



# Le **management** odontologique appliqué à **l'exercice de groupe**

Un cabinet dentaire de groupe est une structure de soins où exercent au moins deux praticiens, qu'ils soient co-gérants ou acteurs d'une simple collaboration. Les modalités de gestion des ressources humaines d'un cabinet de groupe sont dès lors bien plus complexes que dans le cadre d'un exercice individuel.

**U**ne connaissance aigüe des fondements et des pratiques normatives du Management sont nécessaires, mais certainement pas suffisantes. En effet, c'est dans la pratique régulière de leur exercice et au terme de plusieurs aménagements et adaptations progressives de certaines règles fondamentales de Gestion RH que les praticiens pourront édicter et mettre en place la politique de management conforme à leurs objectifs communs d'organisation et de développement, ainsi qu'au profil de leur équipe.

## Théories et pratiques : des principes à la réalité

Si certaines règles élémentaires de gestion RH<sup>1</sup> appliquées *stricto sensu* peuvent suffire à un praticien en exercice individuel, celles-ci ne pourront satisfaire pleinement la grande majorité des cabinets de groupe. C'est d'ailleurs dans ce flou organisationnel qu'ont émergé en France certains groupuscules de coaching en tous genres allant jusqu'à la supervision du chiffre d'affaires des praticiens. Fort heureusement, ces dérives éphémères n'ont concerné qu'une très infime minorité de praticiens. Les chirurgiens-dentistes ont, lentement mais sûrement, pris conscience que le développement de leur exercice ne pouvait passer que par la gestion rationnelle et le développement harmonieux de leurs compétences cliniques et managériales (gestion, formation, recrutement, relations sociales, GPEC, communication interne et externe<sup>2</sup>), en aucun cas via la manipulation mentale de leur personnel (extrapolation de certaines pratiques issues de la PNL), ni par le consentement télécommandé de leurs patients, ou bien en faisant l'économie drastique de tout moyen matériel ou pédagogique.



## Chirurgiens-dentistes et orthodontistes : deux modèles différents de gestion

Il est désormais admis que l'entité managériale ou la cellule RH d'un cabinet ODF est en principe constituée d'un praticien, d'une secrétaire et d'au moins une assistante dentaire, partagée entre deux fauteuils. À l'inverse, le noyau dur d'un cabinet omnipratique contemporain en France est constitué, soit d'un praticien exerçant en solo (environ 40 % de la profession ; encore l'une de nos fameuses exceptions françaises), soit d'un praticien en exercice individuel travaillant avec une assistante dentaire polyvalente sur un seul fauteuil. Il est dès lors clair que le développement respectif des omnipraticiens et des orthodontistes n'est pas comparable.

<sup>1</sup> Gestion des Ressources Humaines. La GRH est la seule discipline fondamentale du Management qui puisse faire l'objet d'une application régulière en cabinet dentaire. Cette discipline doit être enseignée au praticien qui ne saurait déléguer à quiconque (et certainement pas à l'une de ses assistantes), tout ou partie de ses responsabilités managériales.

<sup>2</sup> Gestion, formation, recrutement, relations sociales, GPEC, communication interne et externe, font partie des disciplines régulières du Management tel qu'il est enseigné dans les plus grandes Universités. La GPEC concerne la « gestion prévisionnelle des emplois et compétences » au sein de sa structure de soins bucco-dentaires. Seules certaines théories sont applicables *in extenso* au sein des cabinets dentaires (cf. : école du management scientifique, école des relations humaines, et diverses théories de la motivation professionnelle), et doivent dans tous les cas être adaptées au mode d'exercice très particulier des chirurgiens-dentistes mais aussi des orthodontistes (cf. « Le Manuel du chirurgien-dentiste manager », Éditions Le Fil Dentaire, juin 2005).

Ces derniers se prévalent d'ailleurs de cette différence fondamentale de gestion et d'organisation qui les placent finalement d'emblée à un niveau supérieur de maîtrise de leurs compétences managériales et de leur environnement professionnel, du point de vue de la rationalisation et de la spécialisation nécessaires des postes de travail.

Chirurgiens-dentistes et orthodontistes évolueront ensuite différemment vers la structure de groupe. La configuration actuelle de la structure de groupe des premiers a plutôt tendance à viser l'exercice tripartite (trois « omnipraticiens »), alors que les derniers vont rarement au-delà de la formation d'un tandem; au point que l'on peut réellement s'interroger sur le fondement même de l'association des orthodontistes, sinon par souci de productivité et de rendement (le principe de rentabilité étant ici généralement et proportionnellement aligné sur celui de productivité).

