudrait-il parler « d'infirmier(e) dentaire ».

En autorisant la création des hygiénistes, une part de la profession craint de donner naissance à une nouvelle concurrence. Le risque évoqué est que les hygiénistes pourraient réclamer progressivement le droit d'effectuer non seulement les soins de base, mais d'autres types d'actes. Pour autant, si la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) et l'Ordre y restent clairement opposés, il semblerait que les positions anti-hygiénistes régressent peu à peu. L'UJCD (Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes) propose que les assistantes puissent acquérir une qualification de type « hygiénistes » mais avec une autonomie limitée : elles ne pourraient exercer qu'au sein du cabinet dentaire, et sous la responsabilité du chirurgien dentiste.

Le débat sur la délégation d'exercice concerne en tout premier lieu l'évolution de la profession d'assistante dentaire. A ce jour les assistantes dentaires qualifiées peuvent uniquement aider le dentiste au fauteuil. Il est question depuis quelques années de leur permettre d'effectuer quelques tâches (hygiène, contrôle des prothèses, prévention...) de façon autonome, tout en restant dans l'enceinte du cabinet. Cette transformation de leurs tâches appellerait une modification du système de formation initiale des assistantes¹⁰, ce à quoi la CNSD est aujourd'hui opposée¹¹. La réflexion s'est élargie au statut même des assistantes dentaires, qui pourraient devenir des professions de santé, non plus rattachées au code du travail mais au code de la santé.

Il est difficile de se faire une idée de l'opinion majoritaire chez les chirurgiens dentistes eux-mêmes, les différents acteurs clés avançant que les dentistes sont majoritairement pour ou contre la délégation d'exercice aux assistantes, en fonction de leur propre position. Cependant, il semble que cette réforme, si elle devait avoir lieu, entérinerait une évolution de fait dans les cabinets, où il est fréquent que les assistantes effectuent des actes en bouche, avec l'accord du praticien.

■ La formation initiale est-elle adaptée ?

Le contenu de l'enseignement de formation initiale semble faire l'objet de débat. D'aucun parlent d'un appauvrissement de la formation initiale par rapport à ce qui était enseigné il y a une trentaine d'années. Est-ce là seulement la vision des « anciens » ou cela reflète-il une certaine réalité ? Si les opinions sont partagées sur ce point, un consensus apparaît sur la question de la multiplication des DU (Diplômes Universitaires), qui aurait tendance à entraîner un allègement des contenus de la formation initiale. Le débat sur la création d'une nouvelle spécialité en chirurgie buccale réactive la crainte des étudiants sur ce sujet, qui ont peur que cette matière soit absorbée par un DU spécifique et sorte de la formation initiale.

Un autre reproche est fait à la formation initiale, il concerne le décalage entre l'enseignement et l'aspect « pratique » du métier : disproportion entre les cours théoriques et la partie clinique, décalage entre les actes enseignés et le plateau technique utilisé par rapport à la réalité des actes effectués en cabinet (notamment en milieu rural), absence d'apprentissage du travail à 4 mains avec une assistante... Est également déploré le trop faible lien avec la réalité de la vie d'un cabinet dentaire : peu d'apprentissage de la gestion d'un cabinet, du personnel, de la relation avec le patient...Le projet du stage actif a entre autres objectifs de pallier ces lacunes.

Le rapport d'audit de l'IGAS sur la formation odontologique établit la forte disparité des contenus des formations selon les facultés : l'équilibre entre théorie, pré-clinique et clinique varie fortement.

¹⁰ Il a été proposé, par exemple, que les assistantes soient formées au côté des étudiants en dentaire, notamment pour favoriser l'apprentissage du travail à quatre mains

¹¹ La majorité des organismes de formation des assistantes dentaires sont aujourd'hui gérés par la CNSD.

■ Faut-il développer une offre de soins hospitaliers ?

En médecine, le secteur hospitalier garantit une offre de soin à tous, une offre de santé publique. C'est un filet de protection universel qui permet un accès aux soins relativement égal.

La mission IGAS relève un certain nombre d'arguments en faveur du développement d'une offre de soin odontologique à l'hôpital. Il vise à combler les déficits acquis d'une offre purement libérale qui prend mal en charge certaines populations ou certains soins :

- personnes atteintes de pathologie complexes et nécessitant un environnement de soin adapté
- personnes handicapées mentales requérant des techniques de sédation consciente, voire une anesthésie générale
- soins particuliers préalables à des traitements en particulier en cancérologie
- patients bénéficiaires de la CMU.

Sur ce dernier point, le récent rapport Chadelat sur *le Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU* a permis d'interpeller l'ensemble des professions médicales. D'autres testings locaux témoignent de taux de refus assez élevés.

Les représentants de la profession rappellent les obligations de soin faites aux chirurgien-dentiste et ne contestent pas l'illégalité des refus. Néanmoins, plusieurs facteurs sont avancés pour les expliquer. La CMU est perçue comme une nouvelle source d'obligations, notamment administratives. La prise en charge par la CMU est loin de couvrir les charges induites par les soins (en particulier pour les prothèses) et certains praticiens se retrouvent avec des prothèses commandées et non payées. Par ailleurs, la profession est unanime pour dire que les relations avec les « patients CMU » sont souvent plus difficiles qu'avec les autres (le manque de respect pour le praticien est souvent mis en avant).

Le rapport IGAS souligne que les patients CMU représentent 50% de la patientèle des centres de soins hospitaliers étudiés. Une multiplication des centres et un développement de leur capacité de soin est-elle une bonne solution à la question de la prise en charge des patients CMU ?

II

Le métier raconté par les hommes et les femmes de l'art

Rappel :

Les pages qui suivent présentent les constats issus des phases 2 et 3 de l'étude, à savoir les entretiens menés avec les praticiens en exercice (pages 34 à 100) et avec des étudiants de 6^{ème} année en faculté dentaire (pages 100 à 115).

Citations

Les citations présentées dans le corps du rapport reprennent les propos notés en cours d'entretien avec les personnes rencontrées.

Le locuteur est identifié par un numéro. On trouvera en annexe le profil correspondant de la personne (cf. tableau page 123)

Être libéral

Être libéral c'est d'abord une motivation souvent citée par les praticiens pour expliquer leur choix de cette profession. Être libéral c'est allier autonomie et responsabilité.

L'autonomie de choix et le profond sentiment de liberté qui s'y attache est ce que les praticiens apprécient le plus dans leur métier une fois qu'ils sont réellement en exercice. Neuf praticiens sur dix choisissent d'exercer en libéral. Il serait d'ailleurs plus exact de dire que seuls un chirurgien-dentiste sur dix choisit de ne pas exercer en libéral car par défaut, sans questionnement particulier, être dentiste c'est être libéral. Les avantages trouvés à cette autonomie ne s'émoussent pas avec les années : les anciens se félicitent autant que les jeunes d'avoir choisi une profession qui permet d'orienter librement sa pratique, son lieu d'exercice, de choisir ses collègues, d'organiser son emploi du temps comme on le souhaite...

« Avec le recul je me dis que c'est une profession où l'on fait ce que l'on veut. Je ne vois pas quelqu'un me dire quand prendre mes vacances. » (4)

En réalité, être libéral, tel que le vivent les praticiens, c'est bien plus qu'un avantage parmi d'autres : c'est une véritable identité. Et ce qui est remarquable, c'est que cette identité est commune à l'ensemble des praticiens quels que soient la génération, le sexe, le lieu d'exercice, le choix de pratique ou, de façon beaucoup plus surprenante, le mode d'exercice. Il est en effet apparu au fil des entretiens que le sentiment d'indépendance et d'absence de subordination qui est attaché à ce statut est aussi présent chez des salariés. Bien entendu les praticiens qui exercent dans un centre font bien la distinction entre mode d'exercice et identité : leur mode d'exercice n'est pas le mode libéral, mais ils se sentent libéraux dans la mesure où ils ont le sentiment d'exercer librement leur métier.

« Moi le fait d'être une profession libérale ça me plaît. C'est important de pouvoir s'organiser comme on veut. Même au sein du centre : je dois faire tant d'heures par semaine, mais après je m'organise comme je veux. » (42, salariée d'un centre mutualiste)

Être libéral, c'est en effet ce qui permet à chaque praticien de se sentir totalement libre dans l'orientation qu'il souhaite donner à sa vie professionnelle : tous les choix sont possibles en ce qui concerne le mode d'exercice, la forme d'exercice, le lieu d'installation... Y compris des choix en termes de pratique. Et il est possible de réorienter son exercice quand on le veut durant toute la durée de l'exercice. Ceci explique qu'il n'y ait pas un profil type qui décrirait ce qu'est « un » dentiste ni de modèle de carrière prédéfini.

Cette liberté a pour corollaire une responsabilité pleine et entière. Responsabilité vis à vis du patient dans une relation singulière à laquelle personne d'autre n'est associé. Avec ceci de particulier que le praticien réalise des soins pour lesquels la capacité d'appréciation du patient est très limitée. Responsabilité dans le respect des normes d'hygiène et de santé publique. A ce chapitre, le professionnel n'est pas libre, nous y reviendrons. Responsabilité économique, nous le verrons, la rentabilité d'un cabinet est fortement dépendante des choix ou non choix opérés par le praticien.

Pour parler du cabinet dentaire, l'image de la petite-entreprise est parfois utilisée au risque de renforcer encore les tensions entre les aspects de santé publique et les aspects lucratifs, mais elle est une bonne illustration du niveau de responsabilité du praticien. Il est libre mais seul face à ses responsabilités. Les formes d'exercice plus collectives (association) ne changent guère ce niveau de responsabilité.

Si la responsabilité individuelle est forte, en revanche, la responsabilité collective semble quasi-inexistante. C'est très net en matière de santé publique : ce que la profession ne prend pas ou mal en charge aujourd'hui, il est peu de praticiens pour se sentir investi de la responsabilité de corriger la situation. C'est que le caractère libéral a pour conséquence dans cette profession un individualisme structurel. Chaque praticien vit son métier de façon indépendante. Le collectif existe, via la confraternité, mais il est peu incarné. Il s'agit d'une solidarité surtout mécanique, fondé sur l'identité de métier.

Ce caractère fortement libéral est une véritable clé de lecture de la diversité de la profession. C'est un « fil rouge » qui traverse les constats présentés dans les pages qui suivent.

1

Cadres d'exercice et vies professionnelles

Des histoires plutôt que des carrières

Le terme de carrière n'est pas spontanément employé par les chirurgiens-dentistes. Au sens classique d'une progression structurée et balisée, il serait d'ailleurs impropre tant les parcours sont diversifiés. En effet, il est apparu qu'il s'agissait davantage d'« histoires » que de carrières à proprement parler.

Nous avons pu constater combien la configuration du parcours professionnel dans le temps est différente d'un praticien à l'autre : les différents moments clés ne sont pas les mêmes pour tous, ne se succèdent pas dans le même ordre, ne correspondent pas aux mêmes logiques de choix... Il y a des étapes mais il y a peu d'invariants dans l'organisation, la nature et la durée de ces étapes.

Le panel des « histoires » est donc très large. Certains praticiens ont une histoire très stable, d'autres des histoires très mouvementées, certaines histoires sont marquées par des difficultés, des échecs, des revirements forcés, d'autres sont presque sans histoires...

C'est au cadre et conditions d'exercice que l'on s'intéressera dans cette partie : lieu, forme d'exercice (libéral / salarié), forme du cabinet, horaires de travail. C'est dans une partie suivante que sera analysée la pratique en réponse à la demande de soin.

Si les histoires professionnelles sont infiniment diverses, on peut toutefois distinguer des périodes clés et des moments charnières communs à un grand nombre de praticiens. Nous examinerons donc plus spécifiquement ce qui caractérise le début et la fin de la vie professionnelle pour ensuite identifier les logiques de choix qui guident les praticiens.

Pour identifier ce qui organise ces parcours, nous avons cherché à distinguer ce qui relève de choix et d'arbitrages réfléchis de ce qui serait le fruit de hasards. Il nous semble pouvoir conclure que les vies professionnelles des chirurgiens-dentistes sont rarement « tactiquement » ou « stratégiquement » organisées.

Entrée, sortie et moments clé de la vie professionnelle

La vie professionnelle commence naturellement par un temps d'apprentissage. Le choix d'un cadre d'exercice suit rarement immédiatement la sortie des études.

La fin de carrière est une période peu repérable en tant que telle. Pour autant, la proximité plus ou moins décidée de la fin d'activité peut infléchir les pratiques et les modes d'exercice. La perspective de la cessation du cabinet selon comment elle s'envisage est structurante.

Entre ces deux pôles, des moments clé où des choix sont opérés : première installation, premier enfant, changement de cabinet, formations importantes, investissements. Dans une première partie nous ne ferons que les identifier, nous reviendrons ensuite sur les modalités de ces choix.

■ Les débuts : l'apprentissage du métier au sens large

Les débuts d'un chirurgien dentiste semblent en réalité composés de deux périodes distinctes : l'apprentissage suivi de l'installation.

Il y a tout d'abord un temps d'apprentissage, commun à tous, qui correspond le plus souvent aux deux ou trois premières années après le diplôme. Ces années sont généralement consacrées à faire des remplacements ou/et des collaborations, parfois dans plusieurs cabinets à la fois. Elles sont considérées comme une période d'apprentissage nécessaire lors de laquelle le jeune praticien peut perfectionner les techniques qu'il a apprises à la faculté. Cette période lui permet aussi de s'initier à tout ce qui n'est pas le soin, le geste technique, mais qui fait pour autant partie des tâches à accomplir : la gestion, l'organisation du cabinet, les relations avec l'assistante, les relations avec les patients...

« C'est bien de passer un temps d'apprentissage, en faisant des remplacements, des collaborations... C'est plutôt sain comme démarche. En sortant de la fac on n'est pas sur de soi. Moi il m'a fallu dix ans pour maîtriser les gestes, les techniques. » (38)

Suite à cet apprentissage, le jeune praticien saute le pas de la véritable installation.

Par installation, on n'entend pas ici uniquement le fait de s'installer à son compte, mais plutôt le début d'un exercice envisagé à moyen ou long terme. Il peut s'agir aussi bien d'une association dans un cabinet de groupe, d'une création ou d'une reprise de cabinet, d'un engagement dans un centre de soins en tant que salarié, mais aussi d'une collaboration « stabilisée », c'est-à-dire une collaboration dans un seul et même cabinet, au sein duquel le jeune praticien souhaite rester quelques années et où il exerce à temps complet.

Les premières années qui suivent cette installation sont très souvent vécues comme un temps d'appropriation non plus des gestes techniques (le perfectionnement technique a été l'objet des années d'apprentissage) mais de toutes les autres composantes de la vie professionnelle : le rythme de travail, l'organisation du cabinet, les relations confraternelles, les aspects comptables et la gestion, le relationnel avec les patients, etc. En cela on peut presque parler d'une période d'appropriation du « poste ».

« Les horaires, on est fatigués les cinq ou six premiers mois d'exercice, après on s'habitue. » (8)

« On a eu de la chance, le praticien qui nous a revendu le cabinet a continué de travailler quelque temps, un jour par semaine, pour assurer le passage de relais : nous présenter aux patients, les rassurer... » (40)

■ La « fin de carrière » : une période de libertés et de doutes

Les dernières années de vie professionnelle sont difficiles à cerner. Nous les définissons ici comme les années marquées par un infléchissement de la pratique motivé par la perspective de la cessation d'activité. Autant dire qu'en tant que telle, elles pourraient ne pas exister. Un praticien peut faire le choix de ne rien changer.

Parmi les praticiens de plus de 60 ans que nous avons rencontrés, la plupart précisent qu'ils ont changé quelque chose ou entendent le faire pour négocier les dernières années. C'est un temps où l'on réfléchit à la cession du cabinet (cf. encadré page suivante), mais également où l'on se sent plus libre.

Parce que l'on aura bientôt terminé, on oriente sa pratique vers les actes que l'on préfère, on se fait davantage plaisir. On se permet de ne plus faire (ou de faire moins) ce que l'on aime le moins.

« Des projets ? Ma retraite ! En tout cas diminuer mon temps de travail. J'ai un équipement au top, donc je ne pense pas investir d'ici là. Je sélectionne plus ce que je préfère faire : les cas nouveaux, techniquement satisfaisants. » (34)

C'est également une période où l'on se sent plus libre dans la relation avec les patients, d'une part parce qu'au bout de tant d'années les rapports se sont détendus, mais aussi parce qu'avec la perspective d'arrêter, on s'autorise à éviter les patients que l'on n'apprécie pas (les patients qui ne sont pas motivés, pas respectueux des rendez-vous...).

Mais la période de pré-cessation est aussi celle des dilemmes. La question de l'investissement se pose avec encore plus de force qu'avant : faut-il acheter du matériel alors que l'on va bientôt s'arrêter ? Faut-il arrêter d'investir au risque de devoir limiter sa pratique, ou se lasser ?

« J'ai 60 ans, d'ici 5 ans j'aurai arrêté. On se pose des questions sur le matériel. Est-ce qu'il faut en changer ou pas. Et plus généralement, on arrive à un stade où on se demande si ça vaut la peine de se remettre en question. Ça c'est gênant, mais je reconnais que je ne suis plus passionné. » (13)

De la même façon, le sacrifice de temps et d'argent nécessaire pour se former est encore plus difficile à accepter lorsque la cessation d'activité est proche. Mais là encore, il ne faut pas généraliser, certains, parce que c'est toujours pour eux l'essence du métier, se forment indépendamment même de l'obligation.

Reste que ces renoncements sont possibles : on ne se forme plus, on n'investit plus. Les deux cabinets négligés que nous avons été amenés à voir appartenaient à des praticiens âgés. La question les concernant est : quand ont-ils renoncé ? Pour au moins l'un d'eux, le renoncement en matière d'investissement est ancien (10 ans ? 20 ans ?). Quel sens donner alors à l'expression « fin de carrière » ?

Retenons plutôt que c'est à certains égards, une période à risque où le relâchement est possible. Nous reviendrons sur les questions de qualité des soins que cela pose.

Zoom : Des cessions de moins en moins assurées

Les prix de revente ont considérablement diminué depuis une dizaine d'années. Les jeunes qui en ont profité le reconnaissent. Mais le prix n'est pas ce qui angoisse le plus les praticiens. Le vrai problème, c'est que la revente elle-même, quel que soit le prix, est de plus en plus en plus ardue. Sur ce point, nous avons pu constater une grande inquiétude parmi les praticiens les plus âgés. Parfois le praticien continue de travailler pour la seule raison qu'il n'arrive pas à revendre. Exaspération et fatigue se conjuguent alors au point de faire disparaître tout plaisir dans le métier.

On note toutefois que les discours sont plus ou moins alarmistes selon les endroits. En Haute-Garonne, par exemple, les praticiens s'inquiètent mais se sentent plus privilégiés que leurs confrères de Paris ou de Seine-Saint-Denis. Le fait d'exercer en ville, qui plus est en ville universitaire, est également un élément rassurant.

« Moi je pense que si je mets une petite annonce, les Parisiens descendent me racheter le cabinet ! » (39, Toulouse)

Dans d'autres endroits, notamment en zone rurale, les discours sont tout simplement fatalistes : le cabinet fermera, comme partout. C'est parfois dans cette perspective que des aménagements sont faits : le cabinet ne sera pas vendu mais il est aménagé pour qu'avec un minimum de travaux il puisse être transformé en habitation.

« Le problème c'est que ça ne se cède plus. Je ne sais pas comment faire. C'est impossible de trouver un collaborateur, un remplaçant. Ici je vais le donner ! Ou simplement fermer et puis c'est tout. » (34)

La question de la revente est d'autant plus difficile que les praticiens se sentent quasiment impuissants : le fait de pouvoir revendre ou pas son cabinet n'est pas lié au prix, ni à la réussite du cabinet (gros chiffre d'affaires, bonnes réputation), ni à la « qualité » de la clientèle (aisée, fidèle...). L'état du matériel n'est pas non plus un facteur de réussite : il semblerait que les jeunes praticiens préfèrent le plus souvent acheter leur propre matériel, tout neuf. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles les praticiens en fin d'activité hésitent à s'endetter une dernière fois pour renouveler le plateau technique...

Ne pas revendre son cabinet c'est se priver d'un apport financier, parfois non négligeable à l'arrivée de la retraite (certains dentistes nous ont expliqué que le prix de la revente servait à couvrir les frais - fiscaux notamment - liés à la fermeture du cabinet). Mais au-delà de l'aspect financier, il y a aussi une inquiétude pour la clientèle, certains praticiens craignent qu'elle soit « abandonnée ». Il s'agit d'un regret plus sentimental : un cabinet qui n'est pas repris, c'est un peu comme une entreprise qui ferme, c'est en tout cas quelque chose de bien qui n'est plus.

« A 68 ans, je ne compte pas m'arrêter tout de suite. J'ai un rôle social. Je suis très aimé. Si je les laisse tomber, ils seront perdus. » (22)

« C'est mieux de ne pas laisser perdre une clientèle, le dentiste qui était là a mis des années à la constituer, c'est malheureux quand les cabinets ferment. D'ailleurs je pense que le fait qu'on ait repris un cabinet, ça nous a permis de nous intégrer plus facilement ici, les confrères nous ont bien accueillis, c'est plutôt bien vu. (...) » (40, jeune praticien ayant racheté un cabinet).

Quand la cession est certaine ou au moins possible, on comprend que bien peu la préparent très activement. La plupart font confiance au bouche à oreilles. Beaucoup en restent à l'intention :

« J'ai un fauteuil en plus, je vais essayer de mettre quelqu'un dessus. C'est pendant que ça tourne qu'on a une chance d'attirer quelqu'un. » (13)

Des alternatives à la cession complète du cabinet (c'est-à-dire vendre en même temps les locaux, la clientèle et le matériel) nous ont été exposées : se mettre en SELARL, par exemple, afin de prendre un jeune praticien comme salarié et lui proposer, à terme de racheter des parts. Il semblerait également que sur Paris la vente des fichiers clientèle ait aujourd'hui en partie remplacé la vente de cabinet.

■ Des moments charnières où des choix sont faits

La première installation est un tournant sur le parcours. S'installer seul ? Racheter un cabinet ? Ou créer ex nihilo ? Devenir associé dans un groupe ? Rester dans le cabinet dans lequel on est déjà collaborateur ? Se tourner vers le salariat ? Autant de questions qui surgissent alors, avec le sentiment que l'on s'engage un peu « pour la vie » ou en tout cas à long terme.

Les investissements – pour l'achat d'un cabinet ou l'achat de parts dans une association – et l'importance que revêtent les conditions d'exercice que chacune des voies implique sont tels que la première installation fait nécessairement l'objet d'un temps de réflexion. Pour autant, comme on le verra un peu plus loin, les choix qui sont opérés ne sont pas toujours aussi raisonnés que le poids de cette décision pourrait le laisser penser (cf. page 41)

La naissance du premier enfant est également un moment charnière. Cet événement implique en effet une réflexion sur l'équilibre que l'on souhaite établir entre le temps de travail et le temps consacré à la vie de famille. Cela impacte nécessairement les choix en termes de conditions de travail, de temps de travail, et par voie de conséquence sur la forme d'exercice et la pratique.

Au cours des entretiens, nous avons pu observer l'influence de la naissance des enfants dans les logiques de choix des praticiens femmes, mais chez certains hommes aussi.

« Dans 10 ans, je pense que je serai salariée à plein temps. C'est plus facile pour les congés et pour les horaires par rapport aux enfants. Mais ce serait un sacrifice professionnel. » (25, femme)

« Après mon diplôme, j'ai fait des remplacements, des voyages... Pendant quatre ou cinq ans. Puis j'ai travaillé dans un centre pendant sept ans. Ensuite, à la naissance de mon premier enfant, j'ai changé et je me suis mis en libéral. » (38, homme)

Les changements de cabinet, d'associés, sont des moments importants dans la vie professionnelle. Certains praticiens ont des histoires mouvementées : durant leur vie professionnelle, ils ont parfois changé plusieurs fois de cabinet, ce qui implique un déménagement dans un nouvel endroit, une nouvelle patientèle à « apprivoiser », de nouveaux collaborateurs ou associés, parfois de nouvelles façons de travailler liées à l'organisation du cabinet...

Autres périodes charnières dans le parcours professionnel : les formations. Il ne s'agit pas ici des stages accomplis dans le cadre de la formation continue obligatoire mais des formations effectuées par les praticiens qui optent pour la spécialisation (dans un objectif de pratique exclusive ou pas, comme on le verra plus loin).

Suivre un DU ou un CECSMO nécessite un investissement en temps assez conséquent (le plus souvent un ou deux jours par semaine pendant quelques mois pour un DU, presque un temps plein pour un CECSMO) qui impacte fortement l'exercice et l'organisation du cabinet. De ce fait, ce temps de formation marque les mémoires : les praticiens rencontrés nous en ont souvent parlé de façon spontanée.

On note que ce temps de formation a le plus souvent lieu cinq à dix ans après le début de l'exercice. Il est beaucoup plus rare que les praticiens suivent un DU juste après la formation initiale. L'argument avancé est qu'il faut avoir exercé quelques années pour pouvoir assumer financièrement le coût engendré par ce type de formation (à la fois le prix de la formation elle-même et la perte en chiffre d'affaires engendrée par le temps passé en formation).

Enfin, parmi les moments clés il faut citer les gros investissements. L'achat d'une radio numérique, l'agrandissement des locaux, le renouvellement du fauteuil, l'informatisation du cabinet, l'embauche d'une seconde assistante, la refonte de la chaîne de stérilisation... Parce qu'ils pèsent lourdement sur la trésorerie du cabinet et ne sont parfois rentabilisés qu'au bout d'une dizaine d'années (voire davantage), ces investissements sont vécus comme des moments charnières dans la vie professionnelle d'un praticien. Mais l'aspect financier n'est pas le seul critère : ces investissements sont aussi ressentis comme de véritables événements du fait des changements qu'ils induisent dans les conditions d'exercice et parfois même dans la pratique elle-même.

« J'hésite à faire des investissements... La radio numérique, ça fait des années que j'y pense, chaque année je veux l'acheter mais bon... C'est un vrai confort, mais c'est très cher. Ça nous permettrait de faire tout sur place au lieu d'adresser, c'est sûr que c'est un avantage, ça nous faciliterait la vie. Ça donne une plus value au cabinet aussi. » (39)

Conditions d'exercice : entre choix et opportunités

De façon assez surprenante, et contrairement à ce que pourrait laisser penser le caractère libéral de la profession dentaire, les conditions d'exercice ne sont pas toujours la résultante d'un choix du praticien, ou tout du moins d'un choix raisonné.

Les options sont libres mais loin d'être toutes examinées et arbitrées. Hasards et opportunités ont un grand rôle dans les histoires telles qu'elles se font.

Finalement la performance du système vient peut-être de ce qu'au lieu de programmer les choses, elles s'expérimentent. Ce n'est qu'ensuite qu'elles s'ajustent.

Nous nous attacherons plus spécifiquement dans ce chapitre à la détermination des conditions d'exercice : lieu, forme, horaires. Il apparaît que le lieu d'installation n'est pas seulement dicté par des considérations professionnelles et que c'est surtout pour des raisons personnelles que l'on travaille en ville, à la campagne, ou dans telle région. Il apparaît que les installations (cabinet, association) sont fortement déterminées par le hasard des réseaux. Il apparaît que certaines situations minoritaires sont elles tout à fait motivées : être salarié, ne pas avoir d'assistante, créer un cabinet plutôt qu'en reprendre un.

■ Les opportunités jouent beaucoup dans les orientations professionnelles

Lorsqu'un praticien raconte son histoire professionnelle, on se rend compte que celle-ci est marquée – comme c'est le cas dans d'autres professions - par des rencontres, des opportunités qui déclenchent des décisions, des orientations d'activité. Mais les dentistes ont ceci de particulier que dans leur cas, cette part de hasard touche des éléments clés qui peuvent changer du tout au tout l'exercice, la façon dont il est vécu, et même les chances de succès ou d'échec du parcours professionnel.

La première collaboration est touchée par ce phénomène d'opportunisme – au sens non-péjoratif du terme. Quand un jeune praticien cherche un cabinet pour la première fois dans le but d'y travailler comme collaborateur, il le trouve le plus souvent par le biais de son réseau, des camarades de promotion, plus rarement par annonce... La sociologie des réseaux parle de la force des liens faibles. C'en est une illustration très parlante.

L'offre de collaborations étant bien supérieure à la demande, on pourrait s'attendre à ce que le futur collaborateur soit attentif à un grand nombre de critères. En réalité le choix semble se faire un peu au hasard, comme l'ont confirmé les entretiens menés avec des étudiants en dernière année de faculté dentaire. Il faut également souligner que dans le choix final du cabinet, le profil du propriétaire ou des associés rentre très peu en compte. Le futur collaborateur est davantage attentif à la qualité du cabinet (propreté, matériel, présence d'une assistante...) ou à la recommandation qui lui en a été faite.

Il y a une exception notable à ce hasard : c'est la rencontre au sein de la faculté, d'un professeur et de son élève. Il y a là un mode de choix mutuel en connaissance de cause. Notons que le développement du stage pratique de sixième année va peut-être donner l'occasion à des collaborations de se faire de façon plus éclairée.

Autre élément fortement déterminé par les opportunités : le fait de travailler seul ou dans une structure de groupe. On serait porté à croire que c'est un choix fort, d'autant que les avantages et les inconvénients des deux formes d'exercice sont connues (cf. encadré page suivante). Ça l'est parfois, mais ce n'est pas la règle. Des praticiens sont seuls alors qu'ils souhaiteraient être à deux. Les circonstances ne le permettent pas toujours.

« Travailler seul c'est difficile. Quand on est en groupe on échange, c'est agréable. Mais ce qui l'est moins ce sont les mésententes, les charges du personnel. M'installer seul, ce n'était pas vraiment un choix. Ce cabinet me plaisait. » (37)

Zoom : Seul ou en groupe - avantages et inconvénients

Si chaque praticien a une préférence pour l'une ou l'autre solution, tous partagent néanmoins le même avis : il n'y a pas de forme d'exercice idéale, chacune présente des avantages et des inconvénients sur lesquels tout le monde s'accorde.

> Être seul

Travailler seul, ce n'est pas un choix pour tout le monde. Mais pour ceux qui l'ont choisi, c'est avant tout parce qu'ils souhaitent préserver le maximum de liberté dans ce métier de libéral.

« C'est vrai que le cabinet de groupe a plein d'avantages. Mais moi je recherchais la solitude. » (38)

Mais les dentistes qui exercent seul se plaignent des difficultés en cas d'absence. En effet, si le praticien part en congés ou est en incapacité de travailler pour cause de maladie, le cabinet ferme. La perte de revenus et l'inconfort pour les patients - notamment pour les urgences - sont importants.

L'autre inconvénient majeur est le manque d'échange avec des confrères. Bien sûr le praticien peut rencontrer ses confrères en dehors du cabinet, notamment dans les réunions ordinaires ou les formations, mais il ne peut pas discuter avec un confrère au sein du cabinet, pour avoir son avis sur un cas difficile par exemple.

> Être en groupe

Le groupe permet davantage d'échanges et de soutien entre confrères, l'exercice est plus convivial. C'est un avantage non négligeable au quotidien.

Mais l'exercice en groupe attire surtout parce qu'il offre plus de confort en ce qui concerne le temps de travail. Prendre des congés est plus aisé que lorsqu'on est seul : avec un système de roulement entre les différents praticiens, le cabinet peut rester ouvert toute l'année. De la même façon, le fait d'être plusieurs permet au praticien de ne pas travailler tous les jours de la semaine s'il le souhaite.

Le cabinet de groupe est également plus sécurisant dans les cas d'indisponibilité imprévue (maladie, grossesse...) : le cabinet continue de tourner, ce qui permet de payer les charges et les frais fixes en l'absence du praticien. Dans les SCP, la sécurité est encore plus importante puisque cette forme d'association garantit un revenu au praticien s'il est dans l'impossibilité de travailler.

L'intérêt du groupe est également financier : les charges et les investissements sont partagés, il est plus facile d'acheter une stérilisation neuve lorsque plusieurs y participent.

Mais malgré tous ces avantages, ce qui retient les dentistes de s'associer c'est surtout le risque de mésentente. Même si chacun est libre de travailler comme il l'entend à son fauteuil, le fait d'être en groupe implique non seulement une mise en commun des locaux, du matériel et du personnel, mais aussi certains compromis en ce qui concerne la façon de travailler et la prise en charge des patients.

Le risque de conflit est proportionnel au degré de mise en commun. Une SCP, par exemple, est souvent décrite comme un véritable mariage : les praticiens mettent tout en commun, y compris le chiffre d'affaires. Si l'un d'entre eux travaille moins que les autres, il recevra quand même sa part du chiffre d'affaires dégagé par le cabinet.

Le risque de mésentente peut également être causé par un partage des patients et des actes les plus rémunérateurs jugé non équitable par l'un des associés.

Enfin, les praticiens craignent une mauvaise entente liée à des incompatibilités d'humeur, et ce risque là est difficile à prévenir...

