

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2018

2018 TOU3 3063

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Cédric L'HERMITE

Le 5 novembre 2018

PEUT-ON ENCORE TRAVAILLER SEUL AU CABINET DENTAIRE?

Directeur de thèse: Pr Olivier HAMEL

JURY

Président :	Pr Olivier HAMEL
1er assesseur :	Dr Delphine MARET-COMTESSE
2ème assesseur :	Dr Jean-Noël VERGNE
3ème assesseur :	Dr Lucie RAPP
4ème assesseur :	Dr Fabien LEMAGNER



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mr HAMEL Olivier

Mr Franck DIEMER

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER +

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL- FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université :

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences :

Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants :

Mme DARIES, Mme BROUTIN

Adjoint d'Enseignement :

Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences :

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,

Assistants :

Mme YAN-VERGNES, Mme ARAGON

Adjoint d'Enseignement :

Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université :

Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences :

Mr. VERGNES,

Assistant:

Mr. ROSENZWEIG,

Adjoints d'Enseignement :

Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences :

Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL

Assistants :

Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement :

Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS, Mme COUSTY
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr. BLASCO-BAQUE
Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFFEEVA, Mr. MINTY
Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr. BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mr. BONIN, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr FISSE
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mme FOURNIER

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT
Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mme. SELVA, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION,
Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mr. POGEANT, Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mme DE BATAILLE,

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 03 septembre 2018

Remerciements

A mes parents avec toute mon affection,

A ma compagne Isabelle,

A mes enfants Marion et Claire,

A mes soeurs Sophie et Françoise,

A mon frère Yvan,

A mon parrain Jean-François et ma marraine Helga,

A mon filleul Mathieu,

A toute ma famille et ma belle famille.

Aux Dr. Michel K. et Dr. Philippe P. ainsi que Christine P. pour leurs aides précieuses des débuts.

A mes chers amis Hervé, Sandra, Giovanni, Pierre, Christophe L., Elodie, Greg, Jean-Rémi, Julien, Carine, Valérie, Christophe F., Ben, Fredo, Marc, Olivier, Belkacem B., Vincent V, Nico H. Arnaud D. et à tous les autres..

Remerciements spéciaux à mes chers amis et collègues Vuk et Karim.

A notre président du jury et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Olivier Hamel,

- *Professeur des Universités*
- *Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires.*
- *Responsable de la sous-section « Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale ».*
- *Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes (EA 4569).*
- *Docteur en Chirurgie Dentaire.*
- *Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire ».*
- *Docteur de l'Université Paris Descartes.*
- *Habilitation à Diriger des Recherches.*
- *Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse et d'en accepter la présidence du jury. Vous avez su communiquer votre bienveillance à toute l'équipe encadrante qui laisse, dans le coeur de chaque élève, le souvenir d'une ambiance chaleureuse au sein de votre service hospitalier.

Soyez assuré de l'expression de notre gratitude et du grand égard que nous vous portons.

A notre jury de thèse,

Madame le Docteur Delphine MARET-COMTESSE

- *Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,*
- *Docteur en Chirurgie Dentaire,*
- *Doctorat de l'Université de Toulouse,*
- *Diplôme Universitaire d'Imagerie 3D,*
- *Master 2 Recherche Epidémiologie Clinique,*
- *CES d'Odontologie Légale,*
- *Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie (DURCO),*
- *Enseignant-chercheur, Laboratoire Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS) CNRS*
- *Lauréate de l'Université Paul Sabatier.*

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury .

Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Noël VERGNES

- *Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,*
- *Docteur en Epidémiologie,*
- *Docteur en Chirurgie Dentaire,*
- *Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada,*
- *Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,*
- *Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,*
- *Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,*
- *Lauréat de l'Université Paul Sabatier*

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Vos connaissances, votre rigueur et votre gentillesse auprès des patients comme des élèves forcent l'admiration. Vous resterez un modèle de praticien exemplaire.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A notre jury de thèse,

Madame le Docteur Lucie RAPP

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 Santé Publique

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury. Votre bonne humeur jamais défaillante, vos compétences et votre pédagogie nous laisseront un excellent souvenir de vous. Ce fut un réel plaisir de vous avoir à nos côtés.