*A contrario*, ce critère de productivité, s'il est appliqué *in extenso* et sans discernement à l'exercice omnipratique comme fondement de l'association, peut produire tous les effets opposés de contre-productivité et contre-performances. L'association en omnipratique doit être exclusivement guidée par la notion de synergie et de complémentarité d'exercice, sinon, à quoi bon s'associer, si ce n'est pour démultiplier les problèmes de gestion de cabinet et d'équipe,

tout en prenant le risque de moins bien servir ses patients. Si la justification de l'association repose principalement sur la productivité, à savoir pouvoir traiter plus de patients qu'en mode d'exercice individuel, et bien, soyons clairs, mieux vaut travailler seul si l'on n'a pas au moins un niveau de compétences suffisant en management odontologique. Par contre, si la volonté de s'associer prend sa source, non seulement dans la prise de conscience qu'on ne peut pas tout faire bien<sup>3</sup> (pratique semi-exclusive ou exclusive: prothèse, parodontologie, implantologie, endodontie, chirurgie buccale...), mais encore qu'il serait judicieux dans l'intérêt du patient que celui-ci puisse être traité sur le même site, alors nous sommes dans la configuration de la prestation de services complémentaires et spécialisés de soins bucco-dentaires qui a le plus de chances de réussir et d'être effectivement profitable aux praticiens acteurs de cette association.

## Le cercle infernal de la polyvalence : antithèse de la démarche Qualité

Du point de vue de la masse salariale (ratio effectif/productivité), il n'y a pas pléthore de dérives: soit le cabinet dentaire de groupe est en sous-effectif, soit il est en sureffectif. De manière très surprenante, nombre de cabinets de groupe se retrouvent assez facilement embourbés dans des processus de contre-performances à l'instar de nombre de praticiens en exercice individuel, du fait d'un personnel parfois trop nombreux. Le problème ne réside pas tant dans le poids des effectifs que dans la nature du poste. Ce qui peut fonctionner un temps pour un praticien en exercice individuel (une assistante polyvalente, tantôt aide dentaire, tantôt secrétaire, et rarement au fauteuil, comble de l'amateurisme managérial) ne fonctionne absolument pas dans un cabinet de groupe, sinon, à force de réajustements quasi quotidiens et incessants. Un cabinet dentaire de groupe aura naturellement tendance, dans un premier temps, à reproduire à plus grande échelle les erreurs de l'exercice individuel: la polyvalence est alors tellement stigmatisée

<sup>3</sup> Principe de Peter: le degré d'incompétence. Peter remarque que plus le nombre d'échelons hiérarchiques est élevé, plus chacun voit une chance de parvenir à son niveau d'incompétence et de subir « la stagnation de Peter ». Il remarque d'ailleurs également avec humour et dérision que les hiérarques, quand ils sont devenus réellement incompétents, se complaisent à fréquenter des réunions, colloques, séminaires, symposiums, conférences.

et institutionnalisée, qu'on ne réfléchit pas comme on le devrait, en termes de rationalisation et spécialisation des tâches, mais en termes de « bouche-trous » de planning: *“il va manquer du personnel, tel jour, telle heure, à la permanence téléphonique, en sté, au fauteuil avec tel praticien, etc.”* On recrute donc parfois jusqu'à six assistantes dentaires polyvalentes (tantôt à temps partiel, tantôt à temps complet si l'assistante est chanceuse) pour un cabinet de groupe de trois praticiens. Dans un second temps, la dérive naturelle et logique spécifique à la gestion RH déficiente de ce cabinet de groupe consiste dans la dilution des tâches et des responsabilités: *on ne sait plus qui fait quoi, ni quand, car après tout, le planning-roi du lendemain nous le dira...* Parlons également de la pratique courante de « satellisation » ou d'« interchangeabilité » de ces assistantes qui gravitent respectivement autour de plusieurs praticiens (chaque assistante n'ayant aucun praticien attiré), selon les jours, selon les absences, selon les tâches à effectuer, selon les desiderata de l'un des praticiens (qui, dans certains cas, ne s'est bien entendu pas concerté avec ses associés). Et les assistantes de continuer de se plaindre d'avoir encore et toujours trop de travail (étonnant,

## La gestion administrative d'un cabinet dentaire doit être assurée par un personnel qualifié et compétent, pourvu au moins d'un BTS administratif

non ?), alors qu'elles seraient à l'évidence bien plus efficaces en réduisant les effectifs et en spécialisant les postes de travail (mais qui oserait le dire ?). Il suffirait que chacune se voie confier des responsabilités précisément circonscrites et inaccessibles en fonction de son niveau de compétences techniques et relationnelles (afin de prévenir tout conflit d'intérêts ou de responsabilités), et de son potentiel de développement: encore faut-il avoir pris soin d'évaluer les capacités de changement et les motivations professionnelles de chacune des assistantes du cabinet.