« J'ai été associée avant. Mais elle est partie. On ne s'est pas bien entendu. Elle ne partageait rien alors que moi je m'étais associée pour justement pouvoir parler avec quelqu'un (j'avais exercé seule jusque là). » (39)

« Le problème c'est qu'il faut bien s'entendre ! Quand il y a des histoires d'argent, c'est toujours compliqué. On connaît tous des cabinets où ça s'est mal passé, il y a des histoires très moches. Le problème c'est qu'il y a certains actes mieux rémunérés que d'autres, donc le partage doit être équilibré pour que ce soit rentable pour tous les praticiens d'un même groupe. » (40)

■ Le lieu d'installation et les investissements « suivistes » sont plus le fait d'une certaine inertie

Le lieu d'exercice a une grande importance, les praticiens eux-mêmes en conviennent : il détermine la pratique, même si ce déterminisme, nous le verrons est loin d'être absolu (cf. page 62).

Mais le lieu où l'on exerce n'a pas que des conséquences professionnelles. Du lieu dépend en effet la qualité de vie : l'accès aux loisirs, l'emploi pour le conjoint, la proximité de l'école pour les enfants...

Les praticiens sont d'ailleurs la plupart du temps conscients de l'importance qu'à le lieu d'exercice dans leur vie professionnelle et personnelle.

Malgré cette conscience de ce que la « raison » dicterait, l'installation dans tel lieu géographique est rarement réfléchi en tenant compte des avantages et des inconvénients de ce lieu d'un point de vue strictement professionnel. On s'installe quelque part parce qu'on y a grandi, parce qu'on y a fait un remplacement et qu'on a eu une proposition de collaboration ou d'association, parce qu'on y a fait ses études et qu'on ne veut pas s'éloigner de la faculté et de ses camarades de promotion... Il s'agit plus d'inertie que de réelle réflexion stratégique sur les conséquences en termes de patientèle, de demande de soins, de pratique ou de conditions d'exercice, de rentabilité.

La réflexion sur les avantages et les inconvénients du lieu où l'on s'est installé survient quelquefois a posteriori, lorsque le praticien se rend compte qu'il ne peut pas avoir la pratique qu'il aurait souhaitée. Si cette prise de conscience a lieu lors d'une première expérience, la prochaine installation sera alors choisie en conséquence.

Mais il arrive bien souvent que cette prise de conscience se limite à des regrets.

« Moi à l'époque j'étais célibataire, je ne voulais pas m'enterrer ! Je voulais rester en ville ou juste à côté. A tort ! J'aurais sans doute bien mieux gagné ma vie dans une petite ville ou un village. » (46)

« Cette ville, je ne l'ai pas choisie, j'ai fait un remplacement et je suis resté. L'environnement se dégrade. Je ne me réinstallerais pas ici aujourd'hui. » (27)

Si la grande majorité des praticiens semble ne pas avoir de démarche très raisonnée sur le choix du lieu, il faut toutefois modérer ce propos. Parmi les praticiens rencontrés, une petite minorité a déclaré avoir réellement choisi le lieu de son installation en connaissance de cause.

« Dans notre promotion, ils sont tous restés dans la ville où on a étudié. Ils font encore des DU, ils gardent un pied à la fac. Pourtant exercer dans une petite ville, c'est facile, on a du monde tout de suite. Nous au départ on voulait même s'installer à la campagne, ça ne nous faisait pas peur. Et puis le contact avec les gens est meilleur. On craignait un peu de perdre ça en s'installant dans une ville, même petite. Mais ça va, les gens sont bien ici. Le problème à la campagne, c'est que la vie familiale est moins facile. » (40)

Il est malgré tout difficile de démêler ce qui, dans le discours, appartient aux logiques de choix présentes dès l'installation et ce qui relève d'une rationalisation a posteriori.

On retrouve une part d'inertie en ce qui concerne les investissements consentis par le praticien pour équiper son cabinet. Le fait d'investir ou pas dans un nouveau matériel n'est pas toujours dicté par une envie ou une motivation du praticien. Avec le temps, les technologies avancent, et il faut s'y adapter. Les chirurgiens dentistes ont le sentiment d'avoir le choix d'investir ou pas dans un matériel tant que la technique ou le soin auquel elle répond est encore « nouveau ». Mais au fur et à mesure que cette technologie entre dans les pratiques « de base », l'investissement devient indispensable. En cela les investissements ne sont pas toujours choisis mais parfois subis.

■ De vrais choix : être salarié en centre, reprendre ou créer son cabinet, ne pas avoir d'assistante.

> Travailler comme salarié en centre

Certains aspects font l'objet d'une réflexion et d'un choix délibéré du praticien. En tout premier lieu, la décision de travailler en tant que salarié en centre.

Un praticien ne choisit pas entre être libéral et être salarié, il choisit par exception motivée d'être salarié. Cependant ce choix n'est pas toujours définitif, les données statistiques tendent même à montrer qu'il s'agit principalement d'une situation le plus souvent transitoire.

Le choix du salariat peut être dicté par un souhait d'exercer dans un contexte le moins dénaturé par l'argent. Il s'agit alors d'être salarié en centre municipal où le salaire est indépendant de l'activité.

« J'ai toujours travaillé ici (au centre), je n'ai jamais pensé m'installer en libéral. Je suis très gênée avec l'argent. Ici c'est l'administration qui s'en charge, je n'ai pas à réclamer d'argent. Je peux me consacrer entièrement au relationnel, c'est ce qui me plaît dans ce métier. » (33)

Pour d'autres, le choix se fait en fonction de facteurs exogènes, notamment la vie familiale. Il est vrai que le rythme de travail en centre est souvent plus confortable qu'en cabinet libéral : le centre ferme plus tôt et à des heures fixes, il est possible de se réserver des jours de congés dans la semaine sans en faire porter la contrainte sur les patients, le praticien bénéficie de congés payés et a la sécurité de percevoir un salaire en cas de maladie, de grossesse...

« Ce qui est bien ce sont les horaires : 35h par semaine, le mercredi après-midi, le vendredi et le samedi de libre, c'est confortable par rapport aux enfants. C'était le but en venant ici. » (42)

Un autre avantage, et pas des moindres pour les praticiens que les tâches administratives effraient ou ennui, c'est que le centre prend en charge tous les aspects liés à la gestion (gestion des fournitures, comptabilité, facturation, gestion du personnel...).

Le centre permet également au praticien de bénéficier d'une assistante, ce qui n'est pas toujours possible en libéral si le cabinet ne dégage pas assez de chiffre d'affaires.

« Dans le centre, j'ai une assistante, il y a une réception, alors qu'ici, dans mon cabinet, je suis toute seule. Ça permet de passer plus de patients dans une journée. » (20, praticien exerçant à la fois en libéral et dans un centre)

Tout cela n'empêche pas de trouver pourtant au travail en centre des inconvénients significatifs. D'abord, en centre, la relation au patient est différente : les praticiens salariés se sentent parfois moins libres dans leurs rapports avec leurs patients. Certains disent ne pas se permettre de faire certaines réflexions à un patient, par exemple. Par ailleurs, dans certains centres les patients sont répartis uniquement en fonction des disponibilités des agendas des praticiens. Dans ce cas la relation entre le patient et son dentiste est discontinuée.

« Je travaille dans un centre à côté, et je vois la différence au niveau du relationnel. En cabinet de ville, on est un peu des médecins de famille, on a des relations avec les patients sur le long terme. C'est mieux, ça permet de mieux connaître le patient, de mieux détecter les risques, de faire de la prévention. En centre pas du tout, il n'y a aucun suivi, quand il vient le patient voit n'importe lequel des dentistes du centre. » (25)

Le matériel, sans être défaillant, est rarement à la pointe. Le problème est davantage que dans certains centres, il n'est pas choisi par le praticien mais par l'administration du centre. Certains praticiens salariés s'en plaignent.

Enfin, quelques praticiens font état d'une différence entre la demande de soins constatée dans les centres et en libéral. Dans les centres, les patients ont en moyenne de plus faibles moyens financiers que les patients d'un cabinet libéral. Le praticien fait par conséquent un peu plus de soins de base que dans un cabinet. L'état de la santé bucco-dentaire des patients du centre serait également moins bon.

D'autres appréciations vont fortement varier selon le mode de rémunération : dans certains centres elle se calcule au pourcentage alors que dans d'autres le salaire n'est pas du tout indexé sur le chiffre d'affaires. Un praticien qui est rémunéré en partie sur le nombre de prothèses qu'il réalise estime ne pas disposer d'autant de liberté dans sa pratique que le praticien dont le salaire est fixe. La pression et le rythme de travail ne sont pas non plus les mêmes.

> Reprendre ou créer son cabinet

Comme le mode salarié, le fait de reprendre un cabinet existant ou de créer son propre cabinet est une alternative réfléchie pour beaucoup de praticiens. Mais là encore ce n'est pas la règle.

Certains des praticiens rencontrés avaient une idée bien arrêtée et avaient fermement décidé de reprendre un cabinet ou d'en créer un *ex nihilo*.

« Ici pour être associé j'ai dû acheter une partie de la clientèle. Ça reste rentable mais c'est dur, il y a beaucoup de charges, c'est une grosse pression. (Relance : et créer un cabinet ?) Ah non, créer ce n'est pas rentable ! Moi le rachat de la clientèle et du matériel, ça m'a coûté aussi cher que créer un cabinet. Mais au moins j'ai un carnet de rendez-vous plein dès le début. » (43)

Pour d'autres, la reprise et la création étaient deux solutions envisageables, et le choix s'est davantage opéré en fonction de circonstances externes et d'opportunités :

« On avait réfléchi à une création dans une zone industrielle, on se disait que c'était l'avenir. Et puis finalement il y a eu cette opportunité de reprendre ce cabinet en centre ville... » (40)

> Ne pas avoir d'assistante

Pour la grande majorité des praticiens rencontrés, avoir une assistante est normal, travailler autrement est impensable.

« Ça devrait être interdit de travailler sans assistante. Sans assistante c'est impossible de garantir la chaîne de stérilisation ! Même au niveau rentabilité c'est plus intéressant d'avoir une assistante ». (36)

Sans aller jusqu'à parler de nécessité, tous les dentistes que nous avons rencontrés admettent en tout cas qu'avoir une assistante, c'est mieux que ne pas en avoir. Les avantages cités sont pléthore, tant en termes de confort de travail, de sérénité, d'accueil du patient, de qualité et de rapidité des soins et donc de rentabilité...

Pourtant, des « irréductibles » persistent, qui refusent de prendre une assistante, y compris pour effectuer des tâches d'accueil et de secrétariat. L'argument le plus souvent avancé pour justifier ce choix est celui du coût que représente le salaire de l'assistante. Il faut que le praticien dégage assez de chiffre d'affaire pour la payer.

Mais de l'avis même des praticiens ayant expérimenté le travail avec une assistante, cet argument serait davantage une excuse qu'une réalité, dans la mesure où même dans un cabinet ayant un chiffre d'affaires moyen, l'emploi d'une assistante est amorti, voire se révèle rentable à la fin de l'année. Il semblerait donc que le fait de ne pas avoir d'assistante soit véritablement un choix du praticien, soit parce qu'il est réticent à changer ses habitudes de travail, soit parce que la gestion du personnel le rebute.

« Le problème, c'est la gestion du personnel. C'est pour ça que je n'ai jamais voulu avoir d'assistante salariée. C'est sûr que c'est plus dur, plus stressant. Il n'y a pas de temps mort ! Mais vous savez, avoir un salarié, c'est beaucoup d'embêtements. Par exemple, si on a du personnel, ils nous contrôlent l'installation électrique tous les ans !¹² » (37)

Ne pas avoir d'assistante permet, en quelque sorte, de préserver sa liberté.

¹² Rectificatif des rédacteurs : en réalité, le contrôle de l'installation électrique est effectué tous les ans dans tous les cabinets. Mais si le cabinet fonctionne sans personnel, il est possible de reporter le contrôle d'un an si l'installation a été jugée conforme l'année précédente.

■ Le cas particulier du rythme de travail

Parmi les composantes des conditions d'exercice, le rythme de travail est un peu à part dans la mesure où il est véritablement choisi chez certains praticiens, alors que d'autres semblent ne pas avoir prise sur cet aspect de leur exercice.

Pour certains, le rythme de travail est aménagé de façon à être le plus confortable ou le plus efficace possible :

« Je ne finis jamais après 20h, je me l'interdis. Et 4 jours par semaine maxi. C'est un choix. Mon boulot c'est mon gagne-pain mais pas au détriment de ma vie personnelle. » (45)

D'autres se disent « surbookés », croulant sous la demande de soins, et se font un devoir d'accepter tous les rendez-vous.

« Le plus difficile c'est de trouver du temps pour soigner tout le monde. » (15)

Ce constat est d'autant plus étonnant que la liberté de gérer son emploi du temps à sa convenance, on le verra, fait partie des premiers avantages relevés par les dentistes lorsqu'ils listent ce qu'ils apprécient dans ce métier.

Il est vrai que le rythme de travail a tendance à évoluer. Il semble être davantage choisi chez les jeunes générations. Les jeunes praticiens, tant les hommes que les femmes, refusent de sacrifier leur vie familiale ou leur temps de loisirs à leur exercice.

« Je travaille 3 jours par semaine. Ça a toujours été comme ça. Se garder beaucoup de temps libre, c'est important. Dentiste c'est mon métier mais j'ai ma vie à côté. C'est vrai que les générations d'avant bossaient beaucoup plus... Mais si on travaille trop on travaille mal. » (un jeune praticien).

Le temps de travail moyen observé parmi les jeunes praticiens interrogés est le plus fréquemment de 4 jours par semaine. En cela, ils diffèrent des dentistes plus âgés qui eux se rappellent avoir travaillé au minimum 5 jours voire 6 jours par semaine au début de leur exercice. Certains continuent d'ailleurs de travailler autant au bout de vingt ans de pratique.

Autre constat : les jeunes ont tendance à davantage espacer les rendez-vous que les générations précédentes. Cette organisation du temps de travail aurait, selon eux, le double avantage d'être plus confortable et plus rentable. Les plus anciens peuvent choisir de s'en inspirer.

En ce qui concerne le temps de travail journalier, les choses restent les mêmes : les jeunes praticiens comme les anciens disent tous faire « de grosses journées ».

Le métier après 20 ans de pratique

Vingt ans, c'est une image. La question est : fait-on le même métier toute sa vie ?

Le métier évolue mais sans révolutions, ou alors il s'agit de révolutions sournoises. De vraies innovations se diffusent lentement, les comportements des patients se transforment, les jeunes générations impulsent de nouvelles méthodes de travail. Cette progressivité de la transformation conduit les praticiens qui ont le recul des ans nécessaire à considérer que pour eux tout a changé en même temps que rien n'a changé.

■ Techniques : une évolution en sourdine mais qui modifie la pratique

D'un point de vue technique, on ne parle pas de révolutions mais plutôt d'une évolution progressive, suivant le progrès technique et l'avancée de la science. De fait, les nouvelles techniques ont un temps de diffusion lent, qu'il s'agisse de matériel de pointe ou de techniques nouvelles.

« C'est une évolution douce. Quand on regarde en arrière on s'aperçoit qu'on ne travaille plus du tout de la même façon. » (16)

Ce qui semble être le plus synonyme de changement c'est l'introduction de nouvelles familles d'actes ou spécialités apparues ces dernières années: l'implantologie, bien sûr, mais aussi la parodontie, la pédodontie, les soins dits « esthétiques »...

Les évolutions techniques qui touchent au soin de base sont également beaucoup citées : les nouveaux matériaux (composites, matériaux de collage...), les nouveaux outils qui permettent de travailler plus vite et avec plus de précision qu'avant.

En vingt ans, la façon de travailler a également évolué : l'anesthésie est devenue beaucoup plus systématique. On fait également plus de soins conservateurs, alors qu'on avait auparavant davantage recours à l'extraction. Enfin, la prise en charge du patient a tendance à être de plus en plus globale : alors qu'on soignait plutôt « dent par dent », le diagnostic prend aujourd'hui en compte l'état d'ensemble de la bouche, et le soin participe d'un plan de soin global. Le développement de la radio panoramique a beaucoup contribué à ce changement.

■ Les patients ont changé

Les patients, et la relation avec les patients, ont aussi évolué. De l'avis de tous, si la peur du dentiste persiste, les patients ont globalement moins peur qu'avant, ce qui facilite d'autant les relations entre le praticien et le patient.

Les praticiens ont aussi l'impression que les patients sont plus informés, et donc plus engagés dans le processus de soin. Ils s'intéressent davantage qu'avant au soin qui est pratiqué dans leur bouche, posent des questions.

Revers de la médaille, les patients seraient aussi plus enclins qu'avant à se plaindre lorsqu'un soin ne leur convient pas, y compris devant les juridictions appropriées... Lors des entretiens, les praticiens ont semblé particulièrement sensibles à cette tendance procédurière. De par les risques qu'une procédure fait peser sur leur réputation et leur exercice, et donc sur la survie du cabinet, les dentistes se sentent moins libres dans le soin qu'ils délivrent.

« Les gens sont de plus en plus exigeants, on n'a pas le droit à l'échec. Du coup, on prend moins de risques : on extrait au lieu de tenter de sauver la dent. Je le vois surtout chez les jeunes, ils ne veulent plus prendre de risque. » (7)

■ Avec les années, la maîtrise du métier se renforce

Lorsqu'on acquiert de l'expérience, la pratique évolue nécessairement : on maîtrise davantage les gestes, on devient plus précis, plus rapide, plus sûr de soi dans la réalisation des soins mais aussi dans la relation avec le patient. Cette évolution est très importante durant les premières années d'exercice, mais elle perdure tout au long de la vie professionnelle.

« L'expérience, c'est énorme. On s'en aperçoit au fur et à mesure des années. On a testé des choses, on affine son discours. Le geste est plus rapide et plus sûr avec la même précision. On prend de l'assurance, y compris pour présenter les choses au patient. » (24)

« La maîtrise on ne l'a jamais. J'apprends tous les jours. J'essaye d'améliorer tous les jours, j'améliore mes gestes. » (3)

L'évolution de la pratique dépend toutefois beaucoup de l'intérêt du praticien pour le progrès technique, des efforts mis en œuvre pour se tenir au courant de ce qui se fait, de l'état de l'art.

Nous allons voir plus précisément dans les pages qui suivent ce qu'il en est de la formation continue.

La formation tout au long de la vie

La formation tout au long de la vie ce serait, dans le monde du salariat, la panacée pour maintenir l'employabilité des personnes et sécuriser les transitions professionnelles. Dans le cadre d'une activité libérale et hautement technique, elle prend un autre sens : c'est ce qui permet de mettre à jour ses pratiques, d'offrir des soins de qualité, c'est donc aussi ce qui donne du sens au métier.

Il ne viendrait à l'idée d'aucun praticien, sauf en toute fin de carrière, d'en contester l'intérêt. Reste qu'il se dit qu'avant la réforme qui la rend obligatoire, seuls 15% des praticiens se formaient. Que disent-ils alors de leurs propres attitudes ? Que pensent-ils de la réforme ?

■ Ceux qui en font toujours, ceux qui n'en font jamais, ceux qui voudraient bien en faire...

Tous les praticiens sont d'accord sur ce point : il faut faire de la formation continue. Le métier de chirurgien dentiste, comme toutes les professions médicales, évolue continuellement en fonction des progrès techniques et de la recherche, il faut donc se tenir au courant afin d'être en mesure de soigner les patients en fonction des dernières techniques et connaissances disponibles.

Cependant, une fois cela posé, beaucoup de praticiens avouent ne pas avoir le temps de faire autant de formation qu'il le faudrait.

« La formation j'ai beaucoup de mal à en faire. J'ai des journées de 9h30, donc le soir ce n'est pas possible. » (33)

Mais au-delà de ce facteur temps, il est apparu au fur et à mesure des entretiens qu'il y avait deux grandes catégories de dentistes : ceux qui, par choix, ne font jamais de formation et ceux pour qui la réforme de la formation continue n'a rien changé puisqu'ils ont toujours été attentifs à se former.

Ceux qui disent ne pas vouloir se former, les anciens la plupart du temps, sont persuadés que l'état de leurs connaissances est suffisant pour soigner leurs patients. Il peut également s'agir de praticiens qui ont longtemps gardé un pied à la faculté pour y enseigner, et qui estiment donc ne pas avoir besoin de suivre de formation complémentaire.

De l'autre côté, il y a les praticiens pour qui la formation continue est une évidence, et qui en ont toujours fait tout au long de leur exercice.

« J'ai toujours fait beaucoup de formations. Je suis à la société française d'endodontie. Je n'étais pas satisfaite de la façon dont on faisait les traitements canaux, j'ai cherché ce qu'il y avait de mieux. Je teste les nouveaux produits, j'essaie toujours d'améliorer. » (10)

Parmi ceux-ci, on note que les orthodontistes affirment que pour eux la formation est encore plus importante.

« Le fait que ce soit devenu obligatoire ? C'est sans doute mieux pour les vieux dentistes. Nous, les ortho, je pense qu'on est de toute façon plus dynamiques spontanément sur la formation, vu qu'on a déjà fait l'effort de se former en plus avec le CECSMO, on est déjà dans ce type de démarche. » (39)

■ Que pensent-ils de la réforme ?

La majorité des praticiens savent que la réforme est entrée en application et que la formation continue est désormais obligatoire pour tous les chirurgiens dentistes. On note toutefois que les jeunes semblent moins au courant, et ne sont pas toujours très sûrs que l'obligation les concerne eux aussi

Les dentistes conviennent que le fait de faire progresser la formation continue en la rendant obligatoire est une bonne chose. Même si l'obligation ne représente en réalité que deux jours par an, elle permet tout de même de pousser vers la formation des praticiens qui n'en faisaient jamais. Elle a parfois ouvert les yeux de certains :

« La loi m'a beaucoup motivé. Ça m'a été profitable. C'est un ajout de connaissance, je n'avais pas conscience que j'en étais privé. » (3)

Pour autant, beaucoup de reproches sont faits à cette réforme.

Tout d'abord, et cette critique est commune à la plupart des dentistes rencontrés, y compris ceux qui font beaucoup de formation, la formation continue est mal organisée. Qu'entendent par là les praticiens ? Ils trouvent tout d'abord que l'accès aux formations n'est pas toujours facile : quelles sont celles qui comptent et celles qui ne donnent pas de crédits ? Comment trouve-t-on les formations agréées ? Ils déplorent également que le système de validation et de comptabilisation des crédits soit très flou. Enfin, ils se posent beaucoup de questions sur le système de sanction : qui vérifie si la totalité des crédits demandés est suffisante au bout de la période de cinq ans ? Et s'il est insuffisant, quelles sont les sanctions encourues ?

Par ailleurs certains, attachés au caractère libéral de la profession, regrettent qu'il ait fallu mettre en place une loi pour obliger les dentistes à se former. Selon eux, la formation continue devait rester une initiative privée. Le fait de l'imposer est compris comme une nouvelle contrainte qui vient s'ajouter à toutes les autres. C'est aussi parfois interprété comme un manque de confiance vis-à-vis de la profession : on les soupçonnerait de ne pas assez se former ?

Il faut noter que la mise en œuvre de cette obligation est diversement acceptée selon que le lieu d'exercice permet plus ou moins facilement d'avoir accès aux formations.

« La formation j'en fais. Mais avec la loi ça va être galère pour nous en campagne. On est loin de tout, même une conférence le soir c'est compliqué. » (15)

Enfin, certains déplorent que l'obligation de formation s'impose tout au long de l'exercice, sans exception. Il leur semble en effet qu'il y a des périodes lors desquelles il est moins pertinent de se former : les deux ou trois années après la formation initiale (on est déjà au fait des dernières connaissances et techniques) et la période qui précède la cessation d'activité.

« L'obligation de la formation continue ça ne change rien, c'est pas maintenant que je vais faire de la formation continue. » (35, en fin de carrière)

Il faut préciser que cet argument de l'approche de la cessation d'activité n'est pas partagé par tous : certains estiment que, même si la cessation d'activité approche, il est tout de même nécessaire de se former durant les dernières années de l'exercice pour continuer de soigner ses patients avec la meilleure qualité mais aussi pour garder de l'intérêt, de la passion dans son métier.

Enfin, le dernier reproche fait à la réforme de la formation continue porte sur ses effets pervers. Selon les dentistes, en créant une obligation de formation, on a donné naissance à un véritable marché, dont certains organismes de formation se partageraient la manne. Il y aurait des abus sur les prix, mais aussi une diminution de la qualité du contenu.

« Quatre jours de formation à la radio protection, c'est n'importe quoi. Peut-être que les formateurs ont besoin d'argent. Je me dis qu'il y a une question de fric là dedans. » (24)

« Du fait que ce soit obligatoire maintenant, il va y avoir des abus sur les formations, elles seront bidon. Et puis il y a de bonnes formations mais qui ne comptent pas parce qu'elles n'ont pas l'agrément. » (42)

Certains dentistes ont le sentiment que la réforme est un facteur d'appauvrissement de la formation initiale, en expliquant que puisque les praticiens devront se former, ils choisiront de faire des DU (diplôme universitaire) dans les matières qui leur sont les plus utiles au quotidien, à savoir la parodontologie et l'implantologie, ce qui confortera le fait que ces formations ne soient pas intégrées à la formation initiale (puisqu'elles rapportent plus à la faculté en restant des DU).

2

Illustration

Brefs portraits

Nous n'avons pas su établir une typologie des praticiens que nous avons rencontrés. Cette typologie existe peut-être mais elle comprend alors de nombreux profils types.

Ce qui nous semble caractériser la profession sur un échantillon de près de 50 praticiens, ce serait plutôt qu'il existe un continuum de situations et de pratiques.

Voici quelques rapides profils subjectifs, illustrant cette diversité. Ils constituent une bonne illustration à l'analyse des vies professionnelles et des pratiques de ce rapport.

Nous nous autorisons ici deux regards peu scientifiques et tout à fait subjectifs. Tout d'abord, nous osons qualifier ce que nous pensons être l'état d'esprit professionnel de chacune de ces personnes : heureux, satisfait, inquiet, etc. Ce n'est bien sûr que la représentation de cet état que nous avons, au terme d'un trop bref entretien. Par ailleurs, nous qualifions en quelques mots l'allure de leur cabinet, de façon tout aussi subjective et contestable. Nous n'avons ni légitimité, ni qualification pour en spécifier l'état au regard de normes, reste que la diversité de leur apparence ajoute encore à la diversité des profils.

Content : Homme, 29 ans, libéral, omnipraticien, péri-urbain, collaborateur dans un groupe de 3 associés, 2 assistantes, travaille 4 jours par semaine,

Le Dr X a 29 ans. Issu d'une famille de dentistes, il a choisi de faire ce métier dès le bac. Après ses études, il a décidé de travailler dans cet endroit pourtant pas très prisé parce que c'est là qu'il habite depuis l'enfance. Il connaissait ce dentiste, il s'est présenté pour être collaborateur dans ce cabinet il y a un an et demi et il est plutôt content. Les relations avec les associés et avec les patients se passent bien. La patientèle est moins aisée qu'en ville mais plus respectueuse. Il est en train de suivre un DU en implantologie, une semaine tous les deux mois. A l'issue de cette formation, c'est lui qui prendra en charge tous les patients du cabinet qui auront besoin d'implants, puisque les autres praticiens n'en font pas. Mais il veut quand même rester omnipraticien. A plus long terme, il envisage de racheter une clientèle, quand il aura un peu plus d'expérience, toujours en péri-urbain mais dans un endroit où la patientèle est plus aisée.

Très enthousiastes : Couple, 30 ans, libéraux, omnipraticiens, ville moyenne, associés, une assistante, patientèle variée, travaillent 3 à 4 jours par semaine, cabinet entièrement refait à neuf,

Les Dr X et X, mari et femme, ont chacun 30 ans et sont installés depuis peu. Ils voulaient absolument s'installer en campagne, si possible dans un village, parce que le contact avec les patients est meilleur. Mais la vie familiale y est moins facile. Finalement ils ont choisi d'exercer dans une petite ville, c'est le bon compromis.

Ils ont décidé de s'installer à leur compte et de racheter un cabinet, ce qui est assez atypique, ils s'en rendent compte en comparant avec leurs camarades de promotion. Ils ont racheté 2 cabinets en centre-ville (1 chacun), puis ont transféré le cabinet de madame chez monsieur pour mutualiser les charges et l'assistante. Ils ne voulaient pas créer parce qu'ils ne voulaient pas attendre la clientèle. Et puis ils trouvaient dommage de laisser perdre une patientèle. Ils avaient aussi un peu peur de rentrer dans un cabinet de groupe après avoir entendu beaucoup d'histoires de mauvaise entente entre associés. Ils ont l'impression d'être gagnants dans ce rachat.

Satisfaite mais sans plus : Femme, 30 ans, libéral (collaboratrice) et salariée, omnipraticienne, Paris, patientèle mixte, une assistante à mi-temps, cabinet petit mais d'apparence récent,

Le Dr X a 30 ans. Elle a fait ce métier un peu par hasard, en se disant que ça lui permettrait de gagner bien sa vie en travaillant à mi-temps. Elle a d'abord exercé en salariat, puis une amie qui souhaitait quitter son cabinet lui a proposé de prendre sa place. Aujourd'hui elle exerce à mi-temps comme collaboratrice dans le cabinet avec une autre praticienne (la propriétaire) et continue à travailler à côté dans un centre. Ce double exercice lui convient bien. Elle trouve que la patientèle est différente entre le centre et un cabinet de ville : contrairement au centre, le cabinet de ville permet d'avoir un suivi des patients sur le long terme. Mais dans le cabinet les patients sont parfois plus difficiles. La patientèle est mixte : des « bobos » mais aussi des gens très défavorisés, à qui il n'est pas toujours possible de faire les soins qu'elle voudrait. Au final, ce métier, elle l'aime bien. Elle a le sentiment d'être plutôt tranquille en ayant fait le choix de cet exercice qui lui permet de soigner les gens sans avoir à se soucier de la gestion et de garder du temps pour sa vie de famille.

Heureux : Homme, 30 ans, libéral, omnipraticien, rural, en association avec 3 autres praticiens, une assistante dédiée, patientèle variée plutôt modeste, travaille 4 jours par semaine,

Le Dr X a 30 ans. Après des remplacements et des collaborations, il a racheté une partie de la clientèle d'un cabinet rural dans lequel il travaille aujourd'hui comme associé. Il a trouvé ce cabinet via un de ses professeurs à la faculté. Il est satisfait d'avoir racheté, mais c'est une grosse pression, beaucoup de charges... ce n'est pas facile. S'installer à la campagne c'était un vrai choix, et il ne le regrette pas : les patients sont plus sympathiques qu'en ville, moins exigeants, plus respectueux, on y gagne mieux sa vie et les relations confraternelles sont bien meilleures. Il note qu'en campagne la demande est différente qu'en ville : la demande est énorme, l'état de la santé bucco-dentaire est moins bon, et surtout les gens ont moins de moyens financiers. Cela oblige à davantage « batailler » qu'en ville pour les convaincre d'accepter de consacrer de l'argent à leurs dents.

Satisfait mais stressé : Homme, 34 ans, libéral, omnipraticien, ville, seul, une assistante, patientèle moyenne à aisée, travaille 4 jours par semaine, cabinet coloré et d'aspect très aseptisé

Le Dr X a 34 ans, il a repris il y a 5 ans, après quelques collaborations, un cabinet en centre ville dans une ville de province. Il est seul et n'envisage pas d'association, sauf éventuellement un jour avec son épouse. Pour l'instant elle travaille deux jours par semaine en collaboration ailleurs et n'envisage pas de travailler davantage. Il a une patientèle variée de classes moyennes à supérieure. Il est aidé d'une assistante non diplômée. Il travaille 4 jours par semaines. Il se dit content et fatigué. Il gagne bien sa vie mais souffre de la pression que lui impose son métier. Il a un projet de réinstallation de son cabinet dans des locaux neufs, il est très attaché à l'asepsie, au respect des normes et à l'aspect clinique de ses locaux. Il fait un stage long pour faire à terme des soins orthodontiques un jour par semaine. Il envisage de passer à une prise en charge plus globale des patients pour gagner en confort.

Heureuse : Femme, 38 ans, libérale, omnipraticienne, rural, association à 3 (dont son mari), trois assistantes, patientèle variée plutôt modeste, travaille 3 jours et deux demi-journées par semaine.

Le Dr X a 38 ans. A 13 ans elle a décidé de devenir dentiste. Un an après sa thèse, elle a rejoint par le bouche à oreille un cabinet rural, de « bonne réputation » pour une collaboration. Quatre ans plus tard, elle s'associait. C'est une région qu'elle ne connaissait pas. Son mari dentiste a rejoint l'association il y a deux ans. Le premier associé est au seuil de la retraite. Elle a en moyenne un patient toutes les demi-heures alors que son mari en prend un par heure. Ses patients sont ouvriers, agriculteurs ou commerçants. Les ressources médicales spécialisées ou hospitalières sont loin (50 minutes de route). Le temps manque. La gestion des urgences est difficile. Le carnet de rendez-vous est plein à 3 mois. Elle fait avec son mari beaucoup de formation continue. Ils envisagent de passer à la radio numérique. Elle a l'impression qu'une part de la patientèle devient plus consciente et revient régulièrement.

Heureux : Homme, 41 ans, libéral, omnipraticien, rural, seul, une assistante, patientèle modeste, travaille 4 jours par semaine, cabinet neuf dans un pavillon, salle de soin d'aspect très clinique.