Vous garderez toute notre estime.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Fabien LEMAGNER

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale
- Master biologie Santé
- CES de prothèses fixées
- Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire
- Lauréat de l'université Paul Sabatier

Je vous remercie d'avoir accepté d'être présent à notre jury de thèse. Votre sympathie, votre humour et vos conseils éclairés ont contribué à réaliser la dernière année de cursus dans d'excellentes conditions.

Soyez assuré de notre profond respect.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
1- Etat des lieux de la profession	14
1.1 Démographie des chirurgiens dentistes au niveau national	14
1.1.1 Effectif des chirurgiens dentistes.....	14
1.1.2 Densité des chirurgiens dentistes.....	14
1.1.3 Age et sexe des chirurgiens dentistes.....	15
1.2 Démographie des chirurgiens dentistes au niveau régional	16
1.2.1 Disparité régionale de la densité.....	16
1.2.2 Disparité régionale des classes d'âge.....	18
1.3 Mode d'exercice des chirurgiens dentistes	18
1.4 Revenu des chirurgiens dentistes	20
1.4.1 Moyenne des revenus et honoraires des chirurgiens-dentistes.....	20
1.4.2 Disparité des revenus en fonction des régions.....	20
1.4.3 Répartition des honoraires d'un cabinet dentaire.....	22
1.5 Exercice seul ou avec l'emploi de salarié	23
1.5.1 Nombre de chirurgiens dentistes exerçant seuls.....	23
1.5.2 Nombre de salariés dans les cabinets employeurs.....	23
1.5.3 Classification des emplois des salariés.....	25
1.6 L'évolution des conditions d'exercice professionnel	26
1.6.1 Les jeunes praticiens tardent à s'installer.....	26
1.6.2 Augmentation du nombre de praticiens salariés.....	26
1.6.3 Tendance à l'urbanisation des lieux d'exercice.....	27
1.6.4 Réduction du temps de travail.....	28
1.6.5 Tendance à l'exercice de groupe.....	28
1.6.6 Augmentation de la technicité.....	29
1.6.7 Toujours plus de contraintes.....	29
1.7 "Exercer seul" dans la littérature	30
1.7.1 Exercice solo traité dans les études.....	30
1.7.1.1 Exercice sans assistantes dentaires.....	30
1.7.1.2 Exercice sans associés.....	31
1.7.2 Exercice solo traité dans la bibliographie.....	31

1.7.3 Statut juridique de l'exercice solo dans les textes.....	32
1.7.3.1 Les Sociétés et la SELARL Unipersonnelle.....	32
1.7.3.2 Les formes juridiques simplifiées.....	34
1.7.3.2.1 L'Entreprise Individuelle (EI).....	34
1.7.3.2.2 Entreprise individuelle à responsabilité limitée (EIRL).....	34
2 . Enquête auprès de la profession.....	35
2.1 Introduction.....	35
2.2 Matériel et méthode	36
2.2.1 Etude sur le département de la corréze.....	36
2.2.2 Questionnaire rapide.....	36
2.2.3 Entretien approfondi.....	40
2.3 Présentation des résultats.....	41
2.3.1 Etude sur le département.....	41
2.3.2 Analyse des questionnaires.....	42
2.3.3 Résultats.....	42
2.4 Présentation des témoignages.....	45
2.4.1 Introduction.....	45
2.4.2 Les motivations à travailler sans assistante.....	45
2.4.3 Les motivations à ne pas s'associer.....	47
2.4.4 Organisation en solo et gestion de l'hygiène.....	48
2.4.5 Praticiens solo vs praticiens avec assistante.....	53
2.4.5.1 Qualité des soins.....	53
2.4.5.2 Qualité de vie.....	53
2.4.5.3 Rentabilité du cabinet.....	54
3- Analyse et discussion.....	56
Conclusion.....	62
Bibliographie et références.....	63

Introduction

L'exercice libéral de la profession de chirurgien dentiste est, comme tout autre exercice, en perpétuelle évolution. Ces évolutions peuvent être de nature différentes tels que la technicité, les matériaux utilisés, les protocoles opératoires..

Ce travail de thèse d'exercice traite un aspect bien particulier de l'évolution de la pratique professionnelle: celui du travail individuel en solitaire, sans assistante dentaire et sans associé ni collaborateur.