## Gestion administrative : le pivot des unités de soins

Rappelons également l'importance du pôle administratif qui doit être tenu par un seul et même personnel exclusivement dédié aux tâches qui forment la « plaque tournante » de tout cabinet dentaire: sans une gestion administrative et relationnelle méthodique et impeccable des patients, la bonne organisation clinique d'un cabinet dentaire est compromise. Les tâches administratives doivent être assurées par un personnel qualifié et compétent, pourvu au moins d'un BTS en assistantat de direction/gestion ou équivalent (BAC + 2 à BAC + 4 administratif). Doit-on dès lors reprocher aux praticiens leurs insuffisances professionnelles en management qui les conduisent à proposer des postes d'assistantes de gestion à des assistantes dentaires?! Certainement pas lorsqu'on se réfère à une convention collective qui ne présente, par

défaut, qu'une classification d'emplois « administratifs et relationnels » limités aux fonctions très restreintes d'une hôtesse d'accueil ou d'une standardiste; néanmoins les employeurs ne sont pas sans savoir que la Convention Collective définit des normes et standards d'organisation du travail, mais ne les défend aucunement de recruter du personnel administratif à qualification supérieure pour des postes autres que ceux d'accueil et de réception.

## Le cas des mutuelles dentaires... une fausse apparence de rationalisation des postes.

Si les avantages sociaux y sont parfois plus intéressants qu'en cabinet privé (mutuelle santé, 13<sup>e</sup> mois, tickets restaurant...), pourquoi certaines assistantes dentaires se plaignent-elles du manque d'organisation quasi inhérent à la structuration hiérarchique et à la nature des postes de travail en mutuelle? Il s'avère que ces centres dentaires

### TÉMOIGNAGE

#### **Une assistante dentaire hyper-polyvalente, Hélène P. (Gard), nous montre que le principe de plurivalence y est roi, malgré une fausse apparence de spécialisation des fonctions :**

« Je m'interroge très souvent sur la gestion du personnel du centre dentaire dans lequel je travaille depuis plus de cinq ans. Je suis assistante dentaire dans un centre mutualiste; ce qui implique une douzaine d'assistantes et autant de praticiens, plus les secrétaires. Les plannings changent régulièrement, environ tous les deux mois! Nous passons de la salle de soins, à la stérilisation, puis aux radios panoramiques, puis à l'accueil... c'est un « cercle infernal »! Pourquoi? Quand nous sommes bien ancrées dans un poste, les responsables nous changent; quand nous donnons notre préférence pour un poste, ils nous propulsent à un autre poste, mais pourquoi? Personnellement, malgré une très rapide adaptation, j'ai beaucoup de mal à travailler dans de bonnes conditions; il s'ensuit un manque de concentration, un mauvais suivi dans le travail, une démotivation et un stress difficilement gérables au cours des années. Pourquoi ce changement permanent? Être polyvalente, pourquoi pas quand on n'a pas le choix, mais changer de poste à ce rythme-là, ça frôle l'irrespect et le mépris envers le personnel. J'aimerais bien comprendre quel système de management nos responsables des centres mutualistes appliquent ».

rencontrent exactement les mêmes obstacles de motivation, de formation, de fidélisation et d'encadrement du personnel que les cabinets privés de groupe, malgré la présence fondamentale d'un directeur administratif. Les réunions d'équipe (praticiens, assistantes et directeur administratif) y sont parfois quasi inexistantes, ce qui n'arrange rien à l'affaire. Le problème crucial consiste surtout dans les responsabilités restrictives qui peuvent être assignées aux responsables administratifs: mais auraient-ils les moyens matériels, humains et pédagogiques nécessaires pour encadrer le personnel clinique comme il convient, chirurgiens-dentistes y compris, si de nouvelles charges leur étaient confiées? Le remède à ces problèmes n'est pas si compliqué, il n'y a qu'une seule alternative: ou bien on fournit aux directeurs administratifs des outils et méthodes de gestion efficace du personnel dentaire; ou bien on confère un pouvoir de direction plus important à l'un des praticiens salariés dès lors éligible à un poste de « leader » ou de « chef d'équipe »<sup>4</sup>, et on lui enseigne les bonnes pratiques de gestion des compétences des assistantes dentaires et secrétaires, dans les intérêts communs de l'équipe du cabinet dentaire mutualiste.