Le Dr X a 41 ans, il exerce seul, aidé d'une assistante dans un petit bourg de Normandie, où il s'est installé il y a 5 ans car son épouse venait d'y être nommée. Il a dû quitter une association qui fonctionnait très bien dans une ville résidentielle d'Ile de France. Il a déplacé et refait à neuf le cabinet qu'il a repris dans ce bourg, il a investi dans une radio numérique ainsi qu'un panoramique. Il est très satisfait de sa pratique et de son mode de vie même si il préférerait trouver un associé. Il trouve la patientèle agréable, des gens simples, principalement agriculteurs ou ouvriers et de personnes âgées. L'état de santé bucco-dentaire de ses patients est mauvais. Sa pratique est faite de soins de base et de beaucoup de prothèses amovibles. Il travaille 4 jours par semaine. Il se définit comme le « médecin » de campagne de la dentisterie, loin de la pratique de « haut niveau ».

Ravi et passionné : Homme, 43 ans, libéral et hospitalier, spécialiste et enseignant, Paris, association à 2, 3 assistantes, patientèle très aisée, 30 heures par semaine au cabinet et le reste à la faculté, cabinet d'aspect luxueux.

Le Dr X a 43 ans, il est hospitalo-universitaire. Il est ravi de son métier qu'il adore et qui comporte deux volets inséparables : l'enseignement à la faculté dentaire et la pratique libérale dans un cabinet qu'il partage avec un associé, où il travaille 30 heures par semaine. Il est autorisé à un dépassement permanent. Le cabinet est un cabinet spécialisé dans la prothèse et l'implantologie. Il y a 3 assistantes pour deux associés. Ils sont sur le point d'investir dans un microscope. La patientèle est pour l'essentiel une patientèle adressée, le plus souvent aisée voire très aisée. Il s'interroge sur ce que sera sa pratique dans dix ans compte tenu des évolutions technologiques. La CAO pourrait totalement révolutionner la prothèse. Ces évolutions font le sel du métier.

Dans l'incertitude : Femme, 46 ans, libérale, omnipraticienne, rural, seule, sans assistante, patientèle modeste, travaille 2 jours et deux demi-journées par semaine, cabinet neuf et accueillant.

Le Dr X a 46 ans. Elle a été successivement collaboratrice en région Centre, à son compte en grande banlieue parisienne, salariée en centre mutualiste en Picardie, avant de s'installer de nouveau à son compte dans une bourgade de Picardie. Elle est aux premiers mois de ce nouvel exercice, dans un cabinet qu'elle a installé et conçu. Il y a un confrère dans la même ville, qui l'a bien accueillie compte tenu de la demande. Elle est dans une période incertaine quant au résultat comptable de sa pratique. La patientèle locale est modeste et elle reconnaît avoir du mal, de la réticence, à « placer » de la prothèse.

Très heureuse : Femme, 47 ans, salariée dans un centre médical municipal, omnipraticienne, péri-urbain, 1 assistante dédiée, travaille à plein temps (35h),

Le Dr X a 51 ans. Elle travaille depuis vingt ans dans le centre médical d'une zone péri-urbaine défavorisée. Le salariat était un choix profond dès le début de son exercice, elle n'a jamais voulu s'installer en libéral parce que le rapport à l'argent a toujours été une gêne : ce qui est bien dans le centre, c'est que c'est le secrétariat qui s'en occupe. En revanche le lieu est un hasard : elle était venue remplacer une amie et elle y est restée. Elle admet que l'emplacement n'est pas extra, mais elle est quand même plutôt satisfaite : le matériel du centre est bon, la relation avec les patients se passe bien. Elle remarque néanmoins que la patientèle a changé, les gens ont moins de respect pour les praticiens, ils sont moins responsabilisés et plus consommateurs de soins qu'avant. Malgré tout, elle considère qu'elle fait un beau métier, un métier qui permet de redonner le sourire aux gens.

Heureux : Homme, 48 ans, libéral, omnipraticien spécialisé en chirurgie buccale, dans le centre d'une grande ville de province, une associée, patientèle plutôt aisée, une assistante qualifiée, locaux d'apparence sans prétention mais plateau technique ultra-moderne,

Le Dr X a 48 ans. Ce cabinet est sa deuxième installation, après une première association qui a échoué. Ce qu'il aime dans ce métier c'est qu'il évolue sans cesse. D'ailleurs il fait le choix d'investir beaucoup et régulièrement pour suivre le progrès technique. Après près de vingt ans d'exercice, c'est ce qui fait que l'intérêt pour le métier est toujours là. La patientèle est très satisfaisante, elle lui permet de faire tous les soins qui l'intéressent, c'est d'ailleurs pour cela qu'il s'est installé au centre d'une grande ville. Le seul problème serait la tendance procédurière des patients, qui a beaucoup augmenté depuis vingt ans, et contre laquelle il faut savoir se prémunir notamment lorsqu'on pratique des actes de chirurgie.

Heureuse mais un peu fatiguée : Femme, 50 ans, libérale, spécialisée en orthodontie, dans le centre d'une grande ville de province, seule avec une collaboratrice, 2.5 assistantes, patientèle variée, cabinet vaste et convivial,

Le Dr X a 50 ans. Elle a choisi de faire orthodontiste pour travailler avec des enfants. Même si c'était très dur au début, quand elle a créé son cabinet, elle ne regrette pas. Elle été associée un temps, mais cela n'a pas fonctionné, il n'y avait pas une bonne entente. Elle a ensuite exercé seule pendant trois ans, c'était bien mais c'était très dur. Aujourd'hui elle a une collaboratrice à laquelle elle aimerait transmettre le cabinet. Elle adore son métier mais c'est dur, surtout à la cinquantaine. Le plus gros souci c'est la gestion du personnel et du cabinet, ça continue à lui peser même après des années. La relation avec les patients, c'est ce qui lui plaît dans ce métier, mais par rapport à ses débuts les patients sont devenus plus difficiles (plus volatiles, moins motivés, plus assistés...). Il faut sans cesse les « tenir » et c'est épuisant. C'est une des raisons pour lesquelles elle avoue avoir moins envie de « se bouger » qu'avant pour le cabinet.

Satisfaite : Femme, 57 ans, salariée en centre privé, omnipraticienne, Paris, une assistante, patientèle variée, travaille 39 heures par semaine sur 4 jours, centre sans modernité excessive.

Le Dr X a 57 ans, elle est salariée, intéressée au chiffre d'affaires, dans un centre privé parisien. Elle a un parcours atypique puisqu'elle a quitté la dentisterie pendant 12 ans pour travailler dans le commerce international en entreprise, après 15 ans d'exercice libéral à son compte. C'est par hasard, que lors d'une recherche d'emploi, qu'il lui a été proposé de reprendre un exercice dentaire. Elle a repris sans préparation particulière. Aujourd'hui elle est satisfaite de cette solution. L'exercice salarié la dégage des préoccupations de gestion. Elle dit gagner très correctement sa vie même si les revenus sont inférieurs à ceux d'un cabinet. La qualité du matériel n'est pas optimale mais correcte. Les patients sont plutôt de classe moyenne.

Découragée et en difficulté financière : Femme, 63 ans, libérale, omnipraticienne, Paris, seule, sans assistante, patientèle modeste, travaille 2 jours par semaine à son cabinet plus des vacances dans un centre, cabinet ancien et intégré dans le logement privé,

Le Dr X a 63 ans. Elle est proche de la cessation d'activité. Après avoir fait ses études dans le Sud de la France, elle a rejoint son mari dentiste à Paris et est devenue son associée. Après avoir essayé de faire

de l'orthodontie et de se spécialiser, elle a abandonné faute de temps disponible et de patientèle suffisante pour ce type de pratique. Depuis le décès de son mari, la patientèle a beaucoup diminué et la rentabilité financière du cabinet est difficile à assurer, c'est très dur. C'est pourquoi elle effectue des vacations dans un centre privé, à la demande, et des vacations dans un bus dentaire. Elle a également tenté de faire des soins à domicile mais ce n'était pas pratique (transport du matériel). Elle trouve que ce qui est dur, au delà de ces soucis financiers, c'est l'isolement du praticien. C'est pourquoi elle fait des formations dès qu'elle le peut, pour échanger avec des confrères. Malgré ces difficultés, elle trouve que c'est un métier de passion, et elle aime bien ses patients.

Passionné et engagé : Homme, 63 ans, libéral, omini praticien spécialisé dans l'implantologie, ville, grand cabinet de groupe, assistantes, cabinet très récent, plateau technique ultra moderne.

Le Dr X a 63 ans, il a successivement exercé à Paris, où il était attaché de consultation, et en zone rurale avant de rejoindre une ville de province. Il a créé avec d'autres, il y a plus de dix ans, un grand cabinet de groupe en centre ville avec pour projet d'investir dans des installations innovantes et performantes. Il a pendant toute sa carrière été impliqué dans la vie de la profession à travers successivement l'enseignement, la prévention, puis l'Ordre. Il se dit avantagé par sa pratique qui lui permet de travailler avec soin tout en étant rentable. Il partage son temps entre son cabinet et une clinique. Il dit très spontanément aimer tout dans son métier : relations, technicité, sentiment d'utilité. Il reconnaît toutefois que la pression de l'emploi du temps est grande. Il pense cesser toute activité vers 65 ans. Il n'a pas d'inquiétude sur la reprise de son cabinet même si le choix du repreneur sera délicat.

Lassé : Homme, 65 ans, libéral, omini praticien, Paris, quartier difficile, seul, sans assistante, patientèle très modeste, cabinet vieillot, désordonné, d'aspect douteux, travaille 5 jours par semaine.

Le Dr X a 67 ans, il s'est installé en 1970 dans son cabinet. Il a aimé son métier mais n'y trouve plus aucun agrément. Le quartier a beaucoup changé, la population s'est précarisée. Les relations avec les patients sont difficiles. Ils ne viennent qu'en urgence. Il est régulièrement contrôlé par la CPAM parce qu'il travaille « anormalement » vite. Il peut recevoir jusqu'à 20 patients dans une demi-journée. Il a eu une assistante mais elle est partie à la retraite. Il ne compte pas s'arrêter dans l'immédiat. Il pense avoir un rôle social important dans son quartier et ne souhaite pas, malgré les difficultés, abandonner la population locale. Il sait qu'aucun praticien ne le remplacera.

3

A chaque praticien sa pratique

L'art, l'introuvable norme et la pratique

Chaque praticien semble avoir une représentation d'un certain « état de l'art » au sens d'une pratique idéale, en accord avec les possibilités de la science. Néanmoins, cet idéal n'est pas toujours praticable. C'est là une des lignes de tension forte du métier.

En France, la pratique odontologique n'est pas normée par un référentiel qui définirait des références opposables. Le système de prise en charge ne constituant en rien une possible référence à la norme et à l'hors norme. Chaque praticien construit donc sa pratique tout en ayant une représentation plus ou moins élaborée de ce que serait la norme de pratique. Il n'y a qu'en cas de contestation de sa pratique qu'il se trouvera confronté à une évaluation.

L'état de la science est connu. La science odontologique progresse, les techniques évoluent à un rythme soutenu, tous les praticiens en parlent. L'université est le lieu de la science en train de se faire, les plus jeunes praticiens en ont donc une connaissance assez précise, de même que ceux des praticiens plus expérimentés qui allient carrière universitaire et pratique libérale. Les autres sont différemment informés selon « qu'ils suivent les nouveautés », « qu'ils se tiennent au courant », ou pas, mais de façon générale, il semble que chacun ait une représentation assez précise de l'état de la science au sens des potentialités de l'art dentaire.

Les règles de l'art sont, elles, beaucoup plus difficiles à définir. S'agit-il de mettre en œuvre ce qui se fait de mieux, de plus pointu, de plus sophistiqué ? S'agit-il de faire ce qui est le plus acceptable compte tenu des coûts et de la prise en charge des patients ? S'agit-il de ne considérer que les aspects fonctionnels ou bien faut-il tenir compte de la dimension esthétique ? Le non référencement d'un acte dans la nomenclature doit-il être interprété comme synonyme d'actes superflus ou plutôt d'une non mise à jour de cette nomenclature par choix économique ? Bref, où est la norme ?

Chaque praticien va, en fonction de ses compétences, de son environnement, de ce qu'il perçoit comme étant son champ de contraintes, définir sa pratique en étant conscient d'un éventuel décalage avec ce que les revues définissent implicitement comme l'état de l'art :

« La prothèse amovible ça paraît obsolète mais c'est ce qu'il y a de moins cher et c'est adapté à leur problème. Les patients n'ont pas les moyens de mettre 1500 euros dans une dent. Pour 80% de la population, 1500 euros c'est le salaire mensuel, les dentistes ont tendance à l'oublier. » (14)

L'idée que la pratique dans les règles de l'art est réservée à quelques cabinets exclusifs est assez répandue. Pour certains praticiens, il n'y aurait que dans quelques cabinets des beaux quartiers parisiens, à tout le moins citadins, que la pratique d'excellence serait autorisée, rendue possible par des dépassements d'honoraires impraticables ailleurs. Un jeune praticien s'offusque :

« Médicalement il n'y a qu'un choix, c'est le meilleur choix. Mais on n'a pas les moyens de faire de la qualité. La profession sait faire des choses extra et en réalité les gens s'aperçoivent que ce n'est pas pour eux. C'est comme si pour un cancer il y avait un protocole moins cher pour ceux qui n'ont pas les moyens. Il n'y a que pour les dents qu'on a ça » (7)

Comme le montreront les pages qui suivent, la pratique d'un chirurgien dentiste est le résultat d'une équation complexe dont les paramètres sont la patientèle, sa solvabilité, la pression de la demande, le modèle économique du cabinet, et un savant mélange de choix et de nécessités.

Les interférences entre l'argent et la pratique

Un chirurgien-dentiste qui se dit peu intéressé par la rentabilité, voire mal à l'aise avec l'argent, se déclare assez spontanément comme un chirurgien-dentiste anormal. La profession a la réputation de bien gagner sa vie, la plupart des chirurgiens-dentistes rencontrés le confirment en soulignant toutefois l'extrême diversité des situations individuelles.

Que la profession soit préoccupée, voire occupée par des considérations pécuniaires, les praticiens en sont eux mêmes convaincus. Le cabinet serait une forme de micro ou de petite entreprise qui oblige à ces considérations. La rentabilité est-elle difficile à assurer ? Apparemment pas, une fois admis, de l'avis général, qu'elle repose sur les soins hors nomenclature. L'omnipraticque suppose donc des arbitrages entre temps, qualité et rentabilité. C'est là qu'apparaît pour certains le problème de la marchandisation des actes et de ses dérives possibles. Si le système n'oblige pas nécessairement à des arbitrages entre qualité et rentabilité, il est inconfortable et porteur de risques.

■ La rentabilité s'apprend sur le tas

Il y a quelque chose d'apparemment très paradoxal entre l'importance accordée dans le discours à la question de la rentabilité et l'impréparation et l'empirisme avec lesquels les praticiens deviennent économiquement responsables.

Le cabinet est une entreprise. L'activité de soin dentaire n'est pas une activité de prestation intellectuelle, elle comprend de lourdes immobilisations et des charges importantes.

Une chose est sûre, assurer la rentabilité d'un cabinet ne s'apprend pas à la faculté. C'est la première installation qui fait toucher du doigt cette réalité essentielle du métier. Le système français semble ainsi fait que les élèves sont formés à une pratique de type hospitalière à laquelle seule une infime partie d'entre eux auront ensuite affaire. La plupart seront libéraux et rien ne les y prépare, sans que cela ne pose véritablement de problèmes majeurs, mais plutôt une forme de désagrément :

« Non il n'y a pas vraiment de différence entre la fac et le métier... sauf le côté financier qui rentre plus en jeu. Il y a des soins qu'on nous apprend à faire mais qu'on ne peut pas faire en réalité parce que les patients n'en ont pas les moyens. Ça c'est la plus grosse lacune de la fac, on ne nous apprend pas du tout la gestion du cabinet, la question de l'argent. On a du mal à dire à un patient " je veux bien vous soigner mais ça coûte tant ". Ça on ne nous apprend pas à le gérer, c'est très difficile. Pourtant l'aspect gestion c'est important, c'est une petite entreprise ! » (25)

On serait tenté d'interpréter la légèreté avec lesquelles les décisions d'installation sont prises comme le signe qu'a priori, tout cabinet dentaire est potentiellement rentable. Il est en effet très surprenant d'entendre une jeune praticienne, fraîchement installée comme associée dans un cabinet prestigieux, témoigner de ce qu'elle a découvert le taux des cotisations URSAFF à la réception de son premier relevé...Et son cas n'a rien d'exceptionnel, d'autres praticiens nous en ont parlé.

■ L'équilibre entre temps passé, qualité et rentabilité est difficile à trouver

Pour rentabiliser les actes tarifés de la nomenclature, il faut travailler vite, ce qui n'est pas nécessairement compatible avec les exigences d'un travail de qualité. La relation avec le patient exigeant à soi seule un rythme raisonnable. Il n'est pas rare d'entendre des praticiens parler du risque de non qualité induit par le mode de remboursement. Le système est désincitatif.

« Il y a des confrères qui travaillent rapidement. Moi j'ai besoin de parler aux gens, de prendre mon temps. Un patient par quart d'heure, je ne sais pas faire. » (17)

« Il faut savoir gérer pour que le rapport au chiffre d'affaires/ bénéfice soit intéressant. Il faut aussi réfléchir à sa façon de travailler. Prendre un patient pendant une heure c'est plus rentable : il n'y a qu'une seule stérilisation, moins de temps perdu pour accueillir chaque patient... Mais on ne va pas travailler mal pour faire plus d'argent ! Il y a des actes plus lucratifs, mais il ne faut pas le voir comme ça, il faut répondre à un besoin du patient. Mais c'est sûr que faire des soins de base ce n'est pas rentable, il faut les deux. Mais surtout, pour les deux, il faut prendre le temps de faire bien. Même si on y perd de l'argent. » (45)

Le risque majeur c'est « le patient au quart d'heure », un mode de soin qui appartiendrait plutôt au passé. Toutefois, nous avons rencontré quelques rares praticiens, effectivement en fin de carrière, qui peuvent voir encore aujourd'hui jusqu'à 20 patients dans une matinée.

■ La rentabilité du cabinet n'est pas toujours simple à assurer

Majoritairement, les praticiens rencontrés ne semblent pas « agis » par la rentabilité de leur cabinet. La principale raison est que cette rentabilité est, somme toute, assez naturellement acquise. La rentabilité du cabinet se constate avec le recul. De l'avis général, elle repose sur un équilibre entre soins de bases et prothèse.

« Si on ne fait pas de prothèses, on est condamné à la mort économique. Mais l'équilibre entre soins de base et soins plus rentables se fait de façon assez naturelle, en fonction de la demande. » (37)

En omnipratique, si l'on devait parler de modèle économique (terme étranger au vocabulaire des chirurgiens-dentistes que nous avons rencontrés), il faudrait retenir celui d'une rentabilité « en moyenne » de l'activité. Actes au tarif encadré, peu ou pas rentables, sont compensés par des actes de prothèse avec dépassement.

Le système est donc exigeant à certains égards, car cet équilibre, si il est le plus souvent atteint, n'est pour autant pas garanti. Certains praticiens peuvent se trouver en difficulté ou éprouver un certain inconfort. Certains disent s'inquiéter, chaque mois, de savoir si le chiffre d'affaires nécessaire sera atteint.

Les charges augmentent, les matériaux, le matériel jetable constituent un poste de plus en plus important, les tarifs de la sécurité sociale n'évoluent pas en proportion. Le taux de marge s'effrite. Les plus jeunes le disent, ils n'ont pas les bénéfices de leurs prédécesseurs. Les plus anciens constatent l'évolution. Si le cabinet moyen reste rentable, sa gestion appelle plus de vigilance que par le passé :

« Je n'aime pas la gestion, j'ai même horreur de ça. Longtemps, ça rentrait facilement. Maintenant je regarde un peu, la rentabilité peut influencer le plan de traitement, alors que quand j'étais jeune je ne m'occupais pas des questions matérielles. » (13)

« Au début ce n'était pas difficile de bien gagner sa vie. Quand je me suis réinstallée (après un passage par le salariat), j'ai constaté que je vivais moins bien que dix ans avant. Les tarifs, le prix des produits, les nouvelles normes, les nouvelles réglementations. Au point que je me suis demandé pourquoi j'avais choisi ce métier. » (17)

■ L'intrusion de l'argent dans la pratique médicale reste gênante pour beaucoup de praticiens

La majorité des praticiens ayant un exercice conventionné, le tarif des soins de la nomenclature est défini. Reste à fixer un tarif de prothèse et à le présenter au patient. Or parler d'argent n'est pas une chose si facile. Le praticien est conscient de l'image de la profession, et il n'a pas été préparé à cet exercice à la faculté, il peut douter. Avec le temps, nécessité faisant loi, la relation se normalise, le praticien intègre cette dimension financière dans sa pratique.

« L'argent avec les patients, au début, c'est difficile. Quand on commence on a honte. Après quand on a une structure qu'on gère, on trouve ça normal, surtout si on fait les choses dans les règles de l'art. » (24)

Reste toutefois un volant de praticiens chez qui la gêne de cette intrusion de l'argent dans la pratique médicale ne disparaît pas. Le système de prise en charge impose finalement d'avoir à « vendre la santé » et pour eux, c'est désolant :

« Le côté commercial c'est le plus dur à gérer pour moi. Il faut savoir " vendre " une prothèse à un patient alors qu'en réalité c'est un vrai besoin. Mais si on ne la vend pas bien, si on n'enrobe pas, le patient ne voudra jamais payer. Alors qu'il en a besoin ! Ce n'est pas normal. »(38)

■ Deux voies pour ne plus compter le temps ou pour oublier l'argent : être salarié ou sortir du système conventionnel

Il y a deux voies polaires pour que l'exercice quotidien soit dégagé de toute préoccupation comptable : la rémunération au forfait, c'est à dire le travail salarié en centre où le praticien est rémunéré à l'heure et, à l'opposé, une pratique hors du système conventionnel, qui peut être également vue comme une forme d'exercice au forfait en ce qu'elle permet une rémunération au temps passé.

Parmi les motivations à travailler en tant que salarié, le choix de ne pas avoir affaire aux questions d'argent est déterminant :

« J'ai peut-être un problème vis à vis de l'argent. J'envisage le métier comme médical et je suis contente de ne pas à avoir à discuter d'argent avec mes patients. Je n'ai pas l'âme d'une profession libérale. » (29 – salariée, centre municipal, rémunérée à l'heure et non au pourcentage de chiffre d'affaires).

L'autre solution pour ne plus avoir à compter son temps, c'est d'atteindre une forme d'exercice « spécialisé » dans laquelle les actes sont presque en totalité des actes hors nomenclature, voire, le cas est rare, l'exercice avec dépassement permanent. Un praticien dans cette situation témoigne :

« Pour moi c'est particulier. Je suis hospitalo universitaire, j'ai le droit au dépassement d'honoraire, je suis rémunéré au temps passé. J'arrive à faire tourner une structure dans ce quartier avec 30 heures par semaine. Je ne suis pas tenu, comme ma femme, de compter mon temps en fonction de la nomenclature. Malheureusement dans le système conventionnel, la qualité ne paye pas, ceux qui travaillent bien sont pénalisés. Moi, j'échappe à ça. » (19, cabinet parisien « spécialisé », maître de conférence à la faculté)

Une solution pouvant aussi consister à travailler sur la base d'ententes directes avec le patient, c'est à dire de négocier des actes pour lesquels il ne sera pas sollicité de remboursement de la Sécurité Sociale :

« Tous les soins que je fais, j'ai un dépassement d'honoraires. Il faut prévenir le patient, on parle d'entente directe. J'ai fait ce choix parce que j'ai trop entendu parler de cabinets qui font de l'abattage parce que les tarifs sont trop bas. Je fais le choix de moins de patients et de plus de qualité. On ne doit pas penser au compte en banque quand le patient est sur le fauteuil. Je suis très attaché à ça, rester dans un état d'esprit comme à la fac. » (24).

Pour d'autres, ce type de tarification n'est encore qu'un objectif :

« J'ai un exercice moyen au niveau du chiffre d'affaire. Je m'en contente. Je cherche surtout une bonne réputation. Je me forme pour ne pas tourner en rond. Je veux faire de belles choses. J'aime bien mon métier mais ce qui m'emmerde c'est la vente de tapis. Mon objectif c'est d'être assez fort pour ne faire que du non remboursé. Les gens viendront me voir pour ça. » (6)

■ Vers une rentabilité plus calculée, plus organisée

Pour gagner en confort et/ou en efficacité, l'organisation des soins évolue chez certains praticiens. Ils recherchent un fractionnement moindre du temps pour limiter les coûts en matériel, les temps morts, le nombre de rendez-vous pour un traitement.

« Par rapport aux anciens on travaille peut-être moins mais on travaille différemment. Eux, ils prennent un patient toutes les demi-heures alors que moi un rendez-vous c'est au moins ¾ d'heure ou une heure. Mais en un seul rendez-vous je fais ce que eux font en 4 rendez-vous. C'est juste une organisation différente, je pense que c'est plus efficace. Et puis c'est moins stressant. C'est plus confortable pour nous et pour le patient, il n'a pas besoin de revenir 4 fois. » (45)

Comme on le verra plus loin, cette organisation qui limite considérablement le nombre de patients, certains praticiens œuvrant dans des zones de faible densité se l'interdisent. Mode ou nécessité, cette organisation en temps de traitements longs est le premier niveau d'une organisation dite de « technique globale ». Celle-ci consiste à ne plus traiter une dent malade mais à élaborer un plan de traitement d'ensemble pour la bouche toute entière, incluant le soin d'urgence pour lequel le patient est venu la première fois mais aussi l'ensemble des autres soins requis ou souhaitables.

Contestée par certains qui y voient des risques graves de surconsommation de soin, cette technique semble se développer, portée par une vague d'information (les revues professionnelles), de formation, axée sur la rentabilisation du cabinet. De façon générale, la profession parle de plus en plus de rentabilité. Au risque de perdre son âme ?

« Je suis allé à une formation où on proposait un audit de rentabilité. Je n'ai pas du tout envie d'aller dans cette direction là. En ce moment, la dentisterie parle trop de rentabilité. » (4)

« La rentabilité ce n'est pas un souci pour moi, je ne vois pas les choses comme ça. Les trucs qu'on voit dans " Indépendantaire ", ça fait froid dans le dos. Le patient est considéré comme un objet, on le prend et on lui fait un devis complet, sans que ça corresponde vraiment à ce que veulent les gens. Ils appellent ça l'approche globale du patient. » (37)

Territoires, patients et réponse à la demande de soin

Un des présupposés de l'étude était que le territoire est déterminant des formes d'exercice et de pratique. Dans les zones rurales ou urbaines en difficulté l'hypothèse se confirme, là se rencontrent une patientèle modeste ou précaire et des praticiens de plus en plus rares.

Cependant, sans invalider totalement cette hypothèse, les entretiens révèlent une très grande hétérogénéité des situations au sein d'un même territoire. Loin de subir complètement son environnement, le praticien fait des choix ou non, des choix explicites ou implicites. Choix de prise en charge ou choix des types de soin, choix de répondre par un emploi du temps lourd ou tendu à une demande forte, ou pas.... A patientèle potentielle équivalente, il induit par sa pratique et ses tarifs des modes de prise en charge différenciés.

Les ressources financières de la patientèle sont évidemment un paramètre très structurant de la réponse qui sera apportée par le praticien. Toutefois, il semble difficile de considérer la demande de soin comme une donnée exogène : par son offre de soin, le praticien peut la révéler ou la laisser cachée.

■ On ne choisit pas forcément son lieu d'exercice

Nous n'y revenons pas, le territoire d'exercice n'est pas nécessairement le résultat d'un choix raisonné, orienté par une stratégie de pratique pleinement pesée. Le hasard des rencontres, la mobilité professionnelle du conjoint, le « marché » des cabinets à reprendre au moment de l'installation, autant d'aléas qui conduiront à telle ou telle implantation (Cf. page 43).

■ Spécificité de la pratique rurale

Les praticiens qui exercent dans des zones rurales, en particulier quand ils ont eu une expérience antérieure en ville ou en banlieue, insistent sur les spécificités de leur patientèle et de leur pratique. Les soins sont plus « basiques », parce que la clientèle est peu solvable pour des soins avec dépassement mais aussi parce que l'accès au soin y est moins régulier et plus guidé par l'urgence.

« En campagne, il n'y a pas une vraie habitude des soins. On vient si on a mal, on ne revient pas, et puis ils ne se trouvent pas mal sans dents. Ils ne se rendent pas compte des inconvénients d'une mauvaise mastication. En ville on a une autre approche. On fait attention au look, aux dents. Ici, ils vont éventuellement demander un blanchiment plus que le fonctionnel. » (10)

Cette réalité est connue des praticiens de ville : certains disent d'ailleurs avoir préféré s'installer en ville pour pouvoir pratiquer des soins qu'ils pensaient ne pas pouvoir faire en campagne.

En revanche, la campagne a un avantage au niveau du relationnel : le rapport soignant-soigné y serait plus simple qu'en ville. Les praticiens qui y exercent l'assurent. Souvent, ceux qui exercent en ville le reconnaissent.

« Personne ne veut travailler plus loin que la deuxième couronne de Toulouse. Moi je ne voulais pas m'installer au centre ville : les clients sont casse-pieds. Ici c'est très sympa avec les gens, ils sont moins exigeants qu'en ville. Ils ont aussi plus de respect par rapport à la blouse blanche, ils nous appellent " Docteur ", ça m'a surpris au début ! Et puis on gagne mieux sa vie et plus vite en rural. Il n'y a pas de concurrence. On a de très bonnes relations professionnelles aux alentours. Ce serait inimaginable en ville ! » (43)

Paradoxalement, les soins vont être à la fois plus « basiques » et plus sophistiqués. L'absence de recours complémentaire accessible à des spécialistes ou à un centre odontologique hospitalier peut

conduire le praticien à prendre en charge des pathologies qu'il adresserait s'il était en ville ou à proximité d'une ville :

« Pour un ortho il faut aller à Rouen (50 km) ou à Amiens. C'est le désert. Du coup les pathologies lourdes on les prend en charge le plus possible au cabinet. On envoie moins systématiquement à l'hôpital qu'en ville. » (11)

« Il y a beaucoup de monde, beaucoup de patients en attente, pas de centre hospitalier à proximité. On ne peut pas adresser des urgences ou des cas de chirurgie importants. Du coup, ça m'arrive de prendre des risques, de faire des choses au cabinet que je n'aurais pas fait à Paris. » (15)

De façon générale, pratique rurale ne rime pas avec pratique « rustique » ou au rabais. Parce que la formation est un moyen de rompre l'isolement professionnel, et parce que la mise à jour des connaissances est un des moteurs du métier, nous avons plutôt rencontré des praticiens ruraux soucieux de l'évolution de leurs techniques de soin même si, pratiquement, l'accès à la formation est pour eux plus difficile.

■ Spécificité des zones urbaines en difficulté

On retrouve dans des zones urbaines et péri-urbaines les plus en difficulté les mêmes constats qu'en zone rurale sur les modes d'accès aux soins et les formes de pratique : le traitement en urgence continue de dominer malgré des progrès certains dans la continuité des soins.

« Ici les soins n'ont pas évolué contrairement à ce qui se fait dans le 7ème arrondissement. Il y a une part de la population qui est consciente et acquise au soin et pour eux, ils sont fidèles, les choses changent. Mais il y a un paquet de patients qu'on ne voit qu'une fois, ils arrivent en souffrance. Ici la carie n'a pas disparu du tout. » (29, banlieue, centre)

En revanche, les relations soignants-soignés ne semblent pas avoir le même agrément qu'à la campagne. Des praticiens témoignent d'une dégradation très sensible à cet égard. Ils se plaignent de constater un état bucco-dentaire plutôt mauvais, déplorent le manque de motivation et parfois de respect de la part des patients, de devoir faire face à une patientèle qui n'a pas toujours les moyens financiers pour se faire soigner.

« L'évolution de la santé bucco-dentaire, j'ai du mal à dire quoi que ce soit. Je ne vois que des bouches catastrophiques. Ils viennent ici quand c'est trop tard. Ils ont très jeunes des dents pourries. La motivation j'essaie, mais ça ne donne rien. Ici, c'est une clientèle pauvre, beaucoup de chômeurs de RMISTes, ils ne respectent pas les rendez-vous. Dans le quartier il y a 10% de gens corrects. C'est nouveau, depuis 10 - 15 ans. Ce n'était pas du tout comme ça quand je me suis installé il y a 37 ans. Très souvent, je me dis que j'aurais pu mieux faire mais la patientèle est difficile. Surtout les jeunes, ils me traitent mal, ils n'ont aucun savoir vivre. On commence un soin et ils ne reviennent pas. » (22, quartier parisien difficile)

■ L'insupportable pression de la dépression démographique

Qu'il s'agisse de zones rurales ou de territoires de relégation en périphérie, certaines zones sont déjà touchées par un déficit de praticiens. Les cabinets qui n'ont parfois jamais été très nombreux, ferment. Les praticiens qui restent le constatent :

« Beaucoup de centres ferment et beaucoup de médecins partent. Quand je suis arrivée dans le centre il y a vingt ans, on était beaucoup plus nombreux. Aujourd'hui, on a du mal à trouver des praticiens, y compris des remplaçants. » (33, banlieue parisienne)

Dans ces territoires, les dentistes en exercice ressentent déjà l'impact de cette raréfaction des praticiens. La pression exercée par la demande de soin non satisfaite y est très présente, au point de devenir pour certains une source de stress, en tout cas d'un certain désarroi de ne pas pouvoir prendre tous les patients qui ont besoin d'être soignés. Même des praticiens de ville, placés au centre d'un désert de praticiens, commencent à ressentir la pression de cette demande non satisfaite en périphérie. De l'avis de tous, les patients deviendraient agressifs. Les plus jeunes envisagent de changer de lieu pour échapper à cette pression.