Ce mode de pratique, autrefois majoritaire, semble aujourd'hui déserté par la plupart des jeunes praticiens au profit de l'exercice de groupe et à l'emploi de salarié au sein des cabinets dentaires.

Nous nous proposons dans ce travail de rechercher les éléments objectifs de ce constat, d'en identifier les causes et de tenter de savoir si la pratique solo serait condamnée à disparaître ou, au contraire, condamnée à exister. Ce travail permettra en outre, d'en retirer une réflexion personnelle souhaitable à l'aube de quelques décennies d'exercice.

Ce travail comporte trois parties.

La première partie présentera un "état des lieux" de la profession reposant sur la littérature des vingt dernières années. La démographie professionnelle du territoire et l'évolution des pratiques seront abordées.

Une deuxième partie présentera les travaux qui ont été menés pour réaliser cette étude. Une enquête de terrain auprès d'un échantillon de chirurgiens dentistes permettra de recueillir des témoignages de praticiens travaillant seuls.

Dans une troisième partie, une analyse des informations recueillies offrira une meilleure compréhension de la situation actuelle et permettra de réaliser une éventuelle projection.

1- Etat des lieux de la profession

1.1 Démographie des chirurgiens-dentistes au niveau national

1.1.1 Effectif des chirurgiens-dentistes

Dans le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), le 1er janvier 2015 on comptait 41500 chirurgiens-dentistes en activité actifs exerçant sur l'ensemble du territoire [1]. Au premier janvier 2013, on en comptait 40833 [2].

Les effectifs nationaux stagnent depuis la fin des années 1990 avec un chiffre supérieur à 40000 [1] alors qu'il avait doublé depuis 1970 [2].

1.1.2 Densité des chirurgiens-dentistes

La densité moyenne des chirurgiens-dentistes en France métropolitaine avait atteint un maximum en 2000 avec 69 dentistes pour 100 000 habitants [2].

La densité moyenne décroît lentement depuis en s'affichant à 63.1/100 000 en 2013 [1] et à 63/100 000 en 2015 [2]. En effet, la baisse de la densité moyenne s'explique par une stagnation des effectifs couplée à une croissance démographique nationale passant de 60 508 150 individus en 2000 à 65 564 756 au 1er janvier 2014 [3].

1.1.3 Age et sexe des chirurgiens-dentistes

La moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes est de 48,4 ans en 2013. La classe d'âge des 50-60 ans étant la plus représentée dans la profession[4].

La profession est majoritairement masculine, elle ne compte ainsi que 40,4% de femme en France métropolitaine [2]. Cependant, la profession se féminise puisque la proportion de femme a augmentée de 8 points en 14 ans. La part des femmes est supérieure à celle des hommes pour les classes d'âge des moins de 30 ans (60%) jusqu'à 34 ans (56%) [4].

	Hommes	Femmes
70 ans et plus	410 (1%)	63
65-69	1621 (4%)	260 (1%)
60-64	3859 (9%)	1202 (3%)
55-59	4691 (11%)	2262 (6%)
50-54	4129 (10%)	2702 (7%)
45-49	2810 (7%)	2248 (6%)
40-44	2131 (5%)	1930 (5%)
35-39	1846 (5%)	1852 (5%)
30-34	1675 (4%)	2098 (5%)
Moins de 30	1209 (3%)	1835 (4%)

Tableau 1 : Répartition hommes/femmes par classe d'âge

Source: RPPS, traitement DREES, 1 er janvier 2013

1.2 Démographie des chirurgiens-dentistes au niveau régional

1.2.1 Disparités régionales de la densité

La densité moyenne des praticiens est de 63 pour 100 000 habitant sur tout le territoire.

La réforme territoriale du 7 août 2015 [5] a redécoupé les régions en réduisant le nombre de 22 à 13 en France métropolitaine.

En 2016, on constate une forte disparité de la répartition des chirurgiens-dentistes par région sur le territoire [7] comme présenté sur le Tableau 2 et sur la figure 1 .