## La délégation de pouvoir et d'autorité : L'ineptie de l'« assistante en chef ».

C'est aussi dans ce flou organisationnel qu'une assistante en chef « improvisée » ou bien « élue » par les praticiens eux-mêmes sur la base de critères de sélection peu pertinents et subjectifs (degré d'influence, force de caractère, leadership), nommée « assistante coordinatrice », gère les plannings de ses collègues parfois jusqu'à la supervision des tâches et des postes de travail. Ce mode de gestion apparemment « réfléchi » est courant dans certains cabinets de groupe privés peu aguerris en management ou mal conseillés. Du haut de son leadership pressenti et de son éventuelle ancienneté, cette cheftaine distribue les tâches de travail de ses collègues comme elle le peut, parfois comme elle le veut, si ça l'arrange, en fonction des nécessités de service des praticiens et de leurs intérêts personnels. C'est apparemment le moyen le plus expéditif que les praticiens aient trouvé pour se débarrasser d'un revers de main de leurs responsabilités pourtant inaliénables et incessibles de Manager. Il faut donc garder à l'esprit qu'on ne doit jamais confier à une assistante dentaire une quelconque position hiérarchique à l'égard de ses collègues, quels que soient les fondements et les motifs de cette « promotion », qui n'est bien souvent rien d'autre qu'un cadeau « empoisonné ». De la même manière, quelque extrapolation malhabile que l'on fasse des fonctions d'une « assistante de direction » (ou Office Manager), celle-ci ne doit en aucun cas avoir pour fonction de superviser ou contrôler le travail des assistantes dentaires.

<sup>4</sup> Cette nomination doit se faire à l'appui d'un bilan de compétences en Management Odontologique.

## Les fondements d'un cabinet de groupe : la notion de "compétence" en Management Odontologique

Quels que soient la nature et le statut du groupe de soins bucco-dentaires, le dénominateur commun réside dans la nécessité d'évaluer en amont de toute conduite du changement les compétences en gestion de cabinet et en gestion d'équipe de chacun des praticiens. Sans évaluation méthodologique de ses propres compétences en Management odontologique, le fondement même de l'association devient arbitraire, et aucun objectif de développement ne pourra être conduit et réalisé avec sécurité et fiabilité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Le Management odontologique est une « science adaptative »

**Chaque cabinet doit trouver sa propre identité structurelle et fonctionnelle.** Il y a certains cabinets de groupe qui sont parvenus tant bien que mal, après maintes et maintes régulations, à trouver un mode de fonctionnement, qui, ne correspondant pas nécessairement aux standards modernes du Management Odontologique, leur convient pour autant. Et c'est tant mieux. Néanmoins, ceux qui souhaitent assurément conduire le développement de leur entité de soins afin de bénéficier d'une vision à plus long terme de leur exercice, doivent avoir le courage d'amorcer le changement. Il est également impératif de sortir de ce carcan psychologique et « culturel » qui consiste à vouloir copier ou reproduire les modèles d'organisation utopique de ses confrères (ceux qui pourraient donner l'impression d'avoir mieux « réussi »), ou pire penser qu'on ne pourra jamais faire aussi bien. Il faut encore en finir avec toutes ces ruses « organisationnelles » (aux antipodes des théories fondamentales et pratiques régulières du management) qu'on croit discerner au détour d'un colloque, d'un forum, d'un séminaire, ou d'un article. Par facilité mais aussi par lassitude, certains praticiens restreignent la gestion de leur environnement professionnel à un ensemble d'astuces qu'il suffirait d'appliquer *in extenso* et *ex abrupto* à tout cabinet avec les mêmes facteurs de prédictibilité des performances humaines. Il est temps de mettre au panier ces idées reçues et de redonner à toutes les équipes dentaires les moyens et les outils qui leur permettront de recouvrer leur entière autonomie décisionnelle.