« Dans le Calvados ça va encore. Le pire c'est l'Orne ou la Manche. Mais à Caen ça va être une catastrophe. Je suis le seul dans la rue, on était trois. On en parle entre collègues. » (3)

« Je ne prends plus de nouveaux patients. J'ai 3000 patients contre 1600 en moyenne. Je ne suis pas responsable des défaillances de l'Etat et du manque de praticiens. Je ne pense pas faire ma carrière ici. L'ambiance use. Avec certains jeunes adultes c'est un peu chaud. Et puis la demande est trop forte. Il y a des départs en retraite, des cabinets qui ne sont pas repris. A chaque départ c'est de plus en plus difficile pour ceux qui sont en place. L'ambiance est tendue. » (1, cabinet en Zone Franche Urbaine)

« C'est dur, c'est trop dur parce qu'on a trop de patients. On en refuse, même des urgences. On fait ce qu'on peut. On est mal, on n'est pas heureux de cette situation. Je ne sais pas si je vais rester. » (12, rural)

■ Patient-praticien : les paramètres de la rencontre

La métaphore du marché est incongrue s'agissant de la santé. Pour autant, on parle d'offre et de demande. Arrêtons nous alors un instant sur cette métaphore dans le seul but de souligner la complexité de ce processus très particulier qu'est la rencontre entre l'offre et la demande de soins dentaires. Quels sont les paramètres qui vont déterminer la rencontre entre un patient et un praticien ?

Le patient a des besoins variés, il peut s'agir de faire taire une douleur, d'en traiter la cause, de réparation fonctionnelle, de réparation esthétique, d'amélioration esthétique. Il peut souhaiter des soins d'urgence, d'entretien, un simple contrôle, ou une prise en charge pérenne et suivie. Surtout, il peut être conscient ou non des besoins de soins qu'il requiert.

Il ne connaît pas a priori (avant de se rendre chez un praticien) le montant des soins, ni nécessairement ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas. Il est selon le cas tout à fait informé ou non. Il peut (des praticiens en parlent), faire « jouer la concurrence ». Mais en règle générale il ne connaît ni le prix, ni la qualité des soins de son praticien relativement à ceux d'un autre praticien.

Il a une représentation personnelle de la qualité d'un praticien : relationnel, aspect du cabinet, notoriété...

A l'inverse quand un praticien prend en charge un patient, il ne connaît pas son besoin (sauf clientèle adressée des spécialistes). Il ne connaît pas sa solvabilité ou les efforts financiers qu'il est prêt à consentir pour soigner sa bouche. Il ne connaît pas son comportement (respectueux de ses engagements, de ses traitements).

Sachant tous ces paramètres, comment s'organise de façon tendancielle et macro-sociale cette rencontre ? Qu'observe-t-on quand on examine le résultat de ces rencontres : finalement qui soigne qui ?

Majoritairement, le sentiment est que la patientèle s'impose (et la déontologie voudrait qu'il en soit ainsi) et qu'elle induit par ses caractéristiques (revenus, couverture social, habitudes de soin) une certaine forme de pratique. Ainsi, le métier est, comme on l'a vu différent à la campagne d'en ville, avec ses agréments et ses désagréments, plus rude dans les quartiers défavorisés....Pourtant, à y regarder de plus près, au-delà de ces généralités, on constate qu'il existe des marges de manœuvres réelles.

> Les patients choisissent

En ville tout d'abord, la palette des pratiques est extrêmement large. La clientèle n'est pas territorialisée : elle peut se faire soigner près de son lieu d'habitation, près de son lieu de travail ou même écouter la bouche à oreille et se déplacer spécifiquement pour être soignée par un praticien qui lui a été recommandé ou en qui elle a confiance. Seule une population défavorisée reste ancrée localement (cf. supra : les zones urbaines sensibles). Il y a donc un double mouvement de patientèle choisissant son praticien et de praticiens choisissant sa patientèle à travers des systèmes d'information très imparfaits, c'est à dire peu transparents.

Ce sont les patients qu'il faudrait interroger pour comprendre comment ils font le choix d'un praticien. Mais de ce qu'en perçoivent les praticiens, dans des environnements « concurrentiels », le « bouche à oreille » reste déterminant dans la constitution de leur patientèle. Deux paramètres clés y contribuent : le prix et la réputation de « douceur » du praticien.

« J'ai une patientèle locale à 80% locale. Il y a des gens qui viennent de plus loin parce qu'ils ont entendu dire que je suis gentil, que je ne fais pas mal et que je ne suis pas très cher. » (31)

« La concurrence ? Non je ne le ressens pas. Dans le quartier, il y a beaucoup de dentistes hommes, donc il y a des patients qui viennent nous voir parce qu'on est deux femmes. Etre une femme c'est un avantage pour les patients, ils préfèrent parce qu'on est plus douces. » (25)

Fait récent, la propension à comparer les prix : les patients seraient mieux informés aujourd'hui, et auraient tendance à aller d'abord consulter plusieurs praticiens avant de faire leur choix en fonction des différents devis qu'ils leur ont été proposés.

Enfin, dans les centres, qu'ils soient publics ou non, les praticiens comprennent que certains patients viennent en Centre parce la représentation qu'ils en ont est celle d'une structure nécessairement publique, donc désintéressée, donc peu chère :

« En centre, on ressent moins le côté « on est des voleurs ». C'est cher mais on propose d'échelonner les paiements. Dans l'esprit des gens, un Centre c'est public, les tarifs sont normaux. En réalité, ici c'est le même prix qu'en libéral, peut-être 50 euros de moins sur une prothèse. » (21)

> Les praticiens choisissent aussi

En ville, du moins dans les quartiers aisés, le praticien peut plus facilement faire le choix d'une pratique sélective (par le prix en particulier) sans avoir le sentiment de mettre en péril la prise en charge des patients. Les praticiens ruraux n'ont en général pas le sentiment d'avoir cette même latitude :

« Dans vingt ans, ce que je ne voudrais pas c'est faire ce métier en sélectionnant les patients. Or c'est ce qui est en train de se profiler. Les soins de base ne sont pas rentables, alors que c'est l'activité de base. Dans certains cabinets toulousains, ils sélectionnent les gens en fonction du portefeuille. Ici, en campagne, on ne peut pas le faire. On a une mission de service public. Il n'y a pas beaucoup de dentistes, alors on est obligés de soigner tout le monde. » (43)

Toutefois, nous avons rencontré des praticiens ruraux qui ont fait le choix d'une pratique plus haut de gamme en rupture apparente avec la demande locale. Ils font la démonstration qu'une telle pratique est aussi possible dans des zones réputées « reculées ». Dans ce cas, leur clientèle change : c'est une clientèle qui vient de loin, constituée par le bouche à oreille.

Il est ainsi tout à fait intéressant de trouver dans un même bourg de 2000 habitants situé à 45 minutes de route de la ville la plus proche, deux cabinets aux logiques et patientèles tout à fait distinctes : un cabinet qui répond à une demande de soin locale pour une patientèle relativement démunie, à tout le moins modeste, un autre cabinet qui s'adresse à une clientèle plus large, qui opère des réhabilitations fonctionnelles et esthétiques beaucoup plus sophistiquées, et qui draine une clientèle lointaine, parfois urbaine.

De même, on va trouver dans une ville tout à fait défavorisée de Seine Saint Denis, un cabinet dont la patientèle est essentiellement une patientèle qui se fait soigner sur son lieu de travail. Le carnet de rendez-vous est très raisonnablement rempli si on le compare aux listes d'attente du centre municipal à quelques rues de là. La palette des soins inclut des soins relativement élaborés de type couronne sur implant :

« Je trouve qu'il faut porter haut les couleurs du métier y compris en Seine Saint Denis. Ma philosophie c'est de travailler ici comme j'aurais travaillé dans les coins huppés de Paris, soigner avec la même conscience. » (28)

Nous verrons par la suite au chapitre de la spécialisation comment par le choix d'une sélection des actes, les praticiens induisent une sélection des patients.

> Un paramètre majeur reste la solvabilité du patient

Premier constat, une part de la patientèle ne souhaite pas bénéficier de soins qui ne sont pas entièrement pris en charge :

« Je ne peux pas faire des soins qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale, du blanchiment, de l'implanto. Pour leur faire ouvrir leur portefeuille, il faut ramer ! Il y a un confrère qui fait de l'implanto mais c'est parce qu'il a une clientèle adressée. Moi, des gens ne veulent même pas mettre 30 € pour une céramique, ils prennent le métal. » (43)

Mais là encore, l'appréciation des praticiens est variable et on comprend que certains praticiens vont en réalité s'interdire certains soins qu'ils jugent inabordables pour leurs patients, alors que d'autres vont juger que les patients sont prêts à ces efforts si le praticien est suffisamment persuasif. Notre étude ne permet bien évidemment pas d'objectiver la réalité des situations financières en jeu, mais par leur discours, les praticiens témoignent d'une vision différenciée de la solvabilité de leurs patients.

« La prothèse amovible ça paraît obsolète mais c'est ce qu'il y a de moins cher et c'est adapté à leur problème. Les patients n'ont pas les moyens de mettre 1500 euros dans une dent. Pour 80% de la population, 1500 euros c'est le salaire mensuel, les dentistes ont tendance à l'oublier. » (14)

Enfin, le praticien va éventuellement faire des efforts pour dispenser des soins ou garantir une qualité de soin qu'il juge utile ou importante (par exemple en diminuant le prix d'une céramique plutôt que de faire du métal), ou proposer des facilités de paiement.

Zoom : La CMU comme stigmaté

Dans le débat sur la prise en charge des patients CMU, nous n'avons entendu que le parti de la défense, qui ne s'exprime d'ailleurs pas sur le mode de la défense car, excepté une seule praticienne, aucun autre chirurgien-dentiste rencontré ne nous a dit refuser des patients CMU. En revanche, ils sont un certain nombre pour qui la liste des griefs est courte mais assez constante à l'encontre d'un corps de patients étrangement constitué : « les CMU ». C'est très spontanément que des praticiens en parlent :

« Ah les CMU ! Tout leur est dû. Ils sont moins respectueux, ils sont très exigeants. » (39)

« Ici on a beaucoup de CMU et d'AE, c'est un problème. [Relance : pourquoi ?] Pour plusieurs raisons : ils multiplient les centres, il y a des faux CMU, ils se passent les cartes, ils ont un comportement inacceptable en particulier vis à vis des assistantes, comme si tout leur était dû. Il y a beaucoup d'agressivité. » (21)

« Les CMU me cassent les pieds. Ils ne sont pas fiables, ils ne viennent pas aux rendez-vous. » (3)

Rares sont les praticiens qui soulignent l'intérêt de la mesure en terme d'accès au soin ou qui refusent de considérer « les CMU » comme un groupe indistinct à stigmatiser. Mais nous en avons rencontré quelques uns :

« Les CMU on en a beaucoup y compris certains qui sont refoulés par des cabinets. Parmi eux il y a des patients tout ce qu'il y a de plus corrects et d'autres exaspérants. Je n'ai pas envie de faire de généralité sur les CMU. » (29)

« Au centre de santé, il n'y avait pas de problème avec les CMU. Je leur disais " si vous loupez un rendez-vous, c'est fini.". Du coup on pouvait faire des trucs bien à des patients qui n'ont pas les moyens. » (36)

Quand « les CMU » sont considérés pour leur incivilité, il est assez étonnant de constater qu'un lien est fait entre gratuité et irresponsabilité. Or les mêmes praticiens vont expliquer que de façon générale, leurs patients n'acceptent des soins que dans la limite des prises en charge auxquelles ils ont accès. Les CMU ne sont donc pas les seuls patients pour lesquels les soins sont gratuits. Comment interpréter alors cette crispation et cette généralisation immédiate ? On comprend que cet étiquetage CMU et les réactions qui peuvent y être associés procèdent de deux problèmes différents :

- La mémoire des années d'avant la convention 2006, où effectivement, il revenait à la profession de financer la prise en charge des soins hors nomenclatures des CMU, n'est pas effacée. Une équation s'est installée chez certains entre CMU et soins à perte.

« Les CMU c'est la grande hypocrisie des politiques. On n'a aucun moyen de bien les soigner sinon à l'hôpital. L'Etat se décharge de ses responsabilités sociales sur les libéraux. » (19)

- L'accès au soin d'une patientèle longtemps exclue des cabinets libéraux, en partie désaffiliée, manquant de repères, qu'il s'agisse de la continuité des soins ou du respect d'un rendez-vous.

« Il faut responsabiliser les gens mais c'est très dur. Je ne suis pas gentille, mais quand on voit des gens venir en urgence pour la 8ème fois sur la même dent ! Pas de suivi, rien... J'essaie d'avoir un discours pour les responsabiliser. Il faut leur faire comprendre qu'on n'est pas des magiciens, il faut qu'ils se responsabilisent sur leur santé. » (33)

A bien écouter, on comprend cependant que la prise en charge des patients CMU est heureusement, plus individualisée et différenciée que ne le sont les discours, et que les choses ne sont pas nécessairement problématiques moyennant des règles du jeu claires. Elles le sont d'ailleurs d'autant moins qu'une forme de régulation s'opère : les CMU sont pris en charges par les cabinets et les structures qui les acceptent...

Vous avez dit « omnipraticien » ?

Légalement seule une spécialité est établie : l'orthodontie. Elle constitue un métier à part (cf. page 71). Est-ce à dire que les omnipraticiens que sont en théorie tous les chirurgiens-dentistes non spécialisés, soit plus de 95% des praticiens, réalisent les mêmes actes professionnels ? Evidemment pas.

La palette des actes s'étend. Des disciplines d'abord réservées à des praticiens d'« avant-garde » se diffusent, plus ou moins largement selon leur technicité. L'omnipraticien n'est plus nécessairement le praticien universel de toutes les techniques de soin existantes. De vrais spécialistes (non reconnus statutairement) deviennent de faux omnipraticiens. L'omnipraticien au sens propre du terme serait plutôt une exception.

Là encore, chacun fait des arbitrages et en vient à des modes de prise en charge des patients très différenciés. Nous n'avons aucune compétence technique pour auditer les actes réels dispensés, l'objet est ici d'exposer le discours justificatif de ces procédés de sélection des actes.

■ Les soins que le praticien accepte de faire

Avant de parler des « grandes spécialités » (paro, implanto...), il convient de souligner qu'au sein même de la palette des techniques « de base », certains praticiens font des choix. Chacun se fixe en quelque sorte sa norme concernant les soins de base. L'un va refuser de faire des couronnes métalliques, pour des raisons esthétiques, l'autre ne posera plus d'amalgames en raison du risque mercure qu'il considère comme réel, etc.

« Très vite j'ai décidé de ne pas faire de couronnes métalliques ajustées. C'est pas facile parce que ce n'est pas social. Mais je trouve que c'est important de choisir sa pratique. » (13)

Un regard expert sur les actes effectivement dispensés pourrait éclairer cette question. Nous touchons là les limites de l'entretien qui ne peut constituer un audit.

Il faut toutefois s'arrêter sur le cas particulier du blanchiment. La demande de blanchiment est un phénomène récent. Elle s'exprime partout, et même chez une patientèle peut consciencieuse. Elle peut représenter un véritable déplacement dans la nature des missions du praticien qui devient ponctuellement esthéticien. Pour l'anecdote, en nous rendant à un entretien, nous sommes tombés sur une officine de soins esthétiques en banlieue parisienne qui affichait en grand sur son pas de porte « blanchiment 90 €. ». Le marché est là quelle qu'en soit la légalité.

Face à cette demande, les chirurgiens dentistes ont quatre attitudes :

- Ils en font et considèrent cela comme normal
- Ils n'en font pas car ils considèrent que les soins strictement esthétiques ne sont pas de leur mission
- Ils n'en font pas car ils jugent les traitements trop imparfaits, risqués, à tout le moins délicats pour l'efficacité qu'il faut en attendre
- Ils n'en font pas car leur patientèle, bien que demandeuse, n'a pas les moyens de s'offrir ce type de traitement, cher et à renouveler.

« Le blanchiment j'en fais mais pas beaucoup, j'estime qu'il faut que le patient soit idéal pour que ça vaille le coup. » (4)

« Les blanchiments je refuse de les faire. C'est purement esthétique. Mais je l'explique aux patients et ils comprennent. » (45)

« Il y a de plus en plus de demande pour les dents blanches depuis 3 ou 4 ans. Je ne fais pas ça. Ce n'est pas remboursé. Ils ne peuvent pas payer. » (22)

Un praticien encore hésitant nous a également expliqué qu'il allait tester le traitement sur ses propres dents avant de le proposer à ses patients.

■ Monopraticien, polypraticien, omnipraticien

Prenons des risques et créons une nomenclature des pratiques conforme au sens commun, au risque de heurter le sens commun de la profession. Distinguons trois familles de praticiens parmi les non spécialistes, c'est-à-dire les non orthodontistes :

- Les monopraticiens, experts d'une famille d'actes limités
- Les polypraticiens : que la profession désignerait comme les omnipraticiens de base
- Les omnipraticiens : qui si l'on s'attache au sens d'universalité que recouvre le préfixe « omni », prolongent leur pratique de base par la maîtrise de toutes techniques avancées : implanto, paro, petite-chirurgie.

> Les monopraticiens

Ils sont peu nombreux, réputés cantonnés aux grandes villes, quand on ne nous parle pas de « Paris ». Ils ont une pratique exclusive s'ils interviennent ponctuellement pour des opérations précises sur des patients adressés ou gardent quand même un volet d'omnipratique selon l'histoire de leur cabinet. Ce sont des omnipraticiens qui ne « méritent » plus leur dénomination.

Ils sont de deux catégories. Ils ont développé une expertise particulière sur des actes ou des patients qui sont ceux de l'omnipratique classique : endontologues, pédodontistes... Ils prennent alors un temps long pour traiter des situations qui requièrent ces temps d'intervention. Ils doivent trouver un modèle de rétribution autre que celui prévu par la nomenclature pour rentabiliser leur pratique.

Où alors ils ont acquis une compétence dans des champs disciplinaires récents dont il est difficile de dire s'ils relèvent de l'omnipratique ou pas : implantologie, parodontologie, chirurgie buccale. Ils sont appelés à faire des actes qui sont pour la plupart hors nomenclature et exercent donc dans une certaine mesure hors du système conventionnel.

Nous n'en n'avons rencontré qu'un seul. Mais les monopraticiens ont été évoqués indirectement par la plupart puisque c'est à eux qu'on « adresse » les cas les plus difficiles ou qui sortent du cadre de la pratique.

> Les polypraticiens

Comme leur nouveau nom l'indique, ils ont une pratique polyvalente mais pas universelle. Ils représentent sans doute la majorité des praticiens. Là encore, il en existe plusieurs catégories.

Certains s'interdisent tout exercice des techniques « complémentaires ». Cela pour diverses raisons : parce qu'ils n'ont pas les compétences et n'envisagent pas de les acquérir, parce qu'ils n'ont pas de clients solvables pour ce genre de soins, parce que selon eux cet exercice ne peut être valable hors d'une pratique exclusive, ou simplement par attachement à l'omnipratique.

« Je suis généraliste. Je ne fais pas d'ortho et pas d'implanto. Ça exige des compétences qui nécessiteraient que je fasse ça à plein temps. » (3)

« L'implanto, la paro, je n'ai pas de clientèle pour ça. Même si c'est relativement moins cher qu'il y a 20 ans, ça reste relativement onéreux. Il faut des patients de milieux plus aisés. » (1)

« Je veux rester omnipraticien. Comme ça c'est diversifié. » (9)

D'autres, tout en tenant à rester omnipraticiens, font des soins « spécialisés », là encore avec des motivations multiples : par goût de l'apprentissage et de l'évolution de la pratique professionnelle ou pour ce qu'ils considèrent comme un impératif professionnel.

« J'ai intégré dans ma pratique l'implanto. C'est une demande des patients. Ils ont envie d'être soignés ici. On gère tout de A à Z. J'envisage aussi une formation en greffe. Beaucoup de patients veulent passer à la prothèse fixe, ça doit faire partie de la pratique. » (24)

D'autres encore, envisagent de s'y mettre, par intérêt (méthodologique) ou par sentiment de nécessité. Peut-être y a-t-il en la matière plus de projets que de futurs personnes formées, mais l'intention est là, assez largement présente :

« Moi je suis omnipraticien. Mais je vais étendre mes connaissances : je vais faire un DU de paro et un DU d'implanto. Je trouve que c'est important. On a un métier où il faut pouvoir tout faire. Plus on se diversifie moins on se lasse. Et puis se spécialiser c'est difficile d'en vivre, c'est pas donné à tout le monde, il faut être très bon. Légalement je pourrais déjà faire de l'implanto mais ce serait n'importe quoi. » (45)

■ L'omnipraticien, le vrai

On l'aura compris, le chirurgien-dentiste universel qui a une pratique qui inclut toutes les « spécialités » du métier en plus de l'omnipraticie classique entendue comme celle des soins de base, cet omnipraticien est rare.

Nous en avons rencontré un, particulièrement intéressé par son métier. A 50 ans il a passé deux CES de biomatériaux et de parodontologie, deux DU d'implantologie et de parodontologie. Aller à la faculté régulièrement fait partie pour lui de l'agrément du métier. Il précise toutefois qu'il ne fait pas « de chirurgie compliquée ». Pour le reste : « si je peux faire, je fais » (6). Sa clientèle n'a rien de particulier, elle est locale essentiellement.

Est-il rare parce que ce qu'il fait nécessite beaucoup d'effort et d'investissement en formation ? Est-il rare parce qu'une telle pratique est contestable ? Ou simplement parce qu'elle n'est pas rentable ? Nous n'avons pas la réponse. Qui a raison entre celui qui juge que l'on ne peut faire de l'implanto correctement qu'à la condition de ne faire que ça et celle qui considère que tout bon praticien se doit d'en faire ? Il est intéressant de constater que les discours sont mêlés d'intime conviction et de rationalisation a posteriori.

■ La spécialisation et ce que ça (r)apporte

Parce qu'une grande part des soins d'implantologie et de parodontologie sont hors nomenclature, parce que les « grands cabinets » de spécialistes sont vus comme les plus rémunérateurs, l'équation est assez rapidement établie entre spécialisation et recherche d'un surprofit, en particulier par ceux qui n'en font pas.

« Je resterai omnipraticien. Je m'assimile à un médecin de campagne. Je cherche à rendre le plus de services à mes patients, à être le plus polyvalent sans me lancer dans la grosse chirurgie, la paro, l'implanto. Parce que ça ne rapporte pas, on ne veut plus faire les soins. Tout le monde fait ça, mais qui va continuer à extraire, à dévitaliser ? Qui va faire les soins ? » (14)

Le paradoxe de ces pratiques qui se développent est effectivement qu'elles viennent encore augmenter le volant des soins hors nomenclature et renvoient donc chaque praticien à des stratégies individuelles de rentabilité.

Rappelons tout d'abord qu'elles coûtent : peut-être existe-t-il des praticiens qui se lancent dans ces actes sans véritable formation, mais nous avons surtout rencontré des praticiens qui y ont consacré du temps, ou à l'inverse qui ont renoncé à ces nouveaux actes faute de temps ou de courage pour se lancer dans une formation soutenue.

En réalité, il n'est pas possible de départir deux motivations qui se complètent et se nourrissent quand un praticien fait le choix de poser des implants par exemple, car l'élargissement des compétences est doublement intéressant, il est intéressant pécuniairement et techniquement. Un praticien peut-être mu par le plaisir / l'intérêt qu'il trouve à diversifier ses actes, il en tirera le cas échéant un bénéfice financier. Quelle est la cause ? Quel est l'effet ?

A cela s'ajoute une motivation que nous avons évoquée, celle de la norme implicite. Dans le cas de l'implantologie qui est le plus souvent cité et qui semble le plus se diffuser parmi les omnipraticiens, on comprend que le caractère de rareté tend à disparaître. L'implantologie deviendra-t-elle une norme de pratique ? Un bon praticien doit-il la maîtriser, en totalité, en partie (pose de couronnes sur implants), pas du tout ?

Zoom : Orthodontiste : un autre métier ?

Etre orthodontiste, c'est soigner une bouche d'un point de vue à la fois esthétique et fonctionnel. En ce sens, un orthodontiste n'est pas différent d'un dentiste omnipraticien (l'omnipraticien peut d'ailleurs réaliser des soins orthodontiques). Avant de se spécialiser, l'orthodontiste a suivi les mêmes études et a été diplômé (voire a exercé un temps) comme dentiste. Pourtant de l'avis des dentistes comme des orthodontistes, être orthodontiste c'est différent. Et selon eux, c'est même mieux.

« Les dentistes sont jaloux des orthodontistes. C'est vrai que pour eux c'est plus dur. Mais bon, ils n'avaient qu'à faire orthodontiste ! » (39, orthodontiste)

« Si j'avais été courageux j'aurais fait ortho, pour faire de l'ortho adulte. C'est très avantageux financièrement et il n'y a pas d'urgences. Et à chaque fin de traitement il y a un nouveau sourire. » (31, dentiste omnipraticien)

■ Beaucoup d'avantages

> Un confort de travail : rythme et revenus

Les orthodontistes gagnent en moyenne mieux leur vie que les omnipraticiens.

En raison de la nature des soins réalisés, le rythme de travail d'un orthodontiste est beaucoup plus normé. Le premier rendez-vous avec un patient est long (parfois une heure), puisqu'il s'agit d'expliquer le plan de soin au patient. La pose de l'appareil prend également du temps. Ensuite, les rendez-vous qui suivent sont plus courts (de 5 à 15 minutes en moyenne pour les rendez-vous de contrôle, sauf pour des soins spécifiques). Les rendez-vous sont aussi beaucoup plus faciles à planifier, puisque le plan de soin prévoit des consultations régulières, et qu'il est possible de prévoir à chaque fois ce qui devra être fait au rendez-vous suivant.

En cela, le rythme de travail est plus serein que celui de l'omnipraticien : il y a peu de surprises et peu de risque de retard pour le praticien. Par ailleurs, la durée courte de la plupart des rendez-vous permet de recevoir davantage de patients sur une journée.

Enfin, l'orthodontiste subit moins de stress dans la mesure où il n'a pas à gérer d'urgences. Il arrive qu'il y ait des accidents (la casse d'un appareil par exemple) mais ils sont plutôt rares. Le stress du patient est surtout moins lourd à gérer puisqu'il ne s'agit pas d'urgences douloureuses, contrairement à celles qui peuvent se présenter dans le cabinet d'un omnipraticien.

« L'ortho c'est une pratique plus cool, c'est moins stressant. » (4)

> Une relation différente avec les patients

Les patients d'un cabinet d'orthodontie sont différents, puisque ce sont (quasi) exclusivement des enfants et des adolescents. La relation avec eux est particulière, d'autant plus que la durée d'un traitement orthodontique – au moins 2 ans – permet d'établir de véritables rapports de confiance.

« J'adore le relationnel avec les enfants. Avec le temps on apprend à les connaître, c'est sympa. Ils arrivent ici ce sont des enfants, et quand ils repartent ce sont des ados, presque des adultes ! » (39)

Cette relation de confiance est essentielle pour garantir l'efficacité du traitement, puisque celle-ci ne dépend pas que du praticien : l'enfant doit suivre consciencieusement les conseils de l'orthodontiste et cela malgré la longueur du traitement. Ce qui est parfois difficile à gérer...

« Il y a des enfants qui coopèrent et d'autres pas. Dans ce cas c'est pénible pour eux et pour nous, ce n'est pas gratifiant si ça n'avance pas. » (46)

Être orthodontiste, c'est aussi savoir gérer la relation avec les parents, qui interviennent de façon importante dans le suivi du traitement. Pour que celui-ci soit efficace, il faut en effet savoir motiver à la fois les patients et leurs parents.

Pourtant, l'implication des patients est souvent plus facile à gagner que dans un cabinet d'omnipraticien.

Selon les orthodontistes eux-mêmes, plusieurs facteurs y contribuent : d'abord le fait que le traitement ne soit pas intégralement remboursé par la Sécurité Sociale. Le fait de participer au coût des soins garantirait la motivation des patients. D'autre part, alors qu'il est parfois difficile pour le patient de se rendre compte de ce qui est réalisé dans leur bouche par leur dentiste, l'orthodontie a l'avantage de produire rapidement des effets visibles : les patients sont rassurés de pouvoir constater l'avancée du traitement. Enfin, l'argument le plus efficace reste sans doute que plus le patient s'applique, moins c'est long... argument de poids pour des adolescents que l'aspect esthétique d'un appareil peut gêner.

> Plus de facilité pour la vente du cabinet

Alors que la revente d'un cabinet est aujourd'hui un vrai problème pour les dentistes à la veille de cesser leur activité, il semblerait que cette difficulté soit moins palpable chez les orthodontistes. C'est pourquoi même si il y a très peu d'orthodontistes diplômés chaque année, il semblerait que les jeunes rachètent davantage que chez les omnipraticiens.

« En ortho les cabinets se vendent encore. On ne voit pas de dons de cabinets, comme en omnipraticien. Mais ça se vend quand même moins cher qu'avant, je dirai la moitié du chiffre d'affaires. » (46)

Deux facteurs au moins contribuent à faciliter la revente :

- il est plus difficile pour un jeune orthodontiste de créer son propre cabinet car les traitements durent au moins deux ans. Le cabinet ne bénéficie donc pas du bouche à oreilles pour se développer avant deux ans.
- les patients sont moins volatiles en orthodontie. Ils restent au moins deux ou trois ans pour le traitement. Le risque de perte de clientèle à la revente est moins important que pour les omnipraticiens.

> Une gestion plus sécurisante

Chez les orthodontistes, le souci d'assurer la rentabilité du cabinet n'est pas différent de chez les omnipraticiens. Il semblerait néanmoins atténué grâce à la nature même du traitement orthodontique, qui permettrait davantage de sérénité tant au niveau de la trésorerie qu'en cas d'indisponibilité du praticien :

« C'est plus sécurisant que la tarification à l'acte, on sait à peu près sur quel chiffre d'affaires on peut compter sur 2 ou 3 ans. C'est aussi plus confortable si on prend des congés, ou en cas de maladie, il n'y a pas de perte de clientèle. » (39)

■ Quelques inconvénients

Bien que les orthodontistes se disent conscients des avantages de leur spécialité en termes de conditions d'exercice, ils n'ont pas oublié de mentionner, lors des entretiens, des contraintes que les dentistes omnipraticiens connaissent mais avec moins de force. Pour commencer, le nombre d'orthodontistes formés par an est très réduit. Il est donc encore plus difficile de trouver un remplaçant. Par ailleurs, certains orthodontistes ont l'impression que les tâches administratives pèsent encore plus sur un cabinet d'orthodontie que sur un cabinet d'omnipraticien.

Enfin, bien que ce ne soit pas véritablement vécu comme une contrainte, les orthodontistes sont d'une certaine manière davantage dépendants de confrères. En effet les patients leur sont adressés par les médecins mais aussi par des dentistes.

« Il y a beaucoup d'orthodontistes qui s'installent ici cette année. Donc il va falloir que je réactive mes pourvoyeurs ! (rires) C'est vrai que comme je suis installée là depuis longtemps, je ne démarche plus vraiment les dentistes. Quand j'ai créé le cabinet, je suis allée me présenter à 120 dentistes ! Il faut soigner le relationnel, les appeler pour les tenir au courant qu'on soigne leur patient... c'est important, surtout au début. » (39)

Pour les femmes, les horaires imposés par cette pratique sont difficiles : soigner des enfants implique de travailler le mercredi, le samedi, tard le soir... Et pourtant il y a plus d'orthodontistes femmes que d'hommes.

Enfin, certains orthodontistes ont parlé du problème de la formation continue : les stages pour les orthodontistes seraient plus coûteux et moins nombreux que pour les dentistes.

Le beau travail, la qualité et comment elle s'évalue

Il y aurait des bouches « massacrées », ce sont les praticiens qui le disent. Il y a des cabinets peu engageants, nous avons pu le constater. Qu'est-ce à dire ? Que le chirurgien dentiste peut faire ce qu'il veut, comme il veut ?

Qualité du cabinet, qualité des soins, qualité de la relation, trois dimensions de la qualité de la prise en charge d'un patient avec son praticien. Pour chacune d'elles, il est intéressant de comprendre ce qui permet de l'évaluer et qui s'en charge, d'autant que le sentiment dominant est que tout cela n'est pas très contrôlé puisqu'on voit ce qu'on voit.

■ La difficile évaluation de la qualité du travail effectué

« Ce n'est pas de la prétention mais je ne me suis jamais dit je n'ai pas bien travaillé. Parfois, si je vois que je n'arrive pas à mes fins, j'arrête et je redonne un rendez-vous. C'est vrai qu'on peut faire ce qu'on veut, trouver une carie là où il n'y en a pas, mettre une couronne. Mais j'essaie d'être honnête. Parfois on voit des choses....Par confraternité on ne dit rien mais il y aurait beaucoup à dire quand on voit certaines bouches. » (31)

En ces quelques phrases, toute la complexité de l'évaluation de la qualité des soins est exprimée : quand le praticien pense-t-il avoir bien travaillé ? Quelle exigence se donne-t-il ? Que dit-il au patient ? Que peut-il ne pas dire ? Que voit-il du travail de ses confrères ? Et la confraternité qui lui interdit tout commentaire....