Bretagne	62.1
Pays de la Loire	54.8
Île-de-France	72.2
Corse	76.2
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	87.2
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	74.4
Nouvelle-Aquitaine	62.1
Auvergne-Rhône-Alpes	64.3
Normandie	40.4
Centre-Val de Loire	45.1
Bourgogne-Franche-Comté	49.8
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	62.1
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	66.3

Tableau 2 : Densité moyenne par régions

n/100000hab

Source: Statista 2016

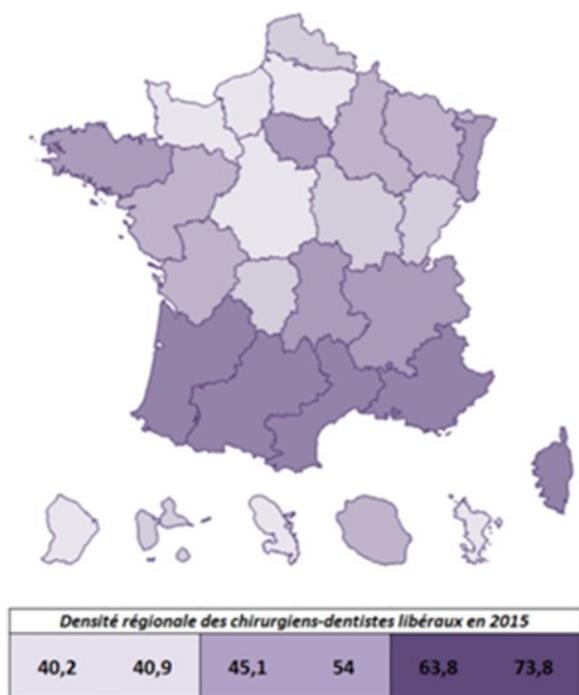


Figure 1 : Répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire

Source: DRESS 1er janvier 2015

La densité est importante dans les régions du sud et la région parisienne.

La faible densité en chirurgiens-dentistes se retrouve dans les régions du centre et le nord.

Cette inégalité de répartition s'observe de manière générale entre les communes rurales et les métropoles plus importantes [2].

Les groupements de petites communes ont une densité proche de 20/100 000 (en 2007) alors que les unités urbaines tout type confondu s'élèvent à 80/100 000, dépassant même les 90/100 000 dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants [2].

1.2.2 Disparité régionale des classes d'âge

Selon les régions, des inégalités de répartition de classe d'âge sont observées [2].

La part des chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans varie de 11% dans la région du Centre à plus de 22% pour la région Nord-Pas-de-Calais. La part des 55 ans et plus varie de 27% (Nord-Pas-de-Calais) à 43% (Centre).

Si nous croisons ces données avec la répartition de la densité des praticiens par région, nous constatons que plus la densité est faible et plus l'âge moyen des praticiens est élevé (exception faite du Nord-Pas-de-Calais et de la région Champagne-Ardenne) [2].

1.3 Mode d'exercice des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes qui exercent en secteur ambulatoire représentent 98,2% de la profession. Les praticiens exerçant en libéral (ou mixte) représentent 90,4% avec un taux de féminisation de 38%.

9,6% des praticiens exercent en tant que salarié, avec un taux de féminisation de 59%. Parmi les salariés, seuls 10,3% sont praticiens hospitaliers [2].

Les chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans exercent majoritairement dans les cabinets de groupe ou les sociétés, l'exercice en cabinet individuel restant quant à lui très minoritaire [2].

Les praticiens de la classe d'âge des 50 ans et plus exercent pour 50% d'entre eux en cabinet individuel.

	Hommes	Femmes	H+F	% total
Hôpital public	428	265	693	1.70%
ESPIC	20	11	31	0.07%
Etab. privé	9	2	11	0.02%
Autres	1597	2091	3688	9.03%
Cabinet	22327	14083	36410	89.17%
Total	24381	16452	40833	100.00%

Tableau 3: Mode d'exercice au 1 er janvier 2013

ESPIC= Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

Source : RPPS, traitement DRESS , 1er janvier 2013.

Champ: France entière.

1.4 Revenu des chirurgiens-dentistes

1.4.1 Moyenne des revenus et honoraires des chirurgiens-dentistes

Selon les chiffres de la CARCDSF, en 2016 les revenus moyens des chirurgiens-dentistes libéraux s'élevaient à 93 795 euros. 17% des praticiens ont des revenus inférieur à 39 228 euros et 10% ont un revenu supérieur à 196 140 euros [8].

Les praticiens de moins de 35 ans ont un revenu de 38% inférieur à la moyenne.