Notre questionnement sur l'évaluation de la qualité des soins est venu de ce que, dès les premiers entretiens, nous avons entendu des dentistes s'insurger de voir arriver sur leur fauteuil des patients qui ont été soignés ailleurs et dont la bouche – ou les radios – montrent des soins négligés, voire défectueux.

Selon un praticien, ces problèmes de qualité seraient liés à d'anciennes pratiques, et seraient surtout visibles chez les patients plus âgés : le niveau aurait selon lui beaucoup progressé. Mais cet optimisme est loin d'être partagé. Nous avons souvent entendu « on ne peut rien faire de bien avec un patient tous les quarts d'heure ». La tension entre temps et rentabilité serait la cause de tous les maux parce que « une bonne dévitalisation c'est long et ça ne rapporte pas grand-chose ». D'avis de confrère, il reste des praticiens qui travaillent mal...

« On voit des composites, c'est des pâtes, on dirait que c'est fait au doigt. C'est en ça que je vous dis les honoraires c'est essentiel, c'est pas défendable de travailler à 40 patients par jour. » (24)

Pour autant, il conviendrait d'être prudent dans l'évaluation de la qualité d'un soin car c'est chose délicate. Le patient a un rôle, aussi : le respect des rendez-vous, le sérieux dans le suivi des traitements ont beaucoup d'importance. Des cas sont plus complexes à traiter que d'autres. Nous ne restituons pas ici des exposés un peu techniques qui nous échappent mais dont le propos est de souligner que certains travaux très soigneusement faits pourront donner des résultats médiocres parce que le patient grince des dents, de même qu'un traitement canalair même bien fait ne garantit pas totalement du risque d'infection...

Et puis, il y a aussi la part de non qualité que l'on produit. Les plus modestes reconnaissent que personne n'est à l'abri d'une erreur ou d'imperfections.

« Je me dis que j'ai bien travaillé quand j'ai la preuve que ce que j'ai fait est bien. C'est assez rare. Dans l'essentiel des cas, j'essaie de faire mon autocritique. Je ne raisonne pas par rapport à la moyenne mais par rapport à l'idéal. Je ne suis jamais vraiment content de moi. » (1)

La qualité est par ailleurs difficile à déterminer dans la mesure où le bénéficiaire de soins, le patient, n'est pas en capacité d'évaluer ce que son chirurgien-dentiste a réalisé. Selon les dentistes eux-mêmes, le patient jugerait de la qualité des soins en fonction de la douleur ressentie ou pas, de l'aspect visible de l'acte réalisé (« c'est beau ») et de l'impression de sérieux du dentiste. Quant à la partie « invisible » du soin, le patient n'est pas en mesure de juger :

« Il y a des moments où on merdouille. On n'est pas content de ce qu'on a fait. La dent est trop dure. Mais parfois sur un résultat que je ne trouve pas folichon, le patient est content. Je m'impose une certaine exigence. Le patient n'a pas de capacité critique. C'est un métier très technique et il y a des choses très bluffantes, comme la lumière polymérisée, les patients ont l'impression qu'on est à la pointe. » (3)

Paradoxalement, certains vont considérer que la satisfaction exprimée par le patient est néanmoins un signe de travail bien fait, sans doute quand ce signe est en cohérence avec leur propre sentiment.

« Quand ai-je bien travaillé ? Quand le patient est content. Il remercie, il ne souffre plus en partant, ou il a perdu ses complexes parce qu'il peut sourire. Ca, ça fait franchement plaisir. Après une belle endo, une belle reconstitution, une belle céramique, c'est la satisfaction du travail bien fait. Mais c'est moins important que la satisfaction du patient. » (14)

Pourtant ils reconnaissent que lorsque le patient ne revient pas au cabinet, ce n'est pas toujours lié à la qualité des soins que le dentiste a réalisés : le patient peut avoir jugé que le praticien n'était pas « bien » en fonction de critères très personnels (« le dentiste n'était pas sympathique », « j'ai eu mal », etc...).

Tout reposerait donc sur l'autoévaluation que le praticien fait de ses actes ? C'est là une voie importante mais au demeurant fragile car quel moyen a le praticien de se situer ?

« Souvent, les praticiens ne savent pas qu'ils travaillent mal. C'est pour ça que les sanctions sont très mal vécues. » (5)

Zoom : Le contrôle des soins

La plupart des praticiens estiment être soumis à beaucoup de contrôles en ce qui concerne le respect de normes au sein du cabinet (matériel de radiologie, asepsie, installation électrique...). Nous détailleront ce point un peu plus loin. En ce qui concerne la qualité des soins, nous avons au contraire entendu certains praticiens se plaindre que la profession ne soit pas davantage contrôlée.

« Selon moi on n'est pas assez contrôlé. Au niveau sanitaire, il n'y a aucun contrôle. Alors que c'est du médical ! Ce n'est pas normal. Le seul truc obligatoire c'est l'isolation de la radio. » (45)

En même temps, ils rappellent eux-mêmes combien il est délicat de vouloir évaluer la qualité d'un acte (cf. supra).

C'est pourquoi il semble important de s'arrêter un instant sur cette question du contrôle des soins. Comment est-il réalisé ? Quelles sont ses limites, de l'avis même de ceux qui l'effectuent et de ceux qui le subissent ?

Le contrôle des soins est principalement effectué par la CPAM. Elle est en charge de vérifier à la fois la réalité et la qualité des prestations. La CPAM intervient également dans la répression des fraudes et des pratiques dangereuses. Le contrôle est déclenché soit par une plainte d'un patient, soit à l'initiative de la CPAM suite à une analyse de ses bases statistiques.

Le Conseil de l'Ordre départemental peut également recevoir des réclamations ou des plaintes de la part des patients. Dans ce cas il tente d'effectuer une médiation entre le patient et son praticien. Si un règlement à l'amiable ne peut pas être trouvé, la plainte est portée au Conseil de l'Ordre régional qui désignera un expert (le Conseil lui n'a pas qualité d'expert).

Afin de juger de la conformité d'un acte, la CPAM se réfère à l'état actuel des connaissances (ce qui est enseigné en faculté) et des études réalisées sur le terrain qui lui servent de référentiel. Cependant, on

note qu'il n'existe pas de référentiel unique mais plusieurs référentiels. De l'avis même d'un dentiste conseil, il est donc difficile de juger de la qualité d'un acte. Il s'agit davantage de trouver un consensus, ce qui n'est pas toujours évident et pas toujours facile à accepter pour les praticiens dont l'acte est évalué. Il faut d'ailleurs noter que les référentiels de la CPAM ne sont pas communiqués aux praticiens : il leur est d'autant plus difficile d'évaluer leur propre travail au regard de ces critères.

Les limites au système de contrôle existent aussi du côté des patients. Ils sont généralement assez peu informés de leur droit à faire appel à la CPAM dans le cas où ils s'estiment mal soignés. Souvent, ils ne savent pas non plus que la CPAM ne peut intervenir que durant les 3 ans qui suivent le soin, et font appel à elle trop tard. Par ailleurs, lorsque la CPAM intervient et juge que la qualité d'un soin n'est pas satisfaisante, le patient lésé ne perçoit pas de dommages et intérêts : le praticien doit seulement rembourser les sommes indûment perçues de la part de la CPAM.

Enfin, il faut noter que des contrôles abusifs sont parfois mis en œuvre. Par contrôle abusif on entend ici les contrôles déclenchés malhonnêtement par un patient, soit parce qu'il espère percevoir des dommages et intérêts, soit parce qu'il tente de ralentir le paiement des sommes dues au praticien. Ce type de contrôle nous a été relaté à la fois par la CPAM, l'Ordre et les praticiens eux-mêmes.

Malgré ces imperfections, le système du contrôle semble plutôt efficace. A la question « Faut-il augmenter le contrôle ? », tous les acteurs répondent d'ailleurs par la négative :

« Non, le sondage et les réclamations doivent suffire. La profession doit s'auto-contrôler. Sinon elle coule la Sécurité Sociale, et par conséquent elle se coule elle-même puisque c'est la Sécurité Sociale qui finance les soins. » (un dentiste conseil)

« Il faut laisser une certaine liberté au praticien. Tous les patients ne sont pas pareils, on ne peut pas tout cadrer. S'il y a trop de considérations juridiques, cela nous pollue la vie, on y pense quand on est au fauteuil. Il faut nous laisser respirer. » (un représentant de l'Ordre)

Il est vrai que selon les acteurs rencontrés, la qualité moyenne des soins dentaires serait plutôt bonne. Les « moutons noirs » seraient rares. En témoignent le nombre de plaintes reçues par la CPAM et l'Ordre, qui reste globalement raisonnable : il y aurait très peu de « gros dossiers ». La plupart du temps, les plaintes seraient le fait d'une incompréhension entre le patient et le praticien. Conseils départementaux et dentistes conseils en CPAM font le même constat : les conflits naissent souvent d'un problème de communication au départ. Le praticien ne se rend pas toujours compte de l'importance qu'il y a à expliquer un soin ou un devis pour le patient. Et l'incompréhension du patient peut très vite aboutir à une plainte.

CPAM et Ordre se retrouvent également sur la nécessité d'une relative tolérance à l'échec, à l'erreur (ou à ce qui est jugé comme tel). La santé n'est pas une science exacte. Un résultat moyen détecté lors d'un contrôle n'est pas systématiquement la faute du praticien : l'aléatoire, le sérieux du patient jouent aussi un rôle dans l'aboutissement d'un traitement.

« La qualité, c'est discutable, on en parle avec les praticiens. On sait bien qu'on ne peut pas toujours faire de la perfection. C'est du biologique, on travaille sur le vivant ! » (un dentiste conseil)

« L'art dentaire ce n'est pas une science exacte. Même si on fait au mieux, une dent peut mal évoluer. » (un Président de Conseil de l'Ordre départemental)

■ Refaire ce qui a été fait : un sujet d’embarras pour le praticien

La déontologie oblige le praticien à être responsable de ses actes et aussi dans une certaine mesure de ceux de ses confrères. Que faire quand il faut refaire ou reprendre parce que l’on comprend qu’il y a eu « malfaçon » ? En théorie, s’agissant de son propre travail, les choses sont assez simples : le praticien recommence le soin qui a échoué.

« Si on a un échec, déontologiquement, on doit rattraper l’échec. On doit recommencer. C’est comme une garantie décennale. » (5)

Reste que dans un certain nombre de cas, tout ne se passe pas aussi simplement, puisqu’il s’agit de revenir sur le travail d’un confrère. Le praticien qui constate un soin défectueux ou même malhonnête (un praticien nous a dit avoir vu des couronnes posés sans qu’aucun soin n’ait été effectué en dessous) se trouve dans une situation compliquée par rapport à son patient, puisqu’il ne peut pas dénoncer le praticien qui a effectué cette « malfaçon » mais doit tout de même expliquer au patient que le soin doit être refait…

« Qu’est ce qu’on fait face à une bouche catastrophique qui a été mal soignée ? C’est une question dure. Repasser derrière quelqu’un c’est compliqué. Présenter au patient la situation sans casser l’autre c’est dur. Ça arrive. On n’a pas le droit de critiquer. Il faudrait changer quelques éléments de déontologie. Je ne couvre jamais mais je ne critique pas vraiment. En général je m’en sors en envoyant chez un spécialiste. » (21)

La confraternité oblige à ne faire aucun commentaire sur le travail du confrère. On comprend que certaines situations placent le praticien dans l’embarras. Les représentants locaux des Conseils de l’Ordre ont une vision très claire du comportement à suivre, mais cette simplicité n’a rien d’évident. Certains conseils de l’Ordre départementaux reconnaissent d’ailleurs qu’il arrive que « un praticien débîne son confrère, sur le mode de « quel est le sagouin qui vous a fait ça… ».

■ La qualité du cabinet : comment la garantir ?

Entre exaspération et résignation, les chirurgiens-dentistes se disent envahis par la multiplication des normes et des contrôles visant le cabinet et ses installations. Sans remettre en cause leur bien fondé, ils en contestent parfois la rigueur excessive et en déplorent le coût.

« Il y a beaucoup de normes, c’est épouvantable, ils en sortent des nouvelles tous les trois mois. On nous contrôle les radios comme si c’étaient des centrales nucléaires ! C’est disproportionné par rapport au risque. » (37)

« Il y a de plus en plus de contraintes et ça devient compliqué au niveau des tarifs : la traçabilité, la stérilisation, le tri des déchets. Tout ça c’est normal mais on est dépassé. » (28)

Malgré tout, la majorité des praticiens reconnaissent que le respect d’un certain nombre de normes est nécessaire dans le cadre d’une profession médicale. Et quelques uns déplorent même que certains cabinets ne les respectent pas assez. Avec notre totale incompétence, nous avons entraperçu des défaillances de ce type dans deux cabinets lors des entretiens : saleté, désordre, plateau technique d’un autre âge. Rien qui ne semble compatible avec des règles d’asepsie minimale. Un chirurgien-dentiste a lui-même témoigné avoir été parfois surpris par l’état de certains cabinets qu’il a été amené à visiter :

« Quand on visite des cabinets, on tombe sur les fesses. J’ai vu de la stérilisation à froid, ou un seul jeu d’instruments, à [XXX] il y avait un cabinet qui avait encore une turbine à clé, ça date des années 50. Quand je cherchais, c’était il y a 5 ans, il y avait encore pas mal de Poupinel. C’est interdit mais à mon avis il en reste. » (4)

La question est : qui contrôle l’effectivité des contrôles requis et la mise aux normes du matériel ? C’est ce que nous allons développer dans l’encadré qui suit.

Zoom : Le contrôle du cabinet

S'agissant de l'asepsie et de la sécurité, il revient au Conseil départemental de l'Ordre d'assurer le contrôle.

L'Ordre effectue régulièrement des contrôles dans les cabinets dentaires. Les contrôles peuvent également être déclenchés à la suite d'une plainte d'un patient.

Dans le Calvados et l'Oise par exemple, l'Ordre envoie un courrier à tous les praticiens du département leur demandant de remplir un questionnaire concernant l'hygiène et le matériel. Si le praticien ne répond pas, une visite est effectuée par deux membres du Conseil.

Les Conseils de l'Ordre n'ont pas toujours les moyens humains de contrôler la totalité des cabinets.

« 5 conseillers pour 5000 cabinets ce n'est pas suffisants. » (un Président de Conseil de l'Ordre départemental)

Le réseau joue un rôle important et plutôt efficace. Certains Conseils de l'Ordre recommandent aux assistantes et aux collaborateurs de faire remonter des informations sur les cabinets qui ne sont pas aux normes. Une « rumeur » persistante peut également être le déclencheur d'un contrôle.

Toutefois, les Conseils de l'Ordre que nous avons rencontrés font état d'un bon état général des cabinets au niveau de l'asepsie et du matériel. Il y aurait peu de « moutons noirs ». Ceux qui donneraient le plus de soucis seraient les cabinets « finissants », les cabinets appartenant à des praticiens à la veille de la retraite, qui sont parfois persuadés de ne pas pouvoir revendre et par conséquent sont moins enclins à investir. Ces cabinets restent des exceptions. Selon certains, ils seraient même en voie de disparition :

« Mais les choses changent, ce type de cabinet on n'en verra bientôt plus. L'asepsie est assimilée chez les jeunes. » (un Président de Conseil de l'Ordre départemental)

Au-delà de l'obligation qui leur est faite, les praticiens seraient de toute façon obligés de respecter les normes d'hygiène pour assurer la fidélité de la clientèle. De mieux en mieux informés, les patients seraient plus attentifs à l'état du cabinet qu'auparavant.

« De toute façon même en Province les patients sont vigilants. Un confrère qui n'est pas dans les clous, il est éliminé. Il fait faillite. Surtout dans les petites villes. » (un Président de Conseil de l'Ordre départemental)

4

La profession : un collectif incertain

Individu et collectif

L'indépendance est une valeur forte de la profession. Qu'est-ce qui fonde alors le sentiment d'appartenance ou l'appartenance effective au collectif professionnel ? Réponse : un facteur identitaire fort qui va trouver son expression dans une relation très particulière, la confraternité. Quoi d'autre ? Peut-être pas grand-chose...En témoignent la faible fréquence des relations professionnelles, le peu d'investissement dans les organisations professionnelles et un certain détachement vis à vis des questions de santé publique, quand elles se posent à la profession et non à chacun.

■ Isolement ou individualisme ?

Les dentistes qui exercent seuls sont ceux qui se plaignent le plus d'être isolés, de manquer d'échange avec des confrères. Mais même parmi les dentistes en association ou en collaboration, les relations avec les confrères sont finalement assez faibles (« on se voit juste à la pause café »).

« C'est vrai qu'on est un peu seul dans notre boulot. » (39)

« En libéral on est très isolé, c'est le gros problème. Il y a dix ans j'ai fait partie d'un groupe, on pouvait y discuter des difficultés qu'on rencontrait (techniques, patientèle...). Mais ça n'existe plus c'est dommage. » (20)

« C'est toujours la même chose, on est entre quatre murs et voilà. Quelques fois je rentre de vacances, je regarde mon bureau, ma petite fenêtre, ça me déprime. » (42)

Certains dentistes connaissent bien les praticiens, voire les médecins, qui exercent dans les environs de leur cabinet. Nous avons rencontré un dentiste qui avait participé à la mise en place d'une structure réunissant toutes les professions libérales du département, afin de mieux se connaître et d'être davantage visibles au niveau des pouvoirs publics. Mais pour la grande majorité, les relations avec les pairs sont plutôt rares.

« [relance: quelles relations professionnelles ?] Aucune aux alentours. C'est un peu mon caractère, en arrivant je ne me suis pas présenté aux médecins, aux confrères... Et puis je ne suis pas d'ici. Je viens pour travailler, je ne sors pas de mon cabinet, je ne connais personne ici. J'ai trop de travail. » (32)

« Vous savez ce n'est pas du tout une profession solidaire. C'est un métier très individualiste. » (32)

Il arrive que des praticiens se soient autorisés à parler de concurrence avec les dentistes des alentours :

« Avec les autres dentistes de la ville, [les relations] ont été très difficiles au début. Il y avait beaucoup de jalousie. Le centre était très mal accepté. Aujourd'hui ça va mieux. Et puis les praticiens rajeunissent, les mentalités changent. Sinon les relations avec les autres professions médicales c'est très rare. » (44, en centre mutualiste)

« Dans le quartier j'ai de très bonnes relations avec les médecins. Avec les dentistes c'est beaucoup plus distant. Il y a une concurrence latente. Les dentistes, on est des loups solitaires, on travaille chacun dans son coin. » (38)

Au total, tout semble se passer comme si le praticien n'avait besoin de personne. Car il n'est pas seulement en état d'isolement, il choisit de s'y cantonner.

■ La confraternité : un ciment identitaire

La profession dentaire semble être un collectif abstrait. Ce collectif a une existence réelle compte tenu de la forte spécificité du métier. La référence identitaire à cette profession ne fait pas question. Pour

autant, cela ne se traduit pas ou peu dans des investissements effectifs au sein de collectifs constitués ou même informels.

On est chirurgien-dentiste, on appartient en cela à la profession. Mais on reste une individualité peu confondable avec les autres membres du collectif. Et la solitude de l'exercice n'appelle pas une compensation dans des formes d'échange collectif.

Certes il existe des lieux constitués de collectifs professionnels - facultés, syndicats, ordres - mais cela totalise in fine peu de praticiens activement impliqués, et qui plus est, chacune de ces sphères ne se confond pas avec les deux autres. La grande masse des praticiens sont loin de ces instances et on verra plus loin le regard qu'ils y portent (cf. page 84).

Le développement de la pratique de groupe vient contredire cet individualisme forcené, mais en partie seulement. L'espace des préoccupations professionnelles s'est étendu sur quelques mètres carrés mais il ne s'est pas ouvert au monde.

La confraternité ne semble pas devoir être remise en question, elle est une relation de respect qui s'impose à chacun au motif de l'identité de profession. Elle constitue une forme mécanique de solidarité là où il n'y a presque pas de solidarité organique.

Et la santé publique ?

Les chirurgiens-dentistes se vivent comme une composante pleine et entière du monde médical, même s'ils savent que cette qualité ne leur est qu'imparfaitement reconnue. Ils ont des compétences médicales que personne d'autres n'a, ils soignent, ils respectent des normes exigeantes de sécurité sanitaire. Donc la santé publique, ils y contribuent, c'est leur métier.

Mais l'assurent-ils complètement ? On sait que non. La prise en charge des besoins de soins bucco-dentaires est construite comme la somme des capacités de soins des cabinets et centres. Or cette somme n'est pas égale au tout, et aucun praticien ne se sent responsable de cette inadéquation.

La prévention est également rarement spontanément présentée comme une mission du praticien, en tous cas, hors du cabinet.

■ Une responsabilité limitée à la patientèle existante

Un premier constat significatif issu des entretiens est que les praticiens rencontrés n'ont jamais abordé la question de la santé publique de façon spontanée.

Cette contribution est pourtant réelle, dans la mesure où les dentistes prennent en charge et soignent les patients qui se présentent dans leur cabinet. Les dentistes répondent à un besoin de soins. En cela ils participent activement à préserver et améliorer la santé publique. Interrogés sur le sujet, ils confirment :

« On a un rôle de santé publique au quotidien. A travers le respect des normes, de la chaîne d'asepsie, et dans le travail de motivation des gens à s'entretenir. » (19)

Le problème pourrait être que cette contribution a tendance à s'arrêter aux patients qu'ils ont, à leur patientèle. Au cours des entretiens, très rares sont les praticiens qui ont parlé des patients qu'ils ne soignent pas : les personnes handicapées, les personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'au cabinet par exemple.

Il faut dire que la demande est telle que le souci porte davantage sur les moyens d'arriver à prendre en charge tous les patients qui demandent un rendez-vous.

A quelques occasions, les dentistes ont toutefois abordé le sujet des patients non pris en charge. L'un d'entre eux a cité notamment les enfants, regrettant que son département ne dispose pas d'une antenne pédiatrique.

Mais de façon générale, les dentistes s'arrêtent au constat d'un défaut de prise en charge. Ils ont le sentiment de ne pas en être responsables : leur rôle est de soigner leurs patients, le reste relève des pouvoirs publics.

■ Sur la démographie : on en reste au stade du constat

Cette attitude touche évidemment la question de la répartition démographique des dentistes et de l'accès aux soins inégal sur le territoire.

Sans avoir une idée précise des chiffres ni toujours savoir quelles sont les régions désertées par les dentistes, les praticiens sont néanmoins tous conscients qu'il existe aujourd'hui des inégalités de répartition, et que l'accès aux soins devient problématique sur certains territoires.

Pour les plus jeunes, c'est l'état de l'offre qui sert d'indicateur : ils se rendent compte que de façon générale, il y a moins de dentistes puisque l'offre (de rachat de cabinets, de collaborations, de remplacements...) est très élevée.

Les plus anciens y sont encore plus sensibles puisque le phénomène démographique rend plus difficile la vente du cabinet lors du départ à la retraite.

« Beaucoup de centres ferment et beaucoup de médecins partent. Quand je suis arrivée dans le centre il y a vingt ans, on était beaucoup plus nombreux. Aujourd'hui, on a du mal à trouver des praticiens, y compris des remplaçants. » (33)

La prise de conscience est bien entendu plus forte dans les endroits où le manque de dentistes a déjà commencé à se faire sentir, voire où la pression de la demande dégrade les conditions d'exercice (cf. page 63).

Mais une fois ce constat posé, les praticiens n'ont d'autre réflexe que le fatalisme, qu'ils soient d'ailleurs touchés par le problème ou pas. Il ne s'agit pas ici de dire que les praticiens ne se sentent pas concernés, mais ils n'ont pas le sentiment d'une responsabilité individuelle, et ne se sentent de toute façon pas en capacité d'agir sur ce sujet.

Lorsqu'ils sont installés en ville, les anciens se justifient par l'ancienneté de leur installation (« à mon époque, le problème ne se posait pas »). Mais de façon générale, quel que soit leur âge, tous estiment être dans leur droit : ils ont choisi d'être dentiste pour être en libéral, donc ils entendent bien profiter de ce statut pour s'installer où ils le veulent.

« C'est un tort de notre part, parce que c'est vrai qu'on est des professions de santé. On devrait se préoccuper des besoins sur les territoires. [relance : les mesures coercitives ?] On y viendra c'est sûr. C'est normal. C'est la seule solution. Mais moi si j'ai choisi ce métier, c'est pour être libre. » (45)

Quant à l'idée d'une responsabilité collective sur la répartition démographique, la question n'est pas abordée de cette façon. Au risque que les solutions adoptées échappent alors aux mains de la profession...

■ L'inégale prise en charge des urgences

Les urgences relèvent bien, en revanche, de la responsabilité individuelle. La grande majorité des praticiens prend en charge tout patient qui se présente dans le cabinet en urgence. La gestion des urgences n'est pas toutefois considérée explicitement comme une façon de contribuer à la santé publique : il s'agit davantage d'une obligation déontologique.

Pour prendre en charge les urgences, les praticiens ont tendance à s'organiser chacun à leur manière, en les calant entre deux rendez-vous ou le soir. En cas d'impossibilité, la solidarité confraternelle aide.

« Autant que faire se peut on les prend. Sinon on s'arrange avec les confrères. » (34)

Mais on entend aussi que certains se trouvent à devoir sauver des patients qui ne sont pas les leurs.

« On voit des gens en urgence qui ont des soins en cours mais leur dentiste ne les prend pas en urgence. » (17)

Il arrive que la question des urgences soit prise en main collectivement par l'Ordre et les praticiens d'un même département, avec la mise en place d'un système de garde au niveau départemental. Mais ce type d'organisation n'existe pas partout.

« Les centres de santé ne prennent jamais les urgences, alors elles retombent toutes sur les libéraux. On a créé un service dentaire d'urgence à l'hôpital. C'est le conseil de l'ordre qui répartit les gardes. C'est une initiative des chirurgiens dentistes. Mais ça n'existe pas partout. » (37)

Mais attention, il y a différents types d'urgences : les « vraies », c'est-à-dire les cas où un soin immédiat est nécessaire, et les urgences moins urgentes... Si le praticien se fait une obligation de répondre aux premières, il est plus réticent face aux secondes :

« Et puis il y a urgence et urgence. Il y a des gens qui viennent " en urgence " parce qu'ils veulent un détartrage avant leur mariage le samedi ! » (34)

Les praticiens ont également parlé, avec beaucoup d'exaspération, des urgences « récurrentes », c'est-à-dire les cas où les patients ne viennent qu'en urgence, lorsque la douleur devient insupportable, au lieu d'opter pour une solution de long terme et de se faire réellement soigner.

■ La prévention, c'est fini ?

La prévention est un sujet abordé par les praticiens mais il s'agit surtout de la prévention qu'ils font – lorsqu'ils le peuvent...- au fauteuil avec leurs patients. En ce qui concerne les actions de prévention organisées au niveau local ou national, très peu de praticiens en ont parlé spontanément.

Les actions de ce type qui sont citées, lorsque la question est posée, datent des années 1980 – 1990, notamment les campagnes de prévention organisées dans les écoles. On note d'ailleurs que l'UFSBD est quasiment absente du discours des praticiens. Certains pourtant y participent ou y ont participé, mais ce n'est jamais présenté comme une des missions des praticiens.

Les campagnes ont disparu ou bien très peu sont au courant :

« Ici il n'y a rien. Enfin je crois que le Conseil Général fait des choses dans les écoles. » (37)

Rares sont aussi les praticiens qui ont mentionné la campagne « MT dents » en cours, qui vise à relancer la prévention au niveau des enfants. Certains pour s'en réjouir, d'autres pour redouter l'afflux de patients que cette campagne pourrait provoquer.

Une fois constatée l'absence – ou la rareté – d'actions collectives de prévention, les praticiens ne semblent pas s'en inquiéter outre mesure. Est-ce parce qu'ils estiment qu'il n'y en a plus besoin ? Il est vrai que les dentistes constatent dans leur cabinet que les gens sont globalement mieux informés, et font spontanément plus de prévention qu'avant.

« Les gens vont plus régulièrement en prévention. Je n'y croyais pas mais dans les années 90 ça a pris. Ils viennent une fois par an pour un contrôle. » (21)

Par ailleurs ils constatent les effets bénéfiques de la prévention qui a été effectuée jusqu'ici sur la santé bucco-dentaire

« L'évolution de la santé bucco dentaire, on la voit surtout à travers l'évolution de la pratique des confrères. On voit moins d'extractions, moins d'édentations. A partir d'un moment on a plus soigné qu'extraire. » (2)

Pourtant, ils rappellent qu'il y a encore des choses à faire, notamment en zone rurale, mais aussi pour ceux que les campagnes de prévention n'ont pas encore réussi à mobiliser :

« La santé bucco-dentaire est beaucoup moins bonne qu'en ville. Il faut aussi beaucoup ramer pour faire comprendre aux patients qu'il vaut mieux prévenir que guérir. En plus, il y a le problème des moyens financiers... » (43, exerce en zone rurale)

« La Sécu fait plein de choses pour la prévention. C'est très bien, mais souvent les gens qui réagissent à ces campagnes ne sont pas ceux qu'on voudrait toucher, ce sont des gens qui sont déjà sensibles à la prévention, à la santé. Quand ils reçoivent le courrier ils viennent faire la consultation. Mais les autres, comment on les touche ? » (33)

Bref le besoin est là, mais de là à se sentir investi d'un rôle...

Des institutions représentatives ?

Il est bien rare que les chirurgiens-dentistes évoquent spontanément les instances représentatives de la profession. Normal puisqu'ils sont peu enclins à des engagements collectifs. Pour les entendre sur l'Ordre ou les Syndicats, il faut donc les questionner sur le sujet.

S'interroger sur la représentativité des institutions, ce n'est pas s'interroger sur leur légitimité. Légitimes, elles le sont. Mais il est frappant de constater combien la distance est grande et la posture souvent critique entre les praticiens et les institutions qui sont censées les représenter.

■ Les syndicats : une adhésion plutôt indifférente

Malgré un taux de syndicalisation réputé élevé (ce que notre étude n'est pas en mesure d'évaluer), la relation entre les praticiens et leurs syndicats semble pour le moins distante. La syndicalisation quand elle est effective a une visée plus utilitariste que militante : on s'inscrit au syndicat pour s'assurer d'un soutien en cas de problème, voire pour certains pour bénéficier de réductions sur des abonnements aux revues professionnelles...

« Les syndicats, ils sont sensés avoir fait des promesses sur la dernière convention. Bof...Je paie ma cotisation. En cas de problème on ne sait jamais. » (4)

« Moi je ne m'intéresse pas à la vie de la profession. Ça ne m'a jamais intéressé. Je suis syndiqué. Les syndicats c'est bien que ça existe quand on a besoin d'aide mais ça s'arrête là. » (8)

« Je suis inscrite au syndicat depuis la fin de la fac, c'était moins cher pour je ne sais plus quoi. » 25

Nous avons rencontré un certain nombre de praticiens qui sont syndiqués mais qui n'évoquent pas de raison particulière. A certains endroits, la chose est même présentée comme quelque chose « qui se fait » sans que les enjeux ou les attendus ne puissent être précisés.

Signe supplémentaire de l'indifférence générale à la question, les discours anti-syndicaux sont assez rares. Nous en avons entendus quelquefois :

« Je ne suis pas syndiqué. Je suis contre. Ils sont inefficaces et politisés. Ça n'apporte rien. » (45)

■ L'Ordre

Pour la plupart des praticiens, les relations avec l'Ordre semblent réduites au paiement annuel d'une cotisation. Il faut en effet des situations particulières, voire problématiques, pour avoir recours aux services de l'Ordre. Pour certains, l'Ordre est donc une institution lointaine dont la fonction n'est pas nécessairement bien identifiée.

« L'Ordre j'en ai une vision un peu obscure. Pour les élections je n'ai voté qu'une seule fois, je ne connais pas les candidats. » (11)

« L'Ordre ? Rien... Ils font leur travail je crois. Je ne sais pas trop ce qu'ils font. » (9)

« Ça ne sert pas à grand-chose... Je cotise mais bon. » (43)

Mais cette relative indifférence peut assez souvent laisser la place à des propos plus critiques, souvent caricaturaux. L'image dominante est au mieux celle d'un service quasi administratif, au pire, celle d'un club sans utilité. La composition du bureau, masculine et d'un certain âge, vient renforcer le trait quand il est acerbe :

« L'image que j'ai de l'Ordre elle n'est pas très gentille. Ce sont des confrères d'un autre âge qui vivent dans leur esprit d'il y a 50 ans où les dentistes étaient des notables. » (17)

« L'Ordre à part payer la cotisation... On ne sait pas pourquoi ils existent. A chaque fois qu'on a un souci on les appelle mais ils nous répondent que ce n'est pas eux à qui il faut s'adresser. Franchement je ne sais pas à quoi ils servent. » (25)

« Le Conseil de l'Ordre c'est un chèque un peu plus gros chaque année pour payer leurs locaux. » (23)

Restent toutefois des praticiens qui ont une vision beaucoup plus posée ou positive du rôle de l'institution, qu'il l'ait éprouvé ou pas : rôle de surveillance, de régulation, de conseil...

« L'Ordre c'est complètement nécessaire à la profession, c'est évident. Ils ont un rôle de surveillance et de conseil, il ne faut pas voir que le côté répression. » (35)

« L'Ordre peut servir à réguler un peu les façons de faire. C'est une autorité qui surveille, comme une épée de Damoclès. Je pense que c'est utile. » (31)

« Les dentistes ont une mauvaise image de l'Ordre. Ils pensent que l'Ordre est là pour les embêter. Ils le voient comme un organisme répressif. Mais ils font appel à l'Ordre quand ils ont un problème ! » (37)

Au-delà des représentations générales, l'Ordre peut aussi être critiqué pour le fond de ses positions en particulier sur la question des hygiénistes. Des praticiens regrettent que l'Ordre s'oppose à la création d'une profession d'hygiéniste qui pourrait pallier le manque de praticiens dans les régions désertées, et les aider à faire face à la demande de soins croissante, notamment en rural.

« J'ai une vue assez négative de l'ordre. Par exemple on pourrait avoir des hygiénistes dentaires. Ça déchargerait des praticiens comme moi. Ils sont tellement peureux, ils ont peur pour leurs acquis alors qu'on est surchargé de travail. Je n'ai pas trop de respect pour ces gens. Ils ne font pas évoluer la profession. » (14)

Quant au rôle disciplinaire de l'Ordre, il est diversement apprécié : certains estiment que l'Ordre joue son rôle en sanctionnant les praticiens qui ne respectent pas la déontologie. Pour d'autres, les sanctions sont insuffisantes.

5

Etre chirurgien dentiste

Un beau métier mal reconnu

Comme souvent, un grand nombre de praticiens ont commencé par s'excuser de n'avoir pas grand-chose à dire. Comme souvent, parler de façon spontanée, approfondie et sans contrainte les a conduits en réalité à interroger leur pratique, à réfléchir sur un quotidien parfois sans temps morts et à formuler ce qui fonde leur attachement au métier.

Qu'ils aient le sentiment d'avoir été vers les études dentaires « par hasard » ou au contraire qu'ils aient eu très tôt la vocation pour le métier de dentiste, aucun chirurgien dentiste n'exprime de regrets. En effet, l'attachement au métier est grand. Citons l'un des praticiens parmi les plus enthousiastes :

« Ce qui me plaît ? Je ne vais pas dire tout, mais pratiquement tout. Etre seul. L'intérêt du travail. Le rapport avec les patients. Je fais pas mal de formation. Aller à la fac régulièrement ça me plaît beaucoup. » (2)

Si tous les praticiens ne sont pas habités par cet élan, la grande majorité souligne toutefois l'attrait du métier. Les dentistes sont bien sûr conscients de ses inconvénients, notamment de la fatigue physique et nerveuse qu'il implique, mais se disent malgré tout globalement contents.

Bien sûr, il y a un biais énorme dans ces observations. Faut-il le rappeler, nous n'avons rencontré que des praticiens en exercice et pas ceux qui ont quitté la profession. Ceux-là auraient pu avoir une vision beaucoup plus négative, mais sans doute sont-ils peu nombreux.

Le métier procure, sinon une richesse, du moins une aisance matérielle qui est appréciée. Une praticienne le résume dans la formule « c'est le métier où on a le meilleur rapport qualité-prix ». Il faut entendre ici que la rétribution financière est satisfaisante mais elle est loin de résumer tout l'intérêt du métier.

La pratique libérale, constitutive ou presque de la pratique de la chirurgie-dentaire procure à celui qui l'exerce un sentiment d'indépendance et de liberté. Le praticien travaille hors de toute subordination, il est renvoyé à sa responsabilité propre : pour lui, pour ses patients, le cas échéant pour sa structure.

Le cabinet est un lieu à soi, que le praticien construit et organise comme il l'entend. Certes les normes se multiplient, mais en même temps qu'elles paraissent trop contraindre, elles construisent en creux un univers clinique qui fait la fierté de la profession, et contribue à l'inscrire dans le champ médical plus encore.

Le métier est intense. Son exercice est exigeant, il requiert une attention soutenue et continue. C'est un métier où la maîtrise est nécessaire : maîtrise scientifique, maîtrise du geste, maîtrise du temps. C'est un métier sans répétition.

Le métier évolue, si on en suit les évolutions, et dans ce cas il procure l'intime conviction de progresser dans sa pratique.

Forte contribution et forte rétribution matérielle se conjuguent donc. Il est assez normal qu'il n'y ait pas d'indifférence à cette pratique.

Pourtant, vu de l'extérieur, ce beau métier n'est pas apprécié à sa juste valeur, peut-être parce qu'il procure en moyenne des revenus importants. Ni les patients, ni les pairs médecins n'ont de connaissance éclairée de ce que le métier de chirurgien dentiste mobilise comme compétences, moyens et technicité. Image de soi et image de l'image de soi sont donc assez discordantes.

Être chirurgien-dentiste c'est avoir la possibilité de se réaliser dans son travail, ou c'est plus généralement être très satisfait de ce travail. Pour atteindre cette satisfaction, le praticien doit trouver un mode d'exercice et une pratique qui lui correspond, qui lui permet d'être en accord avec lui-même.

Certains praticiens sont en difficulté. Ils ne sont sans doute pas très nombreux, mais faute d'atteindre à la maîtrise de tout ce que requiert le métier, ou faute d'avoir trouvé leur équilibre, ils vivent des situations d'inconfort réel.

Quand et pourquoi devient-on chirurgien-dentiste ?

Quelques praticiens font état d'une vocation précoce, ils sont plutôt rares. On deviendrait dentiste surtout par hasard, puisque c'est ainsi que les praticiens présentent l'ensemble des événements ou considérations qui les ont conduits à embrasser la profession.

Ce terme de hasard semble plutôt utilisé pour désigner l'absence de vocation au sens fort et déterminé du terme. A bien écouter, tout n'est pas seulement affaire de hasard. Il peut s'agir d'un choix qui se raisonne par étapes successives, ou d'une orientation surdéterminée par un milieu familial. Il peut aussi s'agir d'un non choix.

Rappelons que l'accès aux études de chirurgie-dentaire a évolué dans le temps. Pour les plus anciens, l'orientation était immédiate après le bac, c'était encore l'époque des écoles dentaires hors du champ hospitalo-universitaire. Pour la majorité, l'accès aux études dentaires a été conditionné à la réussite du concours de PCEM1 : avec des choix positifs et des choix forcés.

Ils ont « fait » dentaire pour le côté manuel, par envie d'une profession libérale, ou médicale, parce que les études étaient plus courtes, ou ils n'ont pas choisi. Mais avec le recul, ce qui domine est que ce choix ou ce non choix s'avère avoir été le bon, très majoritairement.

■ Entre faux hasard, force de la raison et vraie vocation

« C'est par hasard » est la réponse que nous avons eue très souvent lors des entretiens lorsqu'il s'agissait de savoir comment la personne en était venue aux études dentaires. Pour certains, le vrai hasard du classement a effectivement joué : ils projetaient de devenir médecin mais ont du choisir dentaire parce qu'ils n'ont pas eu médecine au concours de fin d'année PCEM1. Mais pour d'autres qui parlaient de « hasard », il est très vite apparu que ce terme cachait en réalité un certain nombre de déterminismes.

Il y a tout d'abord un mimétisme familial : des parents ou un membre de la famille qui exercent la profession de dentiste, et qui font découvrir très tôt ce métier.

Certains se sont dirigés vers la faculté dentaire non pas en raison d'un intérêt pour le métier lui-même – en tout cas pas au début – mais en raison des caractéristiques de cette profession :

- certains souhaitaient exercer une profession libérale :

« J'étais dans une famille où on faisait des études. J'avais juste à choisir. L'idée d'une profession libérale était une évidence car personnellement, je suis réfractaire à l'autorité et à la contrainte. » (2)

- beaucoup voulaient exercer une profession médicale sans avoir les contraintes inhérentes au métier de médecin (les gardes de nuit, la disponibilité 24h sur 24...) ou sans avoir à suivre des études aussi longues que les études de médecine.

- la recherche d'une certaine qualité de vie pouvait également motiver leur choix :

« J'ai fait ce métier un peu par hasard, j'avais rencontré une amie de ma mère qui m'avait dit " je travaille à mi-temps et je gagne bien ma vie " alors j'ai décidé de faire ça. » (25)

- pour d'autres, c'était le côté manuel de ce métier qui était déterminant :

« A mon époque, il fallait être bien placé pour faire dentaire. J'étais parti pour être médecin, venant d'une famille de médecins, puis j'ai été tenté par le côté manuel » (23)

Malgré tout, nous avons aussi rencontré des praticiens pour qui devenir dentiste était une vraie vocation qui date parfois de l'enfance.

« Je suis désolée, je suis une dentiste heureuse ! J'ai toujours voulu faire ça. J'ai toujours été suivie au niveau dentaire. J'aimais l'ambiance clean et quand j'étais ado, ce qui me fascinait, c'était l'interphone : on appuyait sur un bouton et l'assistante arrivait. » (11)

« La première fois que ce métier m'a plu, c'était pour mon premier traitement orthodontique. J'avais 14 ans. » (18)

■ Aucun dentiste ne regrette son choix – ou son non-choix.

Qu'ils aient eu très tôt la vocation, qu'ils n'aient au contraire pas vraiment choisi ce métier, ou bien qu'ils l'aient choisi pour l'une de ses caractéristiques, le constat est unanime : aucun des praticiens ne dit regretter avoir fait ce métier. Cette révélation survient le plus souvent pendant les études, lors des premières expériences cliniques : là, le métier de dentiste devient réellement pour tous un métier intéressant.

« Je me suis tournée vers dentaire par défaut et maintenant je suis bien contente d'avoir fait ça. Il y a beaucoup d'évolution dans ce métier et on est partie prenante de cette évolution. On agit directement, on n'est pas seulement prescripteurs. » (10)

« Dentaire, c'est le hasard du classement. Mais tous les jours je dis merci ! » (9)

L'essence du métier

Quelques praticiens seulement font explicitement référence à l'Art dentaire, peut-être parce que le terme lui-même semble un peu désuet. Pour autant, ce qui se dit de l'exercice du métier fait bien référence à un art, c'est-à-dire à un métier où la valeur de l'acte est dans l'application pratique d'un savoir scientifique. Un praticien singulier prend en charge un cas singulier.

Ce métier, les praticiens les plus enthousiastes l'aiment en totalité. C'est en écoutant ceux là que l'on peut comprendre ce qui fonde l'essence du métier. L'exercice de la chirurgie dentaire, quand il se passe « bien » du point de vue du praticien, permet la réalisation de soi, inscrit dans une sociabilité forte avec les patients et confère un sentiment d'utilité.

■ Le dentiste est un homme de l'art

Dans « *Principes de médecine expérimentale – ou de l'expérimentation appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique* » (1877), Claude Bernard avait décrit ce qui distinguait selon lui l'art médical de la science : « La médecine n'est pas une science, c'est un art, par conséquent son application est inséparable de l'artiste.(...) La science est dans la recherche des lois et des phénomènes et dans la conception des théories, l'art est dans l'application, c'est-à-dire dans une réalisation pratique en général utile à l'homme qui nécessite toujours l'action personnelle d'un individu isolé. »

Que l'acquisition du métier ne se résume pas à l'acquisition d'un bagage scientifique, l'importance reconnue par les praticiens aux années d'apprentissage en témoigne. La plupart réalisent, avec le recul, à quel point ces premières années d'exercice ont été bénéfiques dans la maîtrise des gestes et leur ont permis de progresser par rapport au niveau qu'ils avaient à la sortie de la faculté. Cet apport de l'expérience ne se limite d'ailleurs pas aux premières années : plus le temps passe, plus on se sent à l'aise, plus le geste est rapide, sûr, et précis. Certains estiment même qu'il n'y a jamais de maîtrise et que cet art est un apprentissage permanent :

« La maîtrise on ne l'a jamais. J'apprends tous les jours. J'essaye d'améliorer tous les jours, j'améliore mes gestes. » (3)

Il y a art aussi parce que la pratique n'est pas une pratique répétitive. Il ne s'agit pas seulement de faire plus vite, car en réalité, il n'y a pas deux actes identiques, et un même soin peut être tout à fait différent entre deux patients.

« Il n'y a pas d'automatismes. Chaque cas est particulier. J'aime bien comprendre, amener une explication aux choses même si parfois c'est difficile. Ce qui est gratifiant c'est qu'on trouve. On travaille à l'échelle d'un petit centimètre carré, ça déforme beaucoup. On s'attache au détail. On travaille sur mesure, chaque cas est unique. » (23)

Le dentiste est un homme de l'art parce qu'il est seul, il décide, il perfectionne son geste, il est également seul juge de son travail et parfois, le plus souvent, sans référence sur ce que ses confrères pratiquent. Le développement des actes à vocation esthétique, ou la prise en compte de considérations esthétiques dans les actes de réparation fonctionnelle, ajoutent encore au côté artiste du métier.

■ Il se réalise dans ses actes et dans la relation avec ses patients

Etre chirurgien-dentiste, c'est faire un diagnostic et opérer. C'est combiner compétences manuelles et intellectuelles pour réaliser un acte. Le chirurgien-dentiste insiste fortement sur ce qui le distingue du médecin (non chirurgien) : il est le réalisateur de sa propre prescription. L'un d'entre eux s'est d'ailleurs décrit comme étant à la fois « architecte et manœuvre ». L'immédiateté de la réalisation ajoute encore à la conscience de la réalisation. C'est un métier où le résultat est en grande partie visible sans attendre.

Par ailleurs, le métier n'est pas statique : il évolue de façon incessante en fonction du progrès technique, de l'avancée de la science. C'est un métier très stimulant intellectuellement. Celui qui le souhaite s'enrichit par un apprentissage sans cesse renouvelé.

Mais au-delà de la satisfaction que procure la réalisation des actes, la pratique, ce qui fait le sel du métier c'est le relationnel avec les patients. Isolé en apparence dans la solitude de son cabinet, le praticien est en réalité dans une fonction très socialisée.

« Je m'épanouis dans ce que je fais. J'aime les relations avec les patients. Je discute. Je sais presque tout de leur vie. » (4)

■ Il a surtout le sentiment d'être utile

Enfin, il y a la finalité : soulager la douleur, soigner, restaurer des fonctions, rendre un sourire. Le praticien se sait utile. Les urgences le rendent même indispensable.

« J'aime le contact humain et ce qu'on fait, le service qu'on rend, le fait de soulager la douleur. » (28)

« Surtout en prothèse, on a l'intérêt d'être utile, on rend un service à la fois fonctionnel et esthétique. On restaure une qualité de vie. » (19)

« On fait de l'esthétique. Redonner un sourire à quelqu'un c'est une grande récompense. » (6)

Ce sentiment d'utilité liée au soin a, en plus, l'immense avantage de ne pas requérir un investissement et une disponibilité pesante. Etre dentiste, c'est en effet pouvoir exercer une profession médicale en évitant certains inconvénients que connaissent les médecins : un dentiste n'a pas à gérer d'urgences médicales vitales, et le risque lié à une erreur ou un échec dans le diagnostic ou les soins a très rarement de conséquences vitales.

L'intensité de l'exercice

Si les praticiens reconnaissent que leur métier présente de nombreux avantages, ils insistent aussi sur les exigences de ce métier. De l'avis de tous, même des plus passionnés, le métier de dentiste est un métier très fatiguant. La sollicitation est forte, il faut maîtriser des connaissances, des gestes et ...des patients qui souffrent ou qui ont peur. A cela s'ajoute une pression du temps: il faut faire vite ou, du moins, dans un temps compté.

■ Etre concentré dans un temps minuté

Un soin dentaire est un travail minutieux, qui exige une extrême concentration et une très grande précision. Chaque geste compte. Il faut être attentif à ce que l'on fait mais aussi à ce qu'attend et ressent le patient.

« C'est stressant, on travaille sur 1 centimètre carré. On veut détendre le patient mais nous on est tendu. » (21)

Ce travail de précision s'apprend à la faculté mais il prend une autre intensité en cabinet où le temps est désormais compté. Il faut travailler rapidement parce que le patient refuse de rester des heures sur le fauteuil et parce que passer plus de temps que nécessaire sur un acte n'est pas rentable. Tout cela crée naturellement une certaine fatigue. Or celle-ci croît avec le nombre des patients de la journée. Les rendez-vous se succèdent de façon très serrée, des urgences peuvent en plus survenir et venir perturber cet emploi du temps chargé... Au stress de bien faire s'ajoute celui de ne pas prendre de retard. Au point que cela provoque des malaises chez certains, même chez des dentistes relativement jeunes.

Bien sûr, la pression du temps n'est pas la même pour tous les praticiens. La tendance serait à une recherche du relâchement de cette pression en trouvant des organisations où le temps est moins fractionné (en prévoyant plus de temps pour chaque rendez-vous, par exemple). Reste que pour tous, l'exigence du carnet de rendez-vous est là, le temps est compté.

« Ce qui est difficile, ce ne sont pas les actes en eux-mêmes... C'est plutôt le stress, on a beaucoup de patients sur la journée. Sur Paris c'est différent, ils ont un patient par heure, c'est plus rentable et c'est plus confortable, alors qu'ici on en a un toutes les demi-heures, et en plus il y a les urgences... » (30)

« Ce qui est déplaisant c'est le chronomètre. Travailler au chronomètre c'est déplaisant. » (17)

■ Gérer le stress des patients

Les relations avec la patientèle sont une des dimensions les plus plaisantes du métier. Mais le rapport avec les patients n'est pas toujours simple. Le praticien doit gérer un double stress du patient : le stress lié au temps et la peur d'avoir mal. Les patients n'aiment pas attendre trop longtemps dans la salle d'attente. On l'a dit, ils voudraient aussi que le temps passé sur le fauteuil soit le plus court possible. Etre ponctuel alors que des actes peuvent s'avérer plus longs que prévu, que des urgences se présentent : voilà aussi un facteur de stress important pour le praticien.

« Ce qui est difficile c'est le stress. J'essaie d'être assez ponctuel, de ne pas faire attendre plus de 10 minutes, un quart d'heures. Ça rend l'exercice tendu. Et puis on est constamment avec des gens qui souffrent et qui ont peur. » (14)

Par ailleurs, l'appréhension du dentiste demeure. Au stress provoqué par la tension entre précision et rapidité s'ajoute l'angoisse des patients eux-mêmes, qu'il faut rassurer et ménager.

Les praticiens racontent assez facilement des anecdotes vécues avec des patients contrariants, qui ne suivent pas leurs recommandations, qui ne sont pas respectueux des rendez-vous... ou tout simplement

avec qui le « feeling » ne passe pas. Ces difficultés relationnelles sont, notamment pour les dentistes en fin de carrière, un des éléments de démotivation, de lassitude du métier.

« Les gens sont de plus en plus assistés, c'est très pénible. Ils voudraient qu'en six mois tout soit fini. Les enfants ne sont pas obéissants, et les parents n'éduquent plus... » (39)

Nous avons très rarement entendu, lors des entretiens, des cas plus graves d'agressions ou de violences – verbales ou physiques - dont un praticien aurait été victime. Mais il semble que cette crainte existe dans certaines zones défavorisées (notamment pour les gardes de nuit).

En plus de l'art, la gestion et le respect de la réglementation

A cette intensité du travail de soin s'ajoutent des préoccupations liées à la gestion du cabinet, au respect des normes réglementaires et au souci de maîtriser sa rentabilité. Ces à côtés essentiels sont des sources d'inquiétude très inégales selon les praticiens. Le discours général est empreint d'un sentiment de complexification du cadre d'exercice.

■ Les praticiens se plaignent du poids des tâches de gestion

Les praticiens ont le sentiment que les tâches de gestion, les tâches administratives, ont beaucoup augmenté durant ces vingt dernières années. Or cette évolution est mal vécue d'une part parce que ces tâches sont considérées comme des corvées qui prennent du temps – non rémunéré - mais aussi parce qu'elles viennent restreindre cette liberté qui est si importante à leurs yeux.

Lorsqu'ils parlent du poids des tâches de gestion, les praticiens entendent d'abord toute la « paperasse » qu'ils ne peuvent pas toujours déléguer à leur assistante, et qui vient alourdir le temps de travail : c'est souvent le soir ou le week-end que le praticien remplit les papiers relatifs à l'administration du cabinet, la comptabilité, les factures, etc... Ils englobent également dans ces tâches de gestion tout ce qui concerne la gestion du personnel : le recrutement de l'assistante, sa formation, les fiches de paies, les diverses obligations relatives à l'emploi d'un salarié. Pour certains, c'est même ce qui pèse le plus :

« Le plus dur, pour moi, c'est la gestion du personnel. On a du mal à trouver des assistantes. Si on ne trouve pas de personnel qualifié, on doit les former. Et puis pour trouver des plein temps ou des mi-temps qui s'accordent, c'est la galère. Moi j'ai deux assistantes et demi, entre les congés et les maternités, on jongle. » (39)

Il faut toutefois nuancer ce constat : tous les chirurgiens-dentistes, au bout de quelques années d'exercice, ne sont pas dépassés par les tâches administratives. Quelques uns sont même très sereins quant à ces questions.

« La gestion c'est pas plus compliqué que dans la vie privée. C'est assez simple. Quand j'étais jeune ça me paraissait impossible, c'est pour ça que je ne me suis pas installé tout de suite. Mais au final, quand on le fait, c'est pas plus compliqué que ça. » (38)

En revanche, tous regrettent qu'on ne les ait pas formés à ces aspects qui, s'ils ne sont pas le cœur de métier, prennent néanmoins beaucoup de place dans leur vie professionnelle et sont indispensables à la bonne marche – voire à la survie - d'un cabinet. Tous se rappellent avoir été paniqués, à leurs débuts, à la découverte de ce qu'implique leur statut de propriétaire et de gestionnaire de « mini-entreprise » :

« Au départ c'est l'enfer. On l'apprend pas à la fac ça. Or c'est une entreprise, un cabinet ! Quand on a un bilan de comptes, c'est impossible on n'y comprend rien. La déclaration d'impôts, la première fois ! » (45)

■ La gestion des interruptions d'activité est difficile

Comme toutes les professions libérales, les dentistes sont confrontés à la difficulté de gérer les cessations temporaires d'activité (accident, maladie, maternité). En effet, les jours non travaillés ne dégagent aucun revenu alors que dans le même temps il faut continuer à assurer les frais fixes du cabinet (location du cabinet, charges, salaires des personnels, etc...). Une période non anticipée de cessation d'activité peut se révéler dramatique si le praticien ne trouve pas assez rapidement un remplaçant. Or les remplaçants se font rares, surtout dans les zones peu denses, dans lesquelles les jeunes praticiens ne souhaitent pas venir exercer...

Il est vrai que la plupart des praticiens sont assurés en cas de maladie ou de maternité par une assurance privée, mais celle-ci est souvent très chère et ne couvre pas toujours la totalité de la perte de revenu. Cette difficulté a souvent été mentionnée par les femmes, qui se plaignent de ne pas pouvoir être assurées comme les autres en cas de maternité. Afin de limiter la perte de salaire et le risque pour le cabinet (car il ne doit pas rester fermé au-delà de quelques jours), elles doivent mettre en place de véritables stratégies pour s'autoriser une maternité : mettre de l'argent de côté, trouver un remplaçant au bon moment.

■ Plus d'encadrement pour une médicalisation renforcée

Enfin, l'un des inconvénients les plus cités est l'accroissement des contraintes diverses qui pèsent sur les cabinets dentaires. Les praticiens ont la sensation que les normes auxquelles ils doivent s'astreindre sont de plus en plus nombreuses, notamment les normes européennes.

Il convient toutefois de dépasser le simple constat de « l'alourdissement des contrôles ». Respecter ces normes produit en effet un sentiment très ambivalent. Certes, c'est pesant et coûteux. Mais c'est aussi « normal », y compris pour certains qui s'en plaignent très fortement.

« Avant il n'y avait pas toutes ces pathologies, le Sida, les hépatites... il faut être rigoureux, c'est normal, mais toutes ces normes qu'on nous impose, ça complique tout. En tout cas moi, c'est sans doute ça qui me fera arrêter plus tôt. » (7)

La plupart des praticiens trouvent que le surplus de sécurité sanitaire qui est recherché à travers ces normes est légitime. Enfin, il y a pour certains dans le respect de ces normes l'assurance d'une certaine forme d'exemplarité. On entend même que les médecins qui découvrent les règles d'asepsie qui ont cours dans les cabinets dentaires sont parfois épatés. Et c'est avec fierté que des praticiens nous ont fait visiter des installations neuves, des salles de stérilisation qui tendent vers le risque zéro. Ces normes permettent donc de renforcer l'inscription de la chirurgie dentaire dans le champ médical.

Rétribution matérielle sans rétribution symbolique

Etre chirurgien-dentiste c'est bien gagner sa vie. Les praticiens le disent assez spontanément. L'effort et l'exigence du métier sont matériellement récompensés pour la plupart des praticiens. Cette rentabilité se construit avec plus ou moins de facilité, comme nous l'avons vu.

En revanche, ni la reconnaissance du beau travail, ni la reconnaissance statutaire ne sont assurées. La gratitude des patients est rare, malgré le beau travail. Bien que se vivant comme appartenant pleinement au monde médical, les praticiens ont quelques doutes quant à leur reconnaissance par leurs pairs médecins. Enfin, l'image de la profession reste mauvaise auprès du grand public, les praticiens en sont persuadés.

Les rétributions symboliques sont donc moins garanties que les rétributions matérielles, peut-être d'ailleurs en partie parce que les rétributions matérielles sont réputées importantes.

■ Les dentistes estiment « bien gagner leur vie »

Plutôt que riche, le chirurgien-dentiste se définit plus volontiers comme « gagnant bien sa vie ». Il estime que ces revenus élevés sont justifiés par la fatigue, le stress, les longues journées qui caractérisent la profession. Mais le plus souvent il se défend de vivre dans le luxe. S'il s'en défend, c'est parce que cette profession est encore réputée comme bénéficiant de très hauts revenus.

« Les gens voient les dentistes comme il y a 50 ans avec de hauts revenus. C'est resté dans l'imaginaire des gens. S'ils voient un dentiste vivre comme tout à chacun, très moyennement, sans luxe, ça leur paraît incongru. » (17)

Or cette image appartiendrait au passé : la « richesse » passée des dentistes ne serait plus réservée qu'à certains praticiens haut de gamme. Cette baisse relative des revenus serait d'ailleurs, selon certains, une explication à la propension des jeunes diplômés à aller s'installer dans le Sud de la France, pour compenser par un environnement plus agréable...

Malgré cette baisse de la richesse absolue, la plupart des praticiens disent encore gagner correctement leur vie. Une comparaison très pragmatique avec leur environnement le leur confirme :

« Pour la rentabilité, je ne me compare pas aux autres dentistes, je me compare plutôt à mon mari qui est ingénieur dans une grande entreprise. Quand je vois les horaires qu'il fait, et tout le stress qu'il a, je comprends que je gagne très bien ma vie. » (12)

Nous l'avons vu, beaucoup de praticiens travaillent 3 mais surtout 4 jours par semaine, signe à soi seul d'une certaine aisance, 4 jours de travail suffisant à atteindre les seuils d'imposition les plus élevés.

■ La reconnaissance de leur travail et de leur statut reste faible

> La qualité du travail est difficilement reconnue par les patients

Certains patients expriment leur gratitude à la fin d'un traitement ou d'un soin, mais cela est plutôt rare. En tout cas l'expression explicite d'une reconnaissance de la part du patient semble exceptionnelle : le sentiment que les patients repartent « contents » du cabinet est en revanche assez fréquent, beaucoup de praticiens en parlent. Le patient serait plus exigeant que reconnaissant et peut-être même son exigence irait-t-elle croissante.

Si les patients sont peu reconnaissants – en tout cas de façon explicite – ce n'est pas qu'ils sont ingrats, c'est qu'ils ont du mal à se rendre compte de la qualité du soin qui leur a été prodigué. Il y a ce qui est tangible pour eux dans le résultat, à savoir une douleur qui a disparu ou un travail esthétique jugé réussi, mais cela laisse beaucoup de réalisations cachées. A défaut de reconnaissance du patient comme moteur du « bien travailler », c'est de soi que l'on tire sa propre exigence et sa satisfaction. On s'efforce de bien faire pour soi-même.

« Il y a peu de reconnaissance des gens. Si on fait des efforts pour que ce soit bien fait, ils ne s'en rendant pas compte. Ils pensent juste qu'on a mis plus de temps. Quelquefois ils nous disent " tiens, l'autre dentiste il m'avait soigné en une seule fois, alors que vous vous avez mis plus de temps ". Ils ne comprennent pas qu'on s'est appliqué à faire quelque chose de vraiment bien. En fait quand on bosse bien, c'est surtout pour nous ! » (40)

> Les dentistes ne sont pas toujours vus comme des médecins

Bien sûr, le temps du barbier-chirurgien est bien loin. La dentisterie est depuis longtemps reconnue comme une spécialité médicale. Les dentistes ont d'ailleurs une première année d'études en commun avec les médecins (PCEM1). La plupart des chirurgiens-dentistes considèrent donc appartenir pleinement au monde médical : ils soignent, ils prescrivent des médicaments, ils disposent du titre de « docteur »... Pourtant, eux-mêmes s'interrogent sur cette « identité », et présentent parfois tous les symptômes du complexe d'infériorité.

Plusieurs facteurs semblent favoriser ce doute : tout d'abord le fait que le métier relève du soin mais aussi du geste technique. Le côté manuel, pour certains, les distinguerait des médecins. D'ailleurs, il semblerait que les patients n'octroient pas au dentiste la même aura qu'au médecin. Mais peut-être parce que le dentiste est un peu commerçant ?

« On n'est pas vus comme des docteurs. Ils ne viennent pas régulièrement, ils veulent juste être soulagés. Ils ne se confient pas autant qu'à leur médecin. Il y a moins de confiance. Les médecins ne sont pas vus comme une profession commerciale, alors que les dentistes si. Donc ça joue beaucoup. » (42)

Il semblerait toutefois que les dentistes soient davantage reconnus comme des professions médicales en zone rurale. Certains dentistes installés en zone rurale ont même été surpris, à leur arrivée, de constater que les patients étaient beaucoup plus respectueux de la blouse blanche qu'en ville.

Au total, c'est surtout le regard des médecins eux-mêmes qui jouerait de façon négative :

« Il y a des dentistes qui ont un complexe vis-à-vis du monde médical. Pas moi. J'assume. Je suis ravi de mon métier. J'adore ce que je fais. Mais oui, il y a un complexe. Cela dit, notre profession n'est sans doute pas assez ouverte sur le monde médical. » (19)

Les dentistes considèrent assez aisément que si le regard des médecins manque de reconnaissance, c'est principalement par méconnaissance : les médecins seraient très peu sensibilisés aux pathologies buccales au cours de leurs études, et connaîtraient très peu l'étendue des soins bucco-dentaires. Le fait de gagner de l'argent serait également considéré comme une forme d'indignité.

« Je n'ai pas de complexe vis à vis des médecins mais je crois que les médecins ont un complexe vis à vis des dentistes : ils pensent qu'on fait plein d'argent. » (10)

> Tortionnaires et voleurs : la mauvaise image de la profession persiste

Les praticiens en sont persuadés : le grand public continue de les considérer comme des « gens qui font mal » et trop riches ou trop chers pour être honnêtes.

Pourtant, tous les praticiens l'assurent : aujourd'hui, on n'a plus mal chez le dentiste. La prévention, l'utilisation beaucoup plus fréquente de l'anesthésie, les nouveaux produits et les nouvelles méthodes à disposition permettent de soigner un patient en évitant la douleur. Grâce à ces progrès, la peur du dentiste a tendance à diminuer. Mais elle persiste, notamment chez les adultes : on associe toujours le dentiste à la douleur. Les enfants, qui n'ont pas connu la période où l'on pouvait encore avoir mal sur le fauteuil, seraient moins méfiants.

Les dentistes se savent aussi suspectés du pire intéressement : huissier ou garagiste, les images sont éloquentes.

« On est dans les professions les plus détestées avec les huissiers et le fisc. » (1)

« Il y a beaucoup de gens qui nous disent " aller chez le dentiste, c'est comme aller chez le garagiste, on sait jamais combien ça va couter ; " C'est un vrai problème, ce rapport flou à l'argent ! D'autant plus qu'il y a une disparité énorme entre les centres et les cabinets libéraux. Ici une prothèse c'est 300€ alors qu'en libéral c'est 600€. Après les gens se disent " ah ben d'accord, mon dentiste il se fait une sacré marge ! » (33)

« Cherté » perçue des actes, variabilité des tarifs : de l'incompréhension au doute, il n'y a qu'un pas. Or le plus dur à vivre, pour la grande majorité des praticiens rencontrés, c'est bien cette suspicion dont ils se sentent victimes. D'autant que la méfiance n'est pas seulement le fait des patients : quelques praticiens disent parfois se sentir injustement soupçonnés par la CPAM elle-même de vouloir « arnaquer » les patients.

Y trouver son compte

Les journées du chirurgien-dentiste sont « intranquilles » mais le métier est plein de satisfactions qui compensent ou surcompensent ces efforts permanents et le temps de travail peut être limité. C'est le cas pour la plupart des praticiens que nous avons rencontrés : ils râlent, disent leur fatigue, mais ils ne changeraient surtout pas de métier. Dans la balance des avantages et inconvénients, ce sont encore très largement les avantages qui l'emportent.

Malheureusement, cette règle n'est pas absolue. Il y a des praticiens qui souffrent plus, beaucoup plus, que d'autres. Des praticiens pour qui rien n'est assuré. Peu nombreux, ils témoignent « en creux » des exigences du métier.