En 2007, le revenu moyen d'une activité libérale s'élevait à 81 400 euros [9].

Le revenu moyen a progressé de 15,23% en 9 ans. Cependant, les écarts entre les revenus minimums et maximums des praticiens libéraux croissent régulièrement [8].

Dans le rapport de la sécurité sociale à la commission des comptes de juin 2010, la moyenne nationale des honoraires perçus par les dentistes libéraux s'élèvent à 220 000 euros par an et par praticien [9].

L'écart important entre la moyenne des revenus et celle des honoraires perçus traduit des charges élevées. En 2007, la moyenne des charges était de 67% par praticien libéral [9]. Ce taux de charge est le plus élevé de toutes les professions de santé [10].

1.4.2 Disparité des revenus en fonction des régions

La disparité de la densité territoriale des chirurgiens-dentistes déjà évoquée semble avoir un impact non négligeable sur les honoraires perçus par les cabinets libéraux. En effet, les praticiens du département des Alpes-maritimes avait perçu des honoraires moyens de 167 000 euros, ce qui représente la plus faible moyenne d'honoraires perçus par cabinet alors que ceux du département d'Eure-et-Loire avait perçu des honoraires moyens de 311 000 euros [10]. Les observations de ces départements laissent apparaitre une densité supérieure à 99,2 pour les Alpes-maritimes et inférieur à 47,3 pour l'Eure-et-Loire [10].

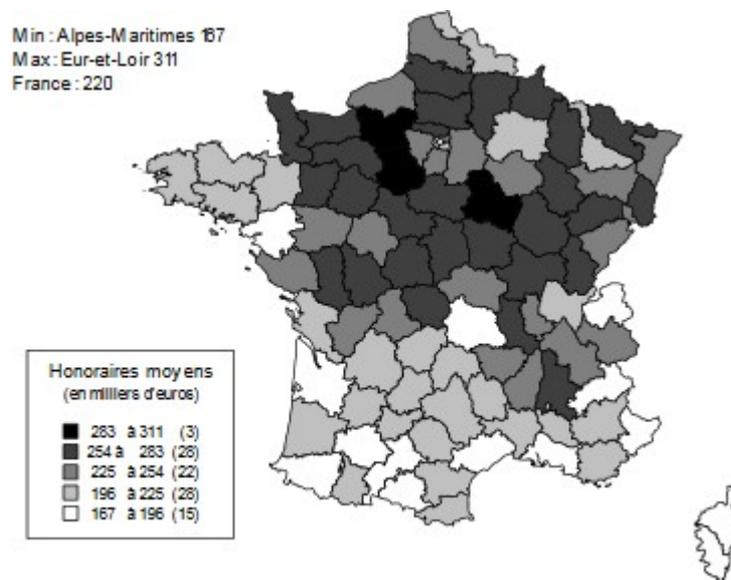


Figure 2 : Disparité départementale des honoraires moyens

Source: CNAMTS, SNIR 2007

1.4.3 Répartition des honoraires d'un cabinet dentaire

Les dépassements d'honoraires constituent en moyenne près de 50% des honoraires totaux.

Les soins prothétiques, alors qu'ils ne représentent que 12% de l'activité, constituent à eux seuls 58% des honoraires totaux [9].

Les soins conservateurs et les extractions dentaires où aucun dépassement ne peut être effectué représentent 2/3 de l'activité libérale. Cependant, ces actes ne représentent qu'un tiers des recettes [10].

La répartition moyenne des dépenses d'un cabinet libéral peut être présentée comme telle:

Rémunération du praticien Avant impôt sur le revenu	35.00%
Frais de structure Personnel, matériel, investissement	17.00%
Charges fiscales et sociales	16.00%
Frais de prothèse fabrication	13.00%
Fournitures dentaires	8.00%
Frais de local Loyer, électricité..	6.00%
Frais divers Assurance, transport, fourniture de bureau, prestations diverses..	5.00%

Tableau 4 : Affectation des honoraires perçus au coût global d'un cabinet

Source: Associations Agréées et Cour des Comptes 2016

1.5 Exercice seul ou avec l'emploi de salarié

1.5.1 Nombre de chirurgiens-dentistes exerçant seuls

La DCASPL (Direction du commerce, de l'artisanat, des services et des professions libérales) a recensé le nombre total de cabinets dentaires, avec ou sans salariés.