■ L'impossible détachement du praticien par rapport à sa pratique

Pour toutes les raisons qui ont été évoquées, un chirurgien-dentiste ne peut avoir un rapport indifférent à sa pratique tant elle est intense, il ne peut être absent à ce qu'il fait. Aux heures de travail, le métier est attachant à tous les sens du terme.

Cet attachement peut-être de l'ordre de la passion, le praticien a alors de l'attachement pour son métier plus qu'il n'est attaché. Ils sont un petit nombre à avoir cette chance. La majorité ont plutôt une satisfaction plus froide, pour eux, cet attachement n'est tenable que parce qu'ils ont les moyens de s'en défaire, en particulier en limitant leur temps de travail (cf. page 46).

Il y a bien deux modes d'implication dans le métier : la passion qui semble souvent s'exprimer dans des activités professionnelles qui se prolongent hors du cabinet, en particulier à la faculté ; et l'implication pleine mais raisonnée et donc circonscrite au temps du travail. Il y aurait un mode d'implication impossible : le détachement. Nous avons vu comment le choix de mode d'exercice ou de pratique, qu'ils soient construits ou constatés, produisent une palette très large de situations. Dans tous les cas, ce qui importe c'est d' « y trouver son compte. ».

■ Quand le dentiste est en déséquilibre

Nous n'avons rencontré que 3 praticiens sur 50 qui sont dans un inconfort important. Il est impossible de tirer de grands enseignements sur ces bases. Il est en particulier difficile de départir ce qui incombe à la personne, à son caractère, ses goûts, ses motivations et ce qui incombe au système. Néanmoins, on comprend que le sentiment de l'échec (même relatif) est encore renforcé parce que cette incapacité à parvenir à ses fins est une anomalie dans une profession qui dans l'ensemble « réussit ».

Pour certains, le métier est sans charme, il l'est depuis le temps des études, là où d'autres ont appris à l'aimer pour les motifs essentiels que nous avons évoqués :

« Je n'ai pas apprécié ce métier dès le début. Je n'ai pas aimé la fac. Et puis après, ce boulot, on est enfermé dans un local, on ne voit personne... Au début, en plus il y avait le stress du patient, quand on est jeune ils stressent encore plus. Et puis à mon époque, c'était dur de trouver un remplacement. C'est vrai que je ne m'étais pas attendu à ça, j'ai un peu déchanté au début. » (38)

Certains pensent que des compétences, en particulier « commerciales », leur font défaut. Mais on entend que pour eux, tout est difficile, pas seulement ce rôle « marchand ». Quand les efforts de la pratique ne sont pas compensés par une rentabilité suffisante, c'est tout le métier qui en vient à être remis en question : les tarifs, le prix du matériel, les normes, les réglementations, les conflits avec les patients... tout devient insupportable.

Enfin, mais la souffrance est d'une autre nature, il y a des praticiens qui sont affectés par la pression de la demande dans des zones où il manque des praticiens. Cette pression ne remet pas en cause leur attachement au métier, mais accroît l'inconfort de l'exercice quotidien (cf. page 63).

III

La vision des étudiants en faculté dentaire

La dernière phase de l'étude consistait à rencontrer des étudiants en dernière année de faculté dentaire, afin de cerner la représentation qu'ils ont sur leur futur métier, et de les confronter à celles des praticiens en exercice. L'idée était également de mieux comprendre cette période charnière qui précède la première installation, afin d'avoir une meilleure visibilité sur la façon dont se font les choix au niveau du lieu d'exercice, de la forme d'exercice, des conditions de travail...

■ Une esquisse

Il faut toutefois rappeler que nous n'avons rencontré qu'une dizaine d'étudiants, dans trois facultés dentaires seulement. Les constats présentés ci-après sont donc à prendre avec précaution, puisqu'ils ne résultent que de ces 10 entretiens. Les pages qui suivent n'ont pas vocation à décrire de façon exhaustive l'état des représentations et du ressenti des étudiants en dentaire en 2007 mais plutôt d'éclairer les constats effectués auprès des dentistes en exercice (notamment les plus jeunes d'entre eux), et de déterminer si ces représentations évoluent de manière significative entre la dernière année d'études et les premières années d'exercice.

■ Diversité et points communs

Un premier constat : celui de la diversité des profils. En effet, de façon assez surprenante, bien que nous n'ayons rencontré qu'une dizaine d'étudiants chacun d'entre eux s'est révélé très différent des autres en termes de projets d'installation, d'envies, d'ambition et d'attentes par rapport à leur vie professionnelle, de conception de leur métier, d'assurance par rapport à l'entrée dans la vie active...

Sur les dix personnes qui ont participé à l'étude, une avait pour ambition première de gagner de l'argent, une voulait consacrer son exercice au soin des personnes handicapées, une était très inquiète par rapport à son futur métier, une était au contraire très confiante, une souhaitait s'installer seule et en rural (contrairement à toutes les autres), une avait beaucoup anticipé et réfléchi à la façon dont elle concevait son métier et les conditions dans lesquelles elle voulait l'exercer, une avait choisi dentaire après 10 ans d'une expérience professionnelle sans aucun rapport avec le domaine de la santé, une souhaitait partir exercer à l'étranger à l'issue de ses études, une voulait absolument retourner exercer chez elle, dans une zone péri-urbaine plutôt défavorisée...

A première vue, on aurait pu penser que ces profils étaient plutôt des cas « à part ». Pourtant, les dix étudiants qui ont été rencontrés ont été sélectionnés de façon aléatoire. Cette diversité semblerait donc plutôt aller dans le sens de ce qui avait été constaté lors des entretiens avec les praticiens en exercice. Elle n'est que le reflet de la diversité qui caractérise la profession : il n'y a pas de profils-type de praticien lié à des types d'exercice, de pratique, de vision du métier, mais un continuum de pratiques.

Pour autant malgré cette diversité, les entretiens avec les étudiants ont permis de dégager des grandes tendances et des points communs chez l'ensemble futurs praticiens : une certaine satisfaction par rapport à leur formation initiale mais aussi un regard critique sur les lacunes de cet enseignement, un premier contact mémorable avec la réalité de l'exercice, un jugement plutôt homogène sur le métier, des comportements « opportunistes » par rapport à l'installation – opportunistes dans le sens de choix effectués en fonction des opportunités qui se présentent - et un regard très distant sur la profession.

Le constat principal de cette observation des étudiants est qu'on ne relève pas de grandes différences par rapport aux praticiens en exercice. Mais ce constat est à lui seul un résultat important : il semblerait que les logiques de choix et les déterminants clés de la profession se construisent dès les études.

Le regard sur la formation initiale

■ Un constat : les étudiants sont satisfaits de leur formation initiale.

De façon générale, les étudiants sont plutôt satisfaits de leur formation initiale. Il faut noter que leur appréciation ne s'arrête pas au seul contenu des cours. Ils sont également attachés à l'ambiance qui règne dans la faculté : les relations avec les professeurs, les liens qui se créent avec les camarades de promotion, la vie étudiante... Il faut dire que les étudiants vivent au moins 6 ans dans leur faculté, au sein de leur « promo » dont l'effectif est parfois très réduit (une trentaine d'élèves de 6ème année à Rennes, par exemple). Le bien-être – ou la pression – ressentie pendant les études ont donc leur importance.

> 3 facs, 3 ambiances

Si l'on ne peut pas se fonder sur trois ou quatre entretiens seulement pour juger d'une faculté, il est néanmoins clairement apparu que les trois facultés dans lesquelles nous avons menés les entretiens étaient décrites de façon très différente. Dans une faculté, les étudiants disent être très bien encadrés, voire un peu trop dans la mesure où ils ne seraient pas assez préparés à l'autonomie que requiert ensuite leur métier. Dans une autre, les étudiants déclarent être satisfaits de la liberté dont ils disposent durant leurs études, parce qu'elle traduit l'indépendance qui caractérise le métier, mais certains regrettent le manque de règles et d'encadrement. Enfin, dans la troisième, l'ambiance semble être très difficilement vécue par les étudiants, qui décrivent les études comme « un mauvais moment à passer » et regrettent que cette pression détruise, à la longue, l'envie d'apprendre.

Or ces disparités sont importantes, dans la mesure où la façon dont les études sont vécues détermine non seulement l'assurance de l'étudiant lorsqu'il aborde l'entrée dans la vie active, mais influence aussi fortement les représentations qu'il se construit de son futur métier.

On note, en creux, qu'aucun des étudiants n'a abordé le sujet des autres facultés dentaires, si ce n'est pour se demander ce qu'il en est dans les autres facs.

> « Plus on avance sur le parcours plus c'est intéressant. » (7)

Avant de commencer leur première année d'étude, aucun des étudiants n'a d'idée précise sur ce que vont être les six prochaines années. Ils n'ont aucune idée du contenu des études et une représentation très partielle de leur futur métier.

Cependant tous assurent que c'est au cours de leurs études qu'ils ont appris à aimer leur métier. D'ailleurs, qu'ils aient véritablement choisi de faire dentaire ou qu'ils aient « atterri » là par défaut, aucun ne regrette d'être devenu dentiste. En cela, les étudiants sont très conformes aux praticiens en exercice. Cette révélation de la passion pour le métier semble se produire en 4ème année, lorsque les cours théoriques laissent la place à la clinique. La grande majorité des étudiants se plaignent des contenus des trois premières années de cours, qu'ils trouvent trop théoriques.

« La première année, c'est beaucoup de notions fondamentales, c'est trop lourd par rapport à ce qu'on utilise vraiment après. Par contre c'est trop léger sur les matériaux, et il n'y a pas assez de clinique. Surtout sur les prothèses. » (6)

Un bémol toutefois sur la 6ème année, que les étudiants trouvent un peu longue et pas toujours utile.

« La 6ème année c'est long ! Ça doit servir à la transition, être un tremplin vers l'exercice réel. Il faudrait rendre les remplacements obligatoires, il y a plein d'étudiants qui ont la trouille, et qui sortent de la 6ème année sans avoir jamais fait de remplacement ! » (6)

On note que très peu d'étudiants ont abordé le sujet du stage actif, ce qui s'explique aisément puisque cette promotion d'étudiants de 6ème année est la dernière à ne pas être concernée par le stage actif, qui interviendra réellement pour la promotion qui suit. Mais lorsqu'ils ont un avis, celui-ci est plutôt négatif :

« Le stage actif ça va boucher les possibilités de trouver un remplacement ou une collaboration. » (6)

■ Les étudiants se sentent plutôt prêts à soigner des patients à la sortie de la faculté

Tous les étudiants rencontrés estiment avoir suffisamment de connaissances pour soigner les patients qu'ils auront en cabinet. Mais pour beaucoup, la formation initiale ne leur a donné que des connaissances « de base » qui devront nécessairement être complétées par l'expérience des premières années d'exercice.

« La formation universitaire je l'ai faite. Maintenant, comme je dis, je vais faire ma « formation cabinet » » (7)

Certains regrettent tout de même de ne pas avoir pu davantage s'exercer à la pratique, du fait du manque de matériel disponible à la faculté (le nombre limité de fauteuils est cité en premier).

Au-delà du geste technique, ils regrettent également de ne pas avoir été suffisamment formés à l'exercice en cabinet libéral et à ses exigences (en termes de rentabilité, de rapidité, de relation avec le patient...). Le premier reproche fait à la formation initiale est d'être trop éloignée de la réalité d'un cabinet dentaire. Selon les étudiants, cette lacune serait liée au fait que très peu de professeurs exercent en libéral à côté de leur travail d'enseignant.

« Quand on sort de la fac, on fait tout dans les règles de l'art mais ce n'est pas comme ça que ça se passe après dans un cabinet. On n'est pas rentables, on ne connaît rien à la gestion, on ne sait pas parler d'argent au patient... » (10)

Autre réalité du cabinet, qui est très fortement perçue par les étudiants mais qui n'est pas enseignée à la faculté : la gestion du cabinet. Tous les étudiants sans exception insistent sur le manque de formation à cet égard et déplorent qu'on ne leur apprenne pas comment gérer un cabinet de façon à ce qu'il soit rentable.

« On ne sait pas gérer un cabinet quand on sort de la fac. On a des cours de gestion, mais bon... Et pourtant c'est une grande part du métier ! Mais c'est mal vu de parler d'argent à la fac. Ils trouvent que ce n'est pas universitaire, que ce n'est pas le rôle de la fac. Mais ça devrait ! » (7)

« En dentaire le gros problème c'est qu'on n'est pas formés au libéral » (1)

Malgré ces reproches, dans l'ensemble les étudiants se sentent à l'aise pour aborder leur métier. Lorsqu'ils disent être angoissés, il s'agit surtout du stress du débutant : la peur de ne pas faire assez bien, de ne pas pouvoir disposer d'assez de temps pour faire la qualité à laquelle ils sont habitués en faculté, de ne pas savoir si le patient est content suite au soin... Mais certains sont plus inquiets :

« Et si on fait faillite ? Et puis les procès, tout ça, se dire qu'on peut se retrouver devant un juge... Il faut bien discuter avec les patients, c'est super dur à gérer ça. On doit aussi gérer les stocks, on est employeur... Et on n'y connaît rien ! Il ne faut pas se faire arnaquer par les commerciaux des labos... On apprend sur le tas. » (4)

■ Garder un pied à la fac, c'est important

Préserver le lien avec la faculté, c'est quelque chose de très important pour les futurs praticiens. Beaucoup souhaitent « garder un pied à la fac » durant les premières années d'exercice, afin de pouvoir bénéficier du soutien des professeurs, de leurs conseils en cas de soin difficile. C'est un facteur facilitant la transition entre les études et la vie professionnelle.

En revanche, ce lien ne semble pas déboucher sur une carrière d'enseignant. Ce problème de la vocation à l'enseignement a été abordé par l'un des étudiants :

« Les vocations pour être enseignant, ce n'est pas assez valorisé, on n'est pas assez informés. Moi j'aurais adoré être enseignant mais il faut faire des maîtrises pas intéressantes en biologie... ça n'apprend pas la pédagogie ça. » (7)

Il faut noter que les doyens et les professeurs que nous avons rencontrés ont également déploré, de leur côté, le déficit de vocations pour devenir enseignant.

Les premières expériences

En 6ème année, la plupart des étudiants ont fait au moins un remplacement, voire plusieurs. En fonction des possibilités admises par l'université, certains ont même déjà été collaborateurs. Tous ont donc spontanément raconté ces premières expériences, très importantes puisqu'elles représentent leur premier contact avec la réalité de la vie professionnelle en libéral.

On retrouve ici les récits faits par les praticiens en exercice, quel que soit leur âge, sur leurs débuts.

■ L'angoisse des premiers jours

Pour la plupart, le premier jour au fauteuil est synonyme de beaucoup de stress, voire de panique pour certains :

« Mon premier remplacement c'était stressant ! Je n'avais même pas de secrétariat, ça a été l'horreur, j'étais paniquée ! » (7)

Cela d'autant plus que très peu d'étudiants disent avoir choisi le cabinet dans lequel ils ont effectué le remplacement...

« Le cabinet où j'étais j'avais honte du matériel, ce n'était pas propre... Je n'avais pas vraiment regardé avant de signer le contrat. Quand on fait des remplacements on ne réfléchit pas vraiment. Moi je me suis fait avoir. » (7)

AU niveau du geste technique, de la capacité à soigner, les étudiants se sont sentis à peu près à l'aise dès le premier jour.

Le stress est davantage lié au fait de ne pas bien connaître le cabinet, de ne pas savoir où est rangé le matériel... La pression du temps, le rythme de prise en charge des patients, tout cela est neuf.

L'effort de transmission du cabinet par le dentiste que l'on remplace et la présence de l'assistante sont des facteurs importants pour faciliter cette première expérience professionnelle :

« C'était très stressant, j'étais toute seule... Heureusement l'assistante était là, elle pouvait m'indiquer les choses, répondre au téléphone... » (6)

■ Ce qui est différent par rapport à la fac

Qu'ils aient été désarçonnés ou pas par leur première expérience du libéral, les étudiants ont tous relevé un certain nombre d'écart entre la faculté et la réalité du métier.

Tout d'abord le matériel, qui est parfois beaucoup mieux, parfois beaucoup moins bien que celui de la faculté.

Le rythme de travail est bien sûr beaucoup plus rapide qu'à la faculté.

« C'est différent de la fac au niveau du temps, il faut être plus rapide. Moi le dentiste m'avait organisé le planning, pour que j'aie assez de temps entre les patients. J'ai eu des petits retards mais ça allait. » (3)

Le fait de devoir traiter le patient dans sa globalité est également une différence notable : alors qu'à la fac l'étudiant se concentre sur un seul acte, en cabinet il doit élaborer un plan de soin.

Enfin, l'impression de travailler « sans filet », de devoir faire seul un diagnostic est la grande nouveauté. Pour certains cette prise de risque est angoissante, pour d'autres, c'est une véritable libération.

« Le plus difficile c'est faire un diagnostic sans que personne ne nous confirme si on a fait le bon ou pas. » (6)

« C'est agréable d'être seul, de prendre seul ses décisions. Enfin ! » (3)

Ce métier, ils en pensent quoi ?

Après 6 ans d'études et quelques semaines d'expérience professionnelle – voire quelques mois pour certains-, les étudiants ont déjà une opinion bien arrêtée sur ce métier qu'ils s'approprient à exercer. Leur avis diffère d'ailleurs assez peu de celui des praticiens en exercice quant aux avantages et aux inconvénients du métier. Certains aspects semblent en revanche très peu maîtrisés par les étudiants : il s'agit de la rémunération et de la rentabilité du cabinet. Ce constat surprend assez peu puisque, on la vu, les praticiens en exercice peuvent eux-mêmes être peu à l'aise avec ces questions même après des années d'exercice.

■ Surtout des points positifs pour l'instant

On l'a dit, la grande majorité des étudiants se félicitent d'avoir fait dentaire. Après quelques mois d'expérience, ils semblent encore plus confortés dans leur choix : ce métier a de nombreux avantages. Très souvent, ces avantages ressortent de la comparaison qu'ils font avec le métier de médecin :

« Je n'ai pas de regrets d'avoir fait dentaire. Au contraire, médecin j'aurais été dégouté. Après 5 ans il y a encore une sélection, en plus il y a les gardes... Et puis nous on est plus indépendants par rapport à l'Etat, la Sécu... On a moins de contraintes. On gagne de l'argent. » (5)

Comme pour les jeunes praticiens en exercice, le fait de pouvoir travailler seulement quelques jours par semaine et de pouvoir garder du temps pour la vie de famille ou les loisirs est un avantage très important pour les étudiants.

« On est son propre patron, on fait les horaires qu'on veut. La qualité de vie est formidable, au niveau du temps de travail, de ce qu'on gagne... » (4)

Découverte en 4^{ème} année, la relation avec les patients se révèle être un aspect très positif du métier.

« La relation avec le patient a vraiment changé ma vision du métier. Avant je me disais « je vais faire des trous toute ma vie... » (4)

■ Déjà quelques déceptions

Les remplacements et les collaborations ont également fait découvrir aux étudiants des aspects plus négatifs qu'ils ignoraient parfois, ou du moins dont ils ne soupçonnaient pas l'importance.

Un certain nombre d'étudiants parlent déjà du « système » pour désigner tout à la fois le conventionnement par la Sécurité Sociale, l'irrespect de certains patients envers le praticien, la lourdeur des charges et des contrôles... Sans en avoir proprement fait l'expérience, ils sont déjà très inquiets quant à l'impact de tout cela sur leur future vie professionnelle. Pour certains, cela motive même une envie de partir exercer à l'étranger.

« Le système français c'est pas trop mon truc. Moi j'ai pas fait ce métier pour gagner de l'argent, ce métier je l'aime et ici on ne nous donne pas les moyens de faire de la qualité. C'est quand même un métier où on travaille 15H par jour, et la Sécu nous embête. En plus les gens nous reprochent d'être milliardaires alors qu'on ne l'est pas du tout, on est taxé à 60%. Moi je pense aller exercer aux USA. Ici les patients sont mal éduqués, ils pensent que tout est gratuit, ils ne viennent pas au rendez-vous... Au moins là bas c'est différent. » (9)

« Voleurs », « menteurs », « douleur »... La mauvaise image du métier est mal vécue, d'autant plus que les étudiants sont convaincus que cette réputation à laquelle ils vont devoir faire face est profondément injuste.

« L'image du métier elle n'est pas bonne. « Les friqués », « les charlatans », c'est injuste. C'est vrai que c'est cher mais c'est pas notre faute ! On n'arnaque pas ! » (4)

Beaucoup d'étudiants souffrent également de ne pas être considérés comme des médecins à part entière, par le grand public mais aussi par les médecins eux-mêmes. Ici les discours sont très proches de ceux des praticiens en exercice. Malgré tout, certains ont l'impression que les choses changent.

« C'est vrai que dentaire ça a une moins bonne réputation que médecine. C'est perçu comme moins noble. » (8)

« Pour les autres professions médicales, c'est vrai qu'on est un peu vus comme des techniciens de la bouche. Mais ça a tendance à changer quand même. Les médecins nous adressent des patients. Moi je suis allé me présenter aux médecins du coin, ça se passe bien. » (2)

■ Des surprises

Etant donné que les étudiants avouent, pour nombre d'entre eux, avoir découvert le métier au fil de leurs études, il est normal qu'ils aient eu quelques surprises. Ce qui est plus étonnant, c'est que l'inattendu survienne sur des aspects du métier qui auraient pu sembler plus évidents.

Pour commencer, les étudiants disent avoir découvert la diversité et la complexité du métier :

« Ce que je n'imaginais pas, c'est qu'il y ait autant de choses à faire dans une bouche ! » (7)

Egalement le fait que le métier soit très fatiguant et très stressant :

« En 5 minutes il faut comprendre ce qu'a le patient, ce qu'il attend (parce que tout le monde n'attend pas la même chose), ce qu'il peut payer, et qu'il voie que je suis sérieux. Il faut gérer tous ces paramètres, plus la douleur. Ça c'est le côté patient. Après il faut aussi gérer l'assistante, la motiver, la former, lui apprendre à bien travailler... Autant dire que pour ménager la vie perso, c'est très dur. » (9)

Pour certains, la possibilité de ne travailler que quelques jours par semaine tout en gagnant bien sa vie est une chose à laquelle ils ne s'attendaient pas.

Revers de la médaille, les étudiants ont souvent découvert lors d'un remplacement l'ampleur des tâches de gestion nécessaires à la bonne marche d'un cabinet. Et déplorent d'autant plus de ne pas avoir été formés à ça...

La rentabilité, le rapport à l'argent d'une manière générale, est un aspect que la plupart des étudiants n'avaient pas envisagé avant d'y être confrontés à la fin de leurs études. Et, pour la grande majorité, c'est l'un des aspects qui les rebutent le plus dans ce métier. Le fait de devoir parler d'argent au patient est un véritable problème pour certains.

« Des fois c'est dur d'annoncer au patient des sommes énormes. J'aime pas ça. Il faut savoir expliquer. C'est pas une partie du travail que j'aime. Des fois c'est frustrant parce que les gens n'ont pas les moyens, on ne peut pas leur offrir ce qu'il y a de mieux. » (3)

Mais, comme on l'a vu chez les praticiens en exercice, cet aspect commercial du métier s'acquiert.

■ Des inconnues

Comme les praticiens qui s'installent, les étudiants ont très peu de visibilité sur les considérations financières liées à leur futur exercice.

La question de la rentabilité, et les manières de la garantir pour un cabinet semblent être des questions totalement abstraites pour la plupart. Curieusement, ils oscillent entre la certitude qu'un cabinet dentaire est rentable par définition, et une inquiétude sur le devenir de leur cabinet si jamais ils se lançaient dans une association ou une création.

« De toute façon c'est rentable, on n'a jamais vu un dentiste faire la manche ! » (5)

« Ce qui m'angoisse un peu, c'est de n'avoir personne. Ou que les gens s'en aillent, me disent que c'est mieux chez un autre dentiste. On n'a pas le droit à l'erreur. C'est angoissant au début de ne pas savoir tout faire. On peut faire faillite, c'est un commerce quand même ! » (4)

En parallèle de ces incertitudes, on note également beaucoup de divergences entre les modes d'installation que chaque étudiant considère comme les plus rentables et les plus difficiles à « faire tourner » : pour certains c'est la création qui est la formule la plus rentable, pour d'autres c'est le rachat... et les motifs avancés sont à chaque fois différents.

« Le problème avec le rachat ce sont les travaux. Créer c'est sans risque, il y a de la demande. La première année c'est pas évident mais après ça tourne. » (3)

« C'est mieux de créer son cabinet. C'est plus facile. Et puis c'est rentable, les prêts ne sont pas très élevés. Vu l'évolution de la démographie professionnelle, ça va être encore moins cher en plus. » (2)

« Financièrement, la création c'est pas évident. Je suis un peu frileuse. Racheter ça me paraît plus abordable. Je n'y ai pas encore réfléchi. » (4)

Autre grande inconnue : la question du revenu. Très peu d'étudiants ont une idée précise de ce qu'ils vont gagner en travaillant. S'agit-il d'un profond désintéressement ou plutôt d'une certitude qu'on gagnera bien sa vie de toute façon ?

« Je ne sais pas... au bout de trois ans... 3000 euros ? 6000 ? Vraiment je n'en sais rien. De toute façon ce n'est pas pour ça que je fais ce boulot. » (4)

Des projets

■ D'abord, faire des remplacements et des collaborations.

Là-dessus, les étudiants son unanimes : il est hors de question de s'installer à son compte dès la sortie de la fac, il faut d'abord commencer par faire des remplacements et des collaborations. On retrouve ici ce qu'on pu nous dire les jeunes praticiens en exercice.

« Avant tout je vais faire des collaborations, c'est normal. » (6)

« Mon inquiétude ce serait surtout de m'installer tout seule dès le début. C'est impossible on n'est pas formés pour ça. J'ai même pensé à faire une formation complémentaire sur la gestion de PME dans une école de commerce ! » (10)

■ A plus long terme, les projets sont plus flous...

Lorsqu'on leur demande quels sont leurs projets à plus long terme, certains y ont déjà bien réfléchi, d'autres pas du tout. Mais tous ont en commun une attitude que l'on pourrait qualifier d'« opportuniste » (au sens non-péjoratif du terme). En effet, si quelques uns ont déjà une idée de ce qu'ils aimeraient – ou plutôt de ce qu'ils n'aimeraient pas – en termes de lieu de travail, de forme d'exercice ou de pratique, on sent que la grande majorité d'entre eux choisira véritablement en fonction des opportunités qui se présenteront.

On a donc là le terrain idéal pour que les choix se fassent de façon empirique par la suite, ce qui confirme les logiques de choix et de non-choix qui ont été décrites plus haut.

Tout d'abord, en ce qui concerne le mode d'exercice, les étudiants semblent plutôt pencher pour le libéral. L'exercice en salariat reste toutefois envisageable.

« Je crois que je préférerais un cabinet de groupe, mais je n'exclus pas le salariat en mutuelle. » (6)

« Le salariat ? Pourquoi pas s'il y a des opportunités, mais je préfère le libéral. » (4)

Il y a en revanche une tendance très forte pour l'exercice en groupe, en association ou en collaboration avec des dentistes expérimentés.

« Les anciens bossaient plutôt seuls, aujourd'hui les cabinets de groupe se développent. Moi je vois plus l'avenir comme ça, comme un travail d'équipe, c'est plus intéressant, plus épanouissant. » (3)

« Il ne faut pas s'installer seul : trop de charges, ce n'est pas rentable. Être en groupe ça permet de faire plus d'investissements, c'est plus facile pour payer l'assistante. » (5)

Pour ce qui est du lieu d'installation, les étudiants sont peu nombreux à avoir une idée bien précise de l'endroit où ils voudraient s'installer. Ils ont surtout des critères rédhibitoires : « pas en ville », « pas à la campagne », « pas loin de chez moi »... Le désir de ne pas s'éloigner de la fac joue également.

« Ici, en ville. Moi je suis un citadin. » (5)

« J'ai trouvé un cabinet en banlieue, c'est près de chez moi, c'est ce que je voulais. » (2)

« Où je vais m'installer ? Ça dépend... Si un praticien me propose une association pourquoi pas... En tout cas pas à Toulouse. Aux alentours, à 100 km maximum. » (1)

Le choix du cabinet dans lequel on décide d'entrer semble réellement devoir se faire en fonction des opportunités qui se présentent.

« Il y a des annonces. On choisit aussi au feeling. » (4)

Mais certains ont des critères précis, que l'abondance de l'offre leur permet de satisfaire :

« En sortant on est exigeant. Pour moi le bon cabinet c'est celui où le matériel technique est ok, où la patientèle est bien. Les conditions de travail sont plus importantes que la rémunération. » (6)

« On choisit ses associés. L'associé rêvé c'est quelqu'un qui a de l'expérience, quelqu'un qui fait de la formation continue, qui est ouvert d'esprit, qui partage, qui échange... qui est dans le même esprit de travail que moi. » (6)

En ce qui concerne la spécialisation, deux types de réactions se dégagent.

Pour la grande majorité, se former sur une « spécialité » est un projet vague à long terme, qui dépendra beaucoup du type de cabinet et du lieu d'exercice qui adviendra. Lors des premières années d'exercice, il s'agit avant tout de maîtriser ce que l'on vient d'apprendre. Il n'est pas encore temps de penser à aller plus loin.

Mais pour quelques étudiants (dont les futurs orthodontistes bien sûr), la spécialisation est déjà envisagée comme une vraie orientation professionnelle :

« Je veux me spécialiser pour soigner les personnes handicapées et les enfants. » (10)

Autre composante des conditions de travail dont ont beaucoup parlé les étudiants : le rythme de travail. Là il faut noter que tous visent la même chose : un maximum de 4 jours par semaine.

Enfin, sur la question de l'assistante, deux discours ont été entendus : certains disent qu'il n'est pas possible de travailler sans assistante et qu'ils en auront forcément une, d'autres admettent qu'il est beaucoup plus dur de travailler seul mais que c'est envisageable.

« Je ne m'imagine pas travailler sans assistante. Je ne sais pas comment font les dentistes qui n'en ont pas. » (3)

« Il faudra la former, mais c'est pas un problème de travailler seul au fauteuil. » (6)

« Sans assistante c'est dur. Mais c'est envisageable. » (1)

Le regard sur la profession

■ La démographie : entre ignorance et indifférence

Un premier constat est à poser : la quasi-totalité des étudiants que nous avons rencontrés savent qu'il y a des inégalités de répartition des praticiens sur le territoire. Cependant, aucun n'a une idée précise de la localisation géographique, même grossière, des zones denses et peu denses. Aucun n'a non plus de connaissance de chiffres.

Le second constat est que, quelque soit leur niveau de connaissance sur le sujet, aucun ne se sent concerné de façon individuelle et n'envisage de choisir son lieu d'installation en tenant compte des problématiques démographiques. En cela, on retrouve bien les observations effectuées auprès des praticiens en exercice.

« Je suis au courant, là où j'ai grandi il y a des problèmes... on manque de dentistes. Mais ça n'oriente pas mon choix, je sais qu'il y a du travail ici aussi, même s'il y a plus de praticiens. » (étudiant à Rennes)

« La démographie, on a appris ça en cours. Je sais qu'il y a des endroits où on manque de praticiens. Mais bon... J'y ai pensé mais bon... » (10)

Il est important de relever toutefois que certains regrettent ne pas être informés sur ce sujet, et aimeraient savoir où se trouvent les fameuses zones peu denses. Une étudiante aurait également aimé connaître les communes qui ont créé des maisons médicales et qui ont besoin de praticiens. Il est vrai qu'il est difficile d'attendre des jeunes diplômés qu'ils aillent s'installer là où on manque de dentistes si cette information ne leur est pas apportée.

En ce qui concerne la question des moyens de pallier les inégalités démographiques, on retrouve les mêmes réactions que les praticiens en exercice : les étudiants ne sont pas contre les mesures incitatives, mais sont conscients de leurs limites.

« Comme tout le monde je voudrais m'installer dans le sud de la France. D'ailleurs on le voit bien, ils sont tous là-bas ! Et puis plutôt en ville, la campagne je ne connais pas. » (2)

Quant aux mesures coercitives, certains semblent résignés mais espèrent ne pas en être victimes un jour, d'autres sont beaucoup plus virulents et refusent tout à fait cette solution au nom du principe de liberté et d'indépendance.

« Les mesures coercitives, c'est bien pour les patients. Un délai de trois mois pour être soigné c'est intolérable. S'il faut en venir à ça, il faudra bien... mais j'espère que je serai déjà installé quand ils mettront ces mesures en place ! » (3)

■ Des débats, quels débats ?

Si la connaissance des débats qui animent actuellement la profession est faible parmi les praticiens en exercice, elle l'est encore plus chez les étudiants puisqu'aucun n'en a parlé de façon spontanée. Une fois informés de la teneur des débats (les hygiénistes, la création d'une spécialité en chirurgie buccale...) il s'est avéré qu'aucun n'était au courant de ces questions.

■ Les institutions

S'il y a un constat à faire, c'est bien celui d'une très grande méconnaissance des organismes professionnels par les jeunes diplômés. Aucun étudiant n'a parlé spontanément de l'Ordre ni des syndicats lors des entretiens. Après relance, il s'est avéré que très peu d'étudiants pouvaient dire ce qu'étaient ces organismes et quelles étaient leurs fonctions.

« Ah bon il y a des syndicats ? » (9)

*« Les syndicats, je ne les connais pas. Mais apparemment il y a très peu de dentistes syndiqués. »
(4)*

Au mieux, certains en avaient une très vague idée.