En 2010, les entreprises dentaires avec salariés sont au nombre de 23 460 et les entreprises sans salarié (praticiens exerçant seuls) sont de 12 640 pour un total de 36 100 entreprises. Un tiers des chirurgiens dentistes exercent seuls contre deux tiers employant au moins un salarié [11].

1.5.2 Nombre de salariés dans les cabinets employeurs

Plusieurs études ont été menées de 1998 à 2008 pour évaluer le nombre moyen de salariés par cabinet dentaire employeur.

Ces études furent menées par l'AG2R (Caisse de retraite complémentaire de la branche) et par l'OPCA PL (Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales). L'évolution du nombre moyen de salariés par cabinet dentaire employeur est présentée dans le tableau 5, les variations observées entre l'AG2R et OPCA PL sont liées au mode de comptage.

	Nombre d'employeurs	Ratio salariés/employeurs
2010 OPCA PL	23323	1.9
2008 AG2R	21932	2.12
2007 AG2R	22079	2.06
2006 AG2R	22318	2.06
2006 OPCA PL	22954	1.85
2005 AG2R	22300	2.02
2004 AG2R	22294	2.07
2003 AG2R	22045	1.98
1998 AG2R	21449	1.82

Tableau 5 : Ratio salariés/employeur

Source: OPCA PL et AG2R

Différentes sources ont permis d'évaluer un nombre de 83 500 actifs travaillant dans la branche en 2012, dont 46 200 salariés.

Ce nombre de salariés a augmenté de 6,4% de 2003 à 2012. Par ailleurs, le ratio salariés/employeurs a augmenté de 7.1% sur cette même période [11].

Les cabinets dentaires n'employant qu'un salarié représentent à eux seuls 51% des entreprises employeurs.

45% des salariés de la branche travaillent dans des cabinets dentaires employant 3 salariés et plus [11].

1.5.3 Classification des emplois des salariés

Les effectifs salariés des entreprises dentaires sont principalement les aides et assistants dentaires. On trouve également des secrétaires, du personnel d'entretien, des réceptionnistes, et quelques autres employés comme des prothésistes [11].

La définition des tâches est fixée par la Convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992, notamment pour les assistantes dentaires qualifiées [12].

Compétences techniques	Mise en fonctionnement du cabinet
	Nettoie, décontamine et range les appareils
	Décontamine, nettoie, stérilise et range les instruments
	Respect de la réglementation en vigueur
	Assure l'assistance opératoire du praticien
	Développe, identifie et classe les clichés radiologiques
	Repère les signes précurseurs d'un malaise
	Collabore à l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire
Compétences relationnelles	Accueil des patients
	Régule le fonctionnement du cabinet
	Identifie les demandes des patients
	Ecoute, discernement et discrétion
	Gère le carnet de rendez-vous
	Suit, tient à jour et classe les dossiers des patients.
Compétences administratives	Rédige les devis et les notes d'honoraires
	Assure les encaissements et les enregistre
	Assure la liaison avec les divers organismes sociaux
	Assure les relances
	Liaison avec les laboratoires de prothèse
	Gère le stock (petit matériel et consommables)
	Commandes de fournitures et leur suivi

Tableau 6 : Définition des tâches des assistants

Source: Legifrance

1.6 L'évolution des conditions d'exercice professionnel

En 2007, l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) a lancé une grande étude sur la profession de chirurgien-dentiste. Cette dernière dévoile que les conditions d'exercice, assez stables depuis les années 1970, changent considérablement depuis quelques années.

De nouvelles tendances semblent se confirmer, et seraient même en passe de devenir la norme dans l'avenir.

1.6.1 Les jeunes praticiens tardent à s'installer

La durée entre l'obtention du diplôme et la première installation ne cesse d'augmenter avec les années. Autrefois, les chirurgiens-dentistes étaient pressés de créer ou de reprendre un cabinet dès la sortie de la faculté. Aujourd'hui, la tendance est au remplacement, à la collaboration et au salariat dans une moindre mesure, pendant plusieurs années avant d'envisager l'installation [13].

1.6.2 Augmentation du nombre de praticiens salariés

Un praticien peut faire le choix de travailler pour un centre de soin mutualiste, communal, à l'hôpital ou même un cabinet dentaire.