« L'Ordre, je ne sais pas trop. Je crois que c'est un peu notre police, ça sert à donner des blâmes, des interdictions d'exercer. » (4)

En tout cas aucun n'a exprimé de grand intérêt pour ces institutions.

« L'Ordre c'est bien mais ça m'intéresse pas trop. » (7)

« Les syndicats ils sont venus nous faire une conférence, j'ai compris qu'il fallait être syndiqué, c'est mieux. Faut voir... » (3)

Il faut ajouter enfin que très souvent, lorsqu'ils étaient interrogés sur les organismes professionnels, les étudiants regroupaient tout ensemble l'Ordre et les syndicats avec l'URSSAF, les formalités administratives, les choses un peu compliquées que l'on doit faire lorsqu'on s'installe.

*« C'est compliqué... L'Ordre on connaît un peu la structure. On doit y aller pour s'inscrire. C'est compliqué quand on s'installe, l'URSSAF, les papiers, tout ça... c'est la difficulté du mode libéral. »
(6)*

Zoom : Les praticiens en exercice jugent leur formation initiale.

■ Un bon souvenir

Globalement, les dentistes rencontrés ont une bonne opinion sur leurs études en faculté dentaire : ils estiment y avoir reçu un bon enseignement, de bonnes bases pour débiter leur activité. La bonne ambiance de la faculté, la vie de la promo laissent aussi de bons souvenirs sur cette période.

« Je trouve qu'on a eu une bonne formation initiale dans la mesure où elle permet d'évoluer. Après la pratique, ça vient surtout avec l'expérience. » (10)

« La formation initiale je trouve qu'elle a été assez complète. Il pas peu de choses qu'on a pas vues et surtout pas faites. Il faut dire qu'à l'époque Reims était plutôt réputée. » (11)

■ Le regard des anciens sur les jeunes

Lorsqu'ils abordent le sujet de la formation initiale, les praticiens ne s'en tiennent pas seulement à leurs propres études. Les plus anciens, notamment, ont tendance à comparer l'enseignement qu'ils ont reçu avec celui dont bénéficient les jeunes générations. Curieusement, les avis ne sont pas uniformes : alors que certains disent « les jeunes en savent moins que nous, l'enseignement est insuffisant » d'autres soutiennent que « les jeunes en savent beaucoup plus que nous à l'époque ».

Les jeunes aussi ont également un avis sur la formation des anciens : autant certains estiment que les études dentaires étaient plus faciles pour les anciennes générations, autant certains regrettent de ne pas avoir pu apprendre autant ou dans d'aussi bonnes conditions que les anciens.

« La génération d'avant, ils s'installaient directement après la fac. Mais c'est parce qu'ils étaient mieux formés ! Ils avaient beaucoup plus de clinique et ils remplaçaient dès la 4^{ème} année. Avant ils avaient 20H de soins par semaine à la fac, aujourd'hui on n'en a plus que 5H. » (43, 30 ans)

■ La question du décalage entre la fac et la réalité

Si la qualité de l'enseignement n'est pas remise en question, les praticiens regrettent cependant que la faculté ne les prépare pas pleinement à la réalité de l'exercice en cabinet qui, selon eux, diffère de la faculté à plusieurs titres.

Le rythme de travail est ce qui est le plus souvent cité. Lors de la formation initiale, le praticien qui soigne un patient doit rechercher avant tout la qualité, en prenant tout le temps qu'il souhaite. Lorsqu'ils arrivent au cabinet, les praticiens sont d'autant déstabilisés par le rythme parfois effréné : il faut soigner le patient sans prendre de retard pour le prochain rendez-vous. Par ailleurs le facteur temps entre aussi dans une logique de rentabilité qui n'était pas du tout présente dans l'enseignement universitaire.

« A la fac, la logique c'est bien finir le soin. Il n'y a pas de logique de temporalité. Alors quand on fait son premier remplacement et qu'on doit enchaîner les patients, c'est dur ! » (43)

Le matériel disponible à la faculté dentaire est également très différent de celui dont le praticien dispose dans son cabinet. Les praticiens sont conscients qu'il s'agit surtout d'un manque de moyens dont souffre la faculté, mais insistent sur le fait que cela nuit à leur formation.

« Dans ma fac, c'était nul sur la pratique. Alors que ce métier c'est 90% de pratique ! C'est parce qu'ils n'avaient pas les moyens pour acheter du matériel. » (43)

En creux, il faut noter que les praticiens n'ont pas abordé la question du travail à quatre mains avec l'assistante, qui n'est pourtant pas enseigné en faculté. Tous disent que le fait d'avoir pratiqué en binôme à la faculté leur suffit, et qu'il faut de toute façon savoir travailler seul puisque l'assistante n'est pas toujours disponible 100% du temps pour venir assister le praticien au fauteuil.

Perspectives

Plutôt que de conclure, ouvrons des perspectives.

Cette étude est un premier pas. Elle fait l'état des lieux de cette profession qui restait, jusque là, peu étudiée. Elle donne à voir un métier à travers différents prismes, afin de tenter de dessiner une image la plus complète possible de cette profession dont la caractéristique première serait la diversité : diversité des cadres d'exercice, des pratiques, des parcours, des motivations professionnelles, des attentes, des projets. Elle fait aussi état, malgré cette diversité, de constats et de traits communs dans lesquels tous les chirurgiens dentistes se reconnaissent.

L'un d'entre eux traverse les chapitres précédents comme un fil rouge : le caractère libéral de la profession. Nous l'avions posé en introduction de ce rapport, ce caractère est au cœur de l'identité de la profession. Or par certains aspects, il serait aujourd'hui remis en question : d'un côté le poids des normes entamerait le sentiment de liberté du chirurgien dentiste. D'un autre, certaines dérives ultra-libérales mettrait en péril le sens même du métier.

Autre questionnement, fortement présent dans ce rapport : le problème du déséquilibre démographique. Après avoir entendu les chirurgiens dentistes en exercice comme les étudiants sur ce sujet, les solutions semblent difficiles à trouver. Cette question à elle-seule met en lumière des besoins d'études complémentaires.

■ Les dentistes sont-ils encore des libéraux ?

Contraintes administratives, normes d'hygiène, de stérilisation, de sécurité, obligations concernant le personnel, obligation de prise en charge des patients CMU, restriction au conventionnement de certains actes, obligation de formation continue dernièrement ... la liste est longue, et les dentistes ont le sentiment qu'elle s'allonge d'années en années. Or être libéral c'est être libre de l'organisation de son travail et à cet égard, le développement des normes s'appliquant au cabinet ne met pas en péril la liberté du praticien mais il entame son sentiment de liberté.

« Avant il y avait plus de liberté, on s'installait dès la fin des études. Aujourd'hui les charges et la Sécu nous étranglent, il y a moins de liberté. Les charges c'est dingue. » (37)

« Avant la CMU, on soignait déjà les indigents. Moi je suis d'accord pour donner des soins gratuits à ces gens-là, mais je ne veux pas qu'on me l'impose ! Les contrôles de la DASS, c'est pareil, ils sont de plus en plus contraignants. Je crois que l'espace de liberté de ce métier tend à disparaître. » (7)

Toutefois, il faut nuancer ce propos : si la grande majorité se plaint que la marge de liberté qui fonde l'attrait de ce métier s'amenuise, certains conviennent que la profession doit être relativement encadrée, ne serait-ce que parce qu'ils exercent une profession médicale. Ils reconnaissent en cela que les normes permettent aussi à la profession de se constituer et de consolider son appartenance au monde médical. Paradoxalement, elles viennent donc renforcer la profession.

« Selon moi on n'est pas assez contrôlés. Au niveau sanitaire, il n'y a aucun contrôle. Alors que c'est du médical ! Ce n'est pas normal. C'est un corps humain quand même ! On est dans la santé ! » (45)

■ L'ultra-libéralité est-elle un risque ?

Être libéral c'est aussi, dans une acception économique-politique du terme, chercher à maximiser un revenu d'activité. Être trop libéral devient alors un risque pour le sens du métier. Il est intéressant de noter que, en même temps que les dentistes font part de leurs craintes quant aux atteintes portées au caractère libéral de leur métier, ils craignent un accroissement incontrôlé de ce même caractère libéral. Il s'agit ici de la nouvelle tendance que certains dentistes qualifient d'ultra-libérale, qui consiste à envisager son exercice uniquement sous l'angle de la rentabilité et de la recherche du profit. Cette tendance, relayée notamment par le magazine professionnel « Indépendantaire », fait peur à certains parce qu'elle va à l'encontre du principe déontologique qui veut que le praticien réponde avant tout à un besoin du patient et le soigne en fonction de ses attentes, de ses capacités de compréhension et de ses moyens financiers. Or la tendance à favoriser ce que les dentistes nomment « l'approche globale du

patient » pourrait être contraire à ce que prévoit la déontologie (« Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins »).

« Les trucs qu'on voit dans " Indépendantaire", ça fait froid dans le dos. Le patient est considéré comme un objet, on le prend et on lui fait un devis complet, sans que ça corresponde vraiment à ce que veulent les gens. Ils appellent ça l "approche globale du patient ". » (37)

Le développement des coachs dentaires, depuis quelques années, participe de cette vogue de l'ultra-libéral. Il s'agit la plupart du temps de séminaires lors desquels les dentistes peuvent apprendre des méthodes qui visent à maximiser la rentabilité du cabinet et à diminuer la fatigue du praticien, en rationalisant la gestion du cabinet mais surtout en favorisant la sélection des patients. Si beaucoup de dentistes que nous avons rencontrés sont en désaccord avec ces pratiques, ils reconnaissent néanmoins que les méthodes professées par les coachs sont efficaces, et qu'elles sont un moyen de pallier au stress induit par le système de soins dentaires tel qu'il fonctionne aujourd'hui.

« J'ai 20 patients par jour en moyenne, avec des rendez-vous d'une demi-heure. (...) Il paraît que ce n'est pas rentable, qu'il faudrait des rendez-vous d'une heure, que c'est un gain de temps et de matériel... Aujourd'hui il y a des coachs dentaires qui visent la rentabilité avant tout. Ils ont des règles d'or : on ne prend pas de CMU, on ne fait pas tel soin... Des règles de rentabilité très dures mais efficaces. J'ai des copains qui ont suivi la méthode, et bien ils sont beaucoup moins fatigués et ils gagnent mieux leur vie. Mais moi ça ne m'intéresse pas. J'aurais trop peur que le chiffre d'affaires baisse si je refuse du monde. Et puis, humainement, mettre à la porte quelqu'un qui souffre parce qu'il ne veut pas faire de couronne... » (32)

Ainsi, même les partisans d'une pratique déontologique et attentive au bien-être du patient s'interrogent. S'ils regrettent que la profession, ou en tout cas une partie de ses représentants, tende à s'orienter dans cette voie, beaucoup se demandent si cela n'est pas inévitable... Pourtant certains dentistes affirment – et continuent de prouver - qu'une autre solution est possible, et que de telles pratiques devraient être sanctionnées. Le débat est réellement en cours face au risque fort de marchandisation de la santé.

■ Des besoins d'études

Une projection statistique complète sur la démographie de la profession semble nécessaire pour compléter cette étude qualitative. Un état démographique des chirurgiens dentistes et des projections de leurs effectifs à l'horizon 2030 ont été réalisés par la DREES 20. Ces éléments, joints à une synthèse de la présente étude qualitative, seront rassemblés dans le cadre du prochain rapport de l'ONDPS, dans l'optique de disposer d'un éclairage approfondi de ce métier.

Par ailleurs, beaucoup de chirurgiens dentistes rencontrés en ont exprimé le besoin, une étude épidémiologique sur les pathologies dentaires et buccales permettrait de compléter cette analyse de l'offre de soins dentaires en objectivant la demande de soin.

S'il faut objectiver par des chiffres, il faut aussi comprendre les ressorts individuels. L'étude présentée ici tente de décrire les pratiques et les logiques des choix qui déterminent en partie la répartition démographique des chirurgiens dentaires et la structuration de l'offre de soins. Cette description permet de mettre à jour une grande variabilité des comportements. Elle ne suffit toutefois pas à questionner la validité ou l'efficacité des mesures incitatives et coercitives qui pourraient être mises en place. Une étude quantitative de grande ampleur auprès des praticiens paraît nécessaire pour compléter ce portrait qualitatif de la profession :

- quels sont les temps de travail effectifs
- quels sont les choix de spécialisation
- dans les territoires les moins denses, un projet de départ est-il envisagé...

Enfin, nous avons ici abordé les patients uniquement du point de vue du praticien. Or si, comme nous avons tenté de le démontrer, les choix en termes de pratique et de lieu d'exercice sont le fait d'une

20 Etudes et Résultats N° 595, septembre 2007, La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030, Marc Collet, Daniel Sicart, DREES.

Etudes et résultats N° 594, septembre 2007, Les chirurgiens-dentistes en France situation démographique et analyse des comportements en 2006, Marc Collet, Daniel Sicart, DREES

rencontre entre le choix du praticien et le choix du patient, il semble indispensable d'étudier les besoins et attentes des patients eux-mêmes. A cette occasion, il sera également intéressant de confronter l'image que la profession a d'elle-même avec les représentations des patients. Comment choisissent-ils leur chirurgien-dentiste ? Quelle appréciation ont-ils de leurs besoins dentaires et de leur santé ? Quel est le niveau de renoncement aux soins et comment s'explique-t-il ? A l'inverse, qu'est ce qui motive de forts investissements dentaires ? Pour mieux comprendre comment s'organisent et se répondent offre et demande de soin, toutes ces questions méritent une réponse.

Annexes

Comité de pilotage

■ Liste des membres du comité de pilotage réduit

- Mme BURDILLAT – Secrétaire Générale de l’Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- Dr COUZINOU – Président de l’Ordre National des Chirurgiens Dentistes
- M. COLLET – DREES, Bureau des Professions de Santé
- Dr BARBONNAU – praticien dans l’Indre
- Dr LAVABRE – praticien dans l’Aveyron, membre de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

■ Liste des membres du comité de lecture du rapport

- Mme BURDILLAT – Secrétaire Générale de l’Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- Dr COUZINOU – Président de l’Ordre National des Chirurgiens Dentistes
- M. COLLET – DREES, Bureau des Professions de Santé
- Dr BARBONNAU – praticien dans l’Indre
- Dr LAVABRE – praticien dans l’Aveyron, membre de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)
- Pr. BOLLA, Président de la Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire, Directeur de l’UFR d’Odontologie de Nice
- Dr GARNIER, Présidente de la commission de démographie du Conseil national de l’Ordre des chirurgiens dentistes (CNOCD)
- Dr MICHEL, Président de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD)
- M. YVERNOGÉAU, Directeur de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD)
- Melle WNEKOWICZ, Présidente de l’Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD)
- M. ESCHEMANN, Chargé de mission, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l’Hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS), Sous-direction "Professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers"
- Mme LECLERC, Chargée de mission, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l’Hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS), Sous-direction "Professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers"

Phase 1 : personnes rencontrées et ressources documentaires

■ Liste des personnes rencontrées

- Dr BAILLON – JAVON, Chirurgien Dentistes Conseil près la CPAM du Val d'Oise.
- Dr Christian COUZINOU, Trésorier de l'Ordre National des Chirurgiens Dentistes ;
- Mme Valérie DELAHAYE - GUILLOCHEAU, Inspectrice à l'Inspection Générale des Affaires Sociales ;
- Dr Philippe DENOYELLE, Secrétaire Général de l'Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes ;
- Dr Jean-Paul DUPIN, Vice-président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire ;
- Dr Patrick HESCOT, Secrétaire Général de l'Association Dentaire Française, conseiller technique auprès du Ministre Délégué à la Santé ;
- Dr Paul KARSENTY, Direction Générale de la Santé ;
- Dr Jean-Claude MICHEL, Président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires ;
- Dr Françoise SANT PIERRE, Chef de projet, Haute Autorité de Santé ;
- Mme Muriel WNEKOWICZ, Présidente de l'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire ;

■ Bibliographie

> Articles

- *Démographie et permanence des soins. - La démographie en question.* BAUDIN (C.), MICHEL (J.C.), – Le Chirurgien Dentiste de France N°1252, 6 avril 2006
- *Les évolutions démographiques des professions de santé,* BILLAUT A ; BREUIL-GENIER P., COLLET M., SICART D. – INSEE Données Sociales – La Société Française, édition 2006
- *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature,* BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A.- Questions d'économie de la santé, IRDES n°116, décembre 2006.
- *Débat. Formation initiale : Ce qui doit évoluer.* BOUTER (R.) CHERON(D.),ORLIAGUET ,(T.), BARROIS (P.) – Clinic volume 27, septembre 2006
- *Etre une femme chirurgien-dentiste,* BURY (L.)- Indépendantaire, n°26 – Mars 2005.
- *De la pertinence de la formation initiale.* BURY (L.) – Indépendantaire Hors-série Spécial formation, mai 2006
- *Progression du numerus clausus.* CHAMBERAUD (N.), Le Chirurgien Dentiste de France n°1206, 7 avril 2005
- *Les syndicats représentatifs de toute la profession dentaire unanimement inquiets et mobilisés pour l'avenir et le statut de l'assistante dentaire,* Communiqué de presse du 24 novembre 2006, Le Chirurgien Dentiste de France n°1282, 7 décembre 2006
- *Une question en débat : La démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes.* CHAMBERAUD (N.), Le Chirurgien Dentiste de France N°1246, 23 février 2006.
- *Formation continue des chirurgiens-dentistes : modalités pratiques et premières précisions.* – Le Chirurgien Dentiste de France n°1278, 9 novembre 2006
- *Dossier 2006 : La cessation d'activité* – Le Chirurgien Dentiste de France n°1247, 2 mars 2006
- *Démographie : quelles solutions ?* CLINIC volume 27, mai 2006.
- *Le secteur libéral des professions de santé en 2004* – Carnets Statistiques n°112 – Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques – CNAMTS
- *Démographie des chirurgiens dentistes, constats et propositions.* CNSD, réunion ONDPS 14 septembre 2005.
- *Quoi de neuf en Europe ?* GENIN (C.), Le Chirurgien Dentiste de France, n°1265/1266, 6-13 juillet 2006.
- *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 : les dentistes.* GRANFILS N., Questions d'économie de la santé, IRDES n°8, mars 1998.

- *Santé buccodentaire des Français. Disparités sociales et régionales.* HERKURT (A.) – Dentiste Mag N°1, Avril 2006.
- *Depuis le 26 octobre 2006, la Formation continue pour les chirurgiens-dentistes désormais obligatoire, rentre en phase opérationnelle.* MICHEL (J.C.), Le Chirurgien Dentiste de France n°1278, 9 novembre 2006
- *La féminisation de la profession dentaire va-t-elle modifier l'offre de soins ?*, PERCHOUX (L.) – L'information Dentaire, N30 – septembre 2005.
- *Enquête sur la formation permanente. Entretien avec le Dr Domejean-Orliaguet* – L'information Dentaire n°21, 25 mai 2005.
- *Enquête Santé et Protection Sociale en 2004 : premiers résultats* – Questions d'économie de la santé, IRDES n°110, juillet 2006
- *Numerus clausus: le mal français.* - KLEIN (F.)- Indépendantaire n°14, janvier 2004
- *L'évolution de la démographie professionnelle d'ici à 5 ans.* KLEIN (A.), RICHARD (J.) – Le Chirurgien Dentiste de France N°1273, 5 octobre 2006.
- *Dossier : 25 Etats, 25 paysages dentaires* – La Lettre de l'Ordre n°32, novembre 2004
- *Surpopulation à la ville, déficit à la campagne* – La Lettre de l'Ordre n°47, mai 2006.
- *Urgences dentaires, où en sommes-nous ?*, PERRIN D., Communiqué de presse du Congrès de l'ADF 2006
- *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006*, SICART D., DREES Série Statistiques, Document de Travail, n° 97, mai 2006
- *Congrès UNECD – Marseille Etudiants en 2007 perspectives pour 2012* – Le Chirurgien Dentiste de France n°1293, 1^{er} mars 2007
- *Accès aux soins dentaires et à la prévention en Bourgogne*, URCAM Bourgogne, Synthèse du Notes et Documents n°25, novembre 2002.

> **Rapports**

- Mission Odontologie, D.BOIS, J.MASSONAUD, J.MET– rapport remis au Ministre JFMATTEI - Nov. 2003, La documentation française
- Audit de l'appareil de formation odontologique, V.DELAHAYE-GUILLOCHEAU / IGAS , B.DIZAMBOURG, F.BONACCORDIS / IGEN – Dec 2006, La documentation française
- ONDPS – rapports 2004 et 2005, La documentation française

■ **Ressources statistiques**

Le fichier de l'Ordre et le répertoire ADELI constituent les deux sources statistiques majeures pour qualifier la démographie des chirurgiens-dentistes.

Le fichier de l'Ordre est établi à partir des déclarations d'inscription au tableau de l'ordre et est mis à jour de façon journalière. Toutefois, il fournit une estimation haute du nombre de praticiens effectivement en exercice, les cessations d'activité n'étant pas nécessairement enregistrées immédiatement.

Le fichier ADELI est constitué à partir des déclarations obligatoires faites auprès des DDASS (enregistrement au répertoire ADELI), il ne comprend pas les praticiens qui sont à temps plein des praticiens hospitaliers et qui exercent en libéral au sein de l'hôpital.

La base de données Eco-Santé de l'IRDES, en libre accès, met à disposition des tabulations nombreuses à partir de ces deux sources. <http://www.ecosante.org/>

La comparaison de ces deux sources est hors du champ de l'étude. Par souci de praticité et pour la clarté de l'exposé, nous avons privilégié la source ADELI qui fait l'objet de publications régulières de la DREES (documents de travail annuels, études et résultats). Nous estimons que les constats que nous posons seraient identiques, non en valeur mais en tendance, si nous avions eu recours aux fichiers de l'Ordre.

A noter que la CNAMTS dispose également d'une base de données issue des données d'activité mais qui ne porte que sur les praticiens exerçant en libéral.

■ **Sites Internet :**

- Bibliodent : <http://bibliodent.univ-lille2.fr/bibdent/>
- Eugenol (forum) : <http://www.eugenol.com/eugenol/>

- Association Dentaire Française : <http://www.adf.asso.fr>
- UJCD : <http://www.ujcd.com/>
- CNSD : <http://www.cnsd.fr/>
- Faculté dentaire de Montrouge : <http://www.odontologie.univ-paris5.fr/html/LKKUZ24XSNWAP586.shtml>
- ONCD : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>
- HAS : <http://www.has-sante.fr>
- Ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/>
- Société Odontologique de Paris : <http://www.sop.asso.fr>
- UNECD : <http://www.une.cd.org>
- UFSBD : <http://www.ufsbd.fr>
- URCAM : <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/Dentaire.4788.0.html>

Phase 2 : les praticiens rencontrés

■ Profils des 49 praticiens rencontrés

Les caractéristiques individuelles des praticiens rencontrés figurent dans le tableau de la page 140 .

Note bene : le numéro indiqué entre parenthèses à la fin de chaque verbatim utilisé dans les pages précédentes correspond au numéro des praticiens référencés dans la première colonne de gauche du tableau.

■ Structure de l'échantillon

> Territoire

département	Type d'agglomération				Total
	periurbain	paris	rural	ville	
14				6	6
31/82	1			2	10
75		10		1	11
93	11				11
60 / 76			8		8
Total	12	10	10	17	49

> Sexe et âge

Tranche d'âge	Sexe		
	Femme	Homme	Total
27-35 ans	6	7	13
35-45 ans	2	7	9
45-55 ans	7	8	15
55-65 ans	3	6	9
plus de 65 ans	1	2	3
Total	19	30	49

Age maximum : 72 ans

> Exercice

39 libéraux et 5 salariés

> Type de structure

	Nb
centre médical municipal	2
centre mutualiste	2
centre privé	1
cabinet de groupe	24
cabinet : seul	17
cabinet : seul + collab	3
Total	49

> Taille des collectifs

Nb de praticiens	Total
2	16
3	6
4 et plus	5
Total	27

> Type de spécialité

	Nb
omnipratique	35
omni + spec	5
specialisé	3
omni + anciennement ortho (formation courte)	1
omni + ortho (formation courte - en cours)	1
ODF	3
ODF (formation en cours)	1
Total	49

> Fauteuils et assistantes

8 praticiens sur 49 soignent sur deux fauteuils.

7 praticiens travaillent sans assistante

■ Liste des personnes rencontrées dans le cadre des entretiens complémentaires sur la question du contrôle.

- Dr FOURNIE – Président du Conseil de l'Ordre de Midi-Pyrénées et ancien Président du Conseil de l'Ordre de la Haute-Garonne
- Dr LANSADE – Président du Conseil de l'Ordre de Paris
- Dr BREDECHE – Président du Conseil de l'Ordre du Calvados
- Dr MIRISH – Président du Conseil de l'Ordre de l'Oise
- Dr CLEMENT - dentiste conseil à la CPAM de Toulouse.

La CPAM de Caen et la CPAM de l'Oise n'ont pas souhaité nous rencontrer.

N°	Zone	Profil			Exercice							Assistante			
		Sexe	Tranche d'âge	Forme d'exercice	Groupe/seul	Taille du groupe	Forme d'association	Statut du praticien	Classification de l'exercice	"Spécialisation"	Nombre de fauteuils par praticien	Nombre de jours travaillés/semaine	Nombre total d'assistantes	Qualification assistante	Fonction assistante
1	14	M	35-45 ans	LIB	groupe	2	SCM	Associé	NON ODF	omni	1	5 (45 h)	2	nc	secrétariat + fauteuil
2	14	M	45-55 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni + spec	1	4 + 1/2	1	nc	secrétariat + fauteuil
3	14	M	45-55 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	1	4 + 2 1/2	1	nc	réception
4	14	M	25-35 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni + ortho (formation courte) en c	1	4	1	"sur le tas"	réception
5	14	M	55-65 ans	LIB	groupe	7	SCM	Associé	NON ODF	spécialisé	1	4 (cab+clinique)	9 + 2 receptionnistes	nc	fauteuil
6	14	M	25-35 ans	LIB	groupe	7	SCM	Associé	NON ODF	omni	1	nc	9 + 2 receptionnistes	nc	fauteuil
7	31	M	55-65 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni + spec	1	5	1	qualifiée	secrétariat + fauteuil
8	31	M	45-55 ans	LIB	groupe	2	SCM	Propriétaire	NON ODF	spécialisé	1	nc	1	qualifiée	secrétariat + fauteuil
9	31	M	25-35 ans	LIB	groupe	4		Assistant Collaborateur	NON ODF	omni	1	3	3	qualifiées	secrétariat + fauteuil
10	60 / 76	F	55-65 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	2	5	1	nc	secrétariat + fauteuil
11	60 / 76	F	35-45 ans	LIB	groupe	3	SCM	Associé	NON ODF	omni	1	3 + 2 1/2 journées	3	qualifiées	secrétariat + fauteuil
12	60 / 76	F	35-45 ans	LIB	groupe	2		collaborateur	NON ODF	omni	1	4 + 1/2	1	"sur le tas"	secrétariat + fauteuil
13	60 / 76	M	55-65 ans	LIB	groupe	2	SCM	Associé	NON ODF	omni + spec	1	3 + samedi matinée longue	2	nc	secrétariat + fauteuil
14	60 / 76	M	35-45 ans	LIB	seul				NON ODF	omni	1	4	1	"sur le tas"	secrétariat + fauteuil
15	60 / 76	F	45-55 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	2	4	1	"sur le tas"	secrétariat + fauteuil
16	60 / 76	F	55-65 ans	LIB	groupe	2	SCP	Associé	NON ODF	omni + ortho (formation courte) - su	1	4 + samedi matin	2	"sur le tas"	secrétariat + fauteuil
17	60 / 76	F	45-55 ans	LIB	seul				NON ODF	omni	1	3 + 1/2	0		
18	75	F	25-35 ans	LIB	groupe	4	SCM	Associé	NON ODF	ODF (en cours)	1	35 heures cab + 2.5 j à la fac	1 par praticien		fauteuil
19	75	M	35-45 ans	LIB	groupe	2	SCM	Associé	NON ODF	spécialisé	1	30 heures cab + 1 j à la fac	3 pour 2 praticiens	qualifiées	secrétariat + fauteuil
20	75	F	plus de 65 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	1	2 en LIB + 1 en SAL	0	nc	nc
21	75	F	55-65 ans	SAL	centre privé			Salariée privée	NON ODF	omni	1	39 h	1 par praticien	qualifiée	fauteuil
22	75	M	plus de 65 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	2	4	0	nc	nc
23	75	M	35-45 ans	LIB	groupe	2	SCP	Propriétaire	NON ODF	omni	1	4	2	qualifiées (en cours)	secrétariat + stérilisation
24	75	M	35-45 ans	LIB	groupe	2	SCM	2 associés	NON ODF	omni + spec	2	4 + 1/2	1	qualifiée	secrétariat + fauteuil
25	75	F	25-35 ans	LIB	seul + collab	2		Assistant Collaborateur	NON ODF	omni	1	3	1 à mi-temps	qualifiée	secrétariat + fauteuil
26	75	F	25-35 ans	LIB	seul + collab	2		Propriétaire	NON ODF	omni	1	5	1	qualifiée	secrétariat + fauteuil
27	93	M	45-55 ans	LIB	groupe	2	SCM	Associé	NON ODF	omni	1	4	1 par praticien	nc	secrétariat + fauteuil
28	93	M	55-65 ans	LIB	groupe	2	SCM	Associé	NON ODF	omni	1	4	1 par praticien	nc	secrétariat + fauteuil
29	93	F	25-35 ans	SAL	centre médical municipal			Salarié Collectivité	NON ODF	omni	1	2	1 par praticien	nc	nc
30	93	M	25-35 ans	LIB	groupe	4	SCM	Assistant Collaborateur	NON ODF	omni	1	4	2	nc	secrétariat + fauteuil
31	93	M	45-55 ans	LIB	groupe	3	SCM	Associé	NON ODF	omni	1	30 h = 2 j + 3 1/2	0	nc	nc
32	93	M	35-45 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	2	4,5	1	qualifiée	secrétariat + fauteuil
33	93	F	45-55 ans	SAL	centre médical municipal			Salarié Collectivité	NON ODF	omni	1	35h	3	qualifiée	secrétariat + fauteuil
34	93	M	45-55 ans	LIB	groupe	3		Associé	NON ODF	omni + spec	1	nc	2	qualifiée	secrétariat (rarement au fauteuil)
35	93	M	plus de 65 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	1	4 + 2 1/2	0	nc	nc
36	93	M	45-55 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	2	nc	1	qualifiée	secrétariat + fauteuil
37	93	M	45-55 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	1	4	0	nc	nc
38	75	M	35-45 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	1	4	0	nc	nc
39	31	F	45-55 ans	LIB	seul + collab	2		propriétaire	ODF	ODF	1	nc	2,5	1 qualifiée sur les 3	secrétariat + fauteuil
40	31	F	25-35 ans	LIB	groupe	2	SCM	associés	NON ODF	omni	1	3 à 4	1	qualifiées (en cours)	secrétariat pour l'instant
41	31	M	25-35 ans	LIB	groupe	2	SCM	associés	NON ODF	omni	1	3 à 4	1	qualifiées (en cours)	secrétariat pour l'instant
42	31	F	45-55 ans	SAL	centre mutualiste			Salariée privée	NON ODF	omni	1	3	5 en alternance	qualifiées	secrétariat + fauteuil
43	31	M	25-35 ans	LIB	groupe	3	SCM	collaborateur	NON ODF	omni	1	4	1 par praticien	qualifiée	secrétariat + fauteuil
44	31	F	45-55 ans	SAL	centre mutualiste			Salariée privée	NON ODF	omni	1	3	2	qualifiées	secrétariat + fauteuil
45	31	M	25-35 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	2	4	1	"sur le tas"	secrétariat + fauteuil
46	31	F	45-55 ans	LIB	groupe	3	SCP	associé	ODF	ODF	2	4	5	3 qualifiées et 2 secr	2 secrétariat et 3 au fauteuil
47	31	M	55-65 ans	LIB	seul			Propriétaire	NON ODF	omni	1	nc	1	qualifiées (en cours)	secrétariat + fauteuil
48	31	M	55-65 ans	LIB	groupe	3	SCM	Associé	NON ODF	omni	1	nc	1 par praticien	nc	secrétariat + fauteuil
49	75	F	25-35 ans	LIB	groupe	2	SCM	Associé	ODF	ODF		13 au cabinet + 2 à la fac	2 à mi-temps	nc	secrétariat uniquement

Phase 3 : profil des étudiants rencontrés

Les étudiants ont été rencontrés dans trois facultés différentes :

- la faculté de Rennes : 3 étudiants
- la faculté de Toulouse : 3 étudiants
- la faculté de Paris VII (Garancière) 4 étudiants.

N°	Sexe	Âge	Année	Lieu d'origine par rapport à la faculté
1	M	26	6ème	rural, région de la faculté
2	M	25	6ème	ville de la faculté
3	M	26	6ème	ville, dans une région limitrophe à celle de la faculté
4	F	22	4ème	ville, région de la faculté
4	M	27	6ème	ville de la faculté
5	M	23	4ème	ville de la faculté
6	F	35	6ème	ville de la faculté
7	F	24	6ème	rural, région de la faculté
8	M	26	6ème	ville de la faculté
10	F	28	6ème	ville de la faculté