Depuis les années 2000, le nombre de praticiens choisissant le salariat ne cesse de croître. Pour l'instant, cette évolution concerne surtout les premières années d'exercice [13]. Le manque de recul ne permet pas de voir si ce mode d'exercice est réservé à l'entrée dans la vie professionnelle ou bien un véritable choix de vie sur le long terme.

En effet, la profession se féminise depuis quelques années comme déjà évoqué et les études récentes montrent qu'elles exercent moins en libéral quel que soit leur âge. Les hommes travaillent également en salariat, mais cela semble correspondre à leurs premières années de pratique.

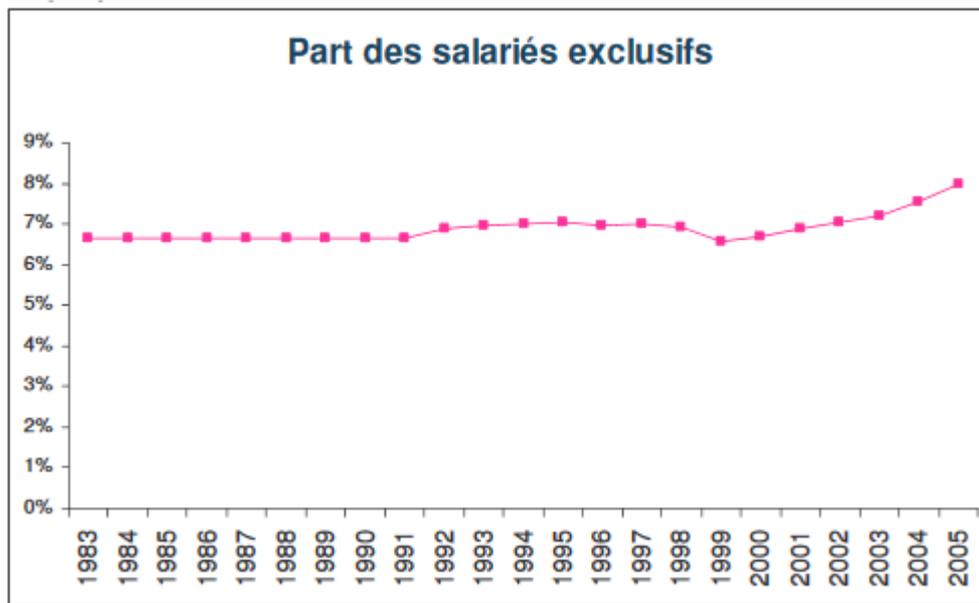


Figure 3 : La progression du salariat

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

1.6.3 Tendance à l'urbanisation des lieux d'exercice

La répartition inégale sur le territoire a déjà été évoquée ainsi que la disparité des densités des chirurgiens-dentiste entre les communes rurales et les pôles de plus grande importance.

L'installation des nouveaux praticiens formés en France se fait préférentiellement en ville plutôt qu'à la campagne. La tendance s'est confirmée ces dernières années [13].

Les raisons invoquées à cette tendance sont d'une part, un meilleur accès aux loisirs, au confort de la vie urbaine, la scolarisation des enfants ainsi que l'activité du conjoint et d'autre part, à l'amortissement plus rapide du plateau technique avec une patientelle urbaine, mieux informée et plus aisée avec une demande de soins plus sophistiqués (implant, parodontologie..) [13].

1.6.4 Réduction du temps de travail

Les représentants de la profession constatent que la tendance des jeunes praticiens est à la diminution du temps de travail. Cette diminution s'observe aussi bien sur le nombre de jours travaillés que sur l'amplitude quotidienne de travail.

La féminisation de la profession contribue pleinement à cette observation, mais la tendance serait générale, les jeunes praticiens souhaitant laisser d'avantage de place aux loisirs et à la vie familiale [13].

1.6.5 Tendance à l'exercice de groupe

Pendant des années, les professionnels pratiquaient la dentisterie de manière "isolée" ou les cabinets individuels étaient très majoritairement représentés.

Ainsi, les cabinets individuels qui représentaient 63% de l'exercice en 2001 ne représentaient plus que 56% en 2006, et la tendance ne cesse d'augmenter [13].

Cette tendance au regroupement ne touche pas que les jeunes professionnels arrivant dans la vie active mais semble bien s'étendre à l'ensemble de la profession.

Les avantages retenus du regroupement pour les jeunes diplômés sont de pouvoir bénéficier de l'expérience de confrères aguerris, que ce soit au niveau purement pratique sur le travail en bouche ou des conseils de gestion du cabinet, du personnel, administratives. Les facilités de prise en main du cabinet, avec des investissements et des risques inférieurs à une installation en solo, sont également intéressantes. L'intégration professionnelle se fait dans de meilleures conditions [13].

1.6.6 Augmentation de la technicité

L'évolution de plus en plus rapide du plateau technique est une tendance aujourd'hui communément admise par tous les acteurs de la profession. Cela est dû à l'explosion de la recherche scientifique et industrielle qui ne cesse de d'augmenter avec les années [13].

La conséquence de cette évolution est un coût toujours plus important du matériel utilisé et de son entretien ainsi que la formation à son utilisation. Cela contribue à la difficulté du jeune diplômé à s'installer dès sa sortie de l'université.

1.6.7 Toujours plus de contraintes

Les normes techniques et les normes sanitaires ne cessent de s'accumuler au fil des années. Chacune d'elles apporte son lot de perte financière ou de temps.

Les exigences nouvelles touchent divers domaines de la pratique professionnelle [13]:

- 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

Ces évolutions ont pour conséquence logique le développement de l'informatique dans les cabinet dentaires qui permet une gestion quasi automatique de certaines de ces contraintes. Il en résulte une modification des méthodes de travail. La nouvelle génération de praticiens sont pour bon nombre d'entre eux, mieux armés pour s'y adapter.

1.7 "Exercer seul" dans la littérature

Le sujet du travail sans assistante dentaire est très peu traité dans la littérature.

1.7.1 L'exercice solo traité dans les études

1.7.1.1 Exercice sans assistante dentaire

Au 1er janvier 2017, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires annonce 42 589 praticiens en activité (toutes activités confondues: libérale, hospitalière, ODF, salariat..) en se référant aux inscriptions au tableau de l'ordre des praticiens en exercice. Elle annonce également le chiffre de 20 278 praticiens qui emploient du personnel [10], or elle cite pour cela une étude menée par l'AG2R en 2013, donc qui datait déjà de 4 ans.

Aucune précision n'est donnée sur le nombre de praticiens exerçant seuls en cabinet libéral.

Les dernières études datant 2010 parlent d'un tiers des praticiens libéraux travaillant seuls, sans autres précisions [11].

Certaines enquêtes comme celle de 2007 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) [13] laissent entendre que le chiffre de praticiens travaillant seuls s'est réduit depuis plusieurs décennies, conséquence d'une modification des méthodes de travail sans apporter plus de précisions.

Dans cette enquête de septembre 2007 réalisée par l'ONDPS, le travail sans assistante est abordé en quelques lignes parlant de "quelques praticiens irréductibles", refusant officieusement la "gestion de personnel" en prétextant "le coût salarial d'une assistante" [13]. Cela laisserait entendre que cette pratique est marginale, loin du "tiers des praticiens" cité par l'observatoire des métiers en 2010 [11].

1.7.1.2 Exercice sans associé

Sur le site officiel de la Confédération National des Syndicats Dentaires, cette dernière annonce qu'au 1er janvier 2017 (dernière mise à jour le 11 novembre 2017) il y avait 16 307 cabinets individuels sur le territoire national [15].

Dans une étude menée en 2009 par l'institut privé Factoriel, ils citent un nombre de 19 370 cabinets individuels au 31 décembre 2004 [14].

Il y aurait donc un diminution d'environ 3000 cabinets dentaires de 2004 à 2017, soit une baisse de 15,5% en 13 ans.

1.7.2 L'exercice solo traité dans la bibliographie

Comme pour les études, l'exercice en solo est très peu abordé dans la littérature. Seuls quelques guides professionnels traitant de l'installation du chirurgien-dentiste évoquent le sujet de manière synthétique en énumérant les avantages et les inconvénients du travail sans assistante dentaire [16] comme présentés dans le tableau 7.

Avantages	Absence de charge fixe de salaire
	Chiffre d'affaire minimum moindre
	Pas de management de personnel
	Pas de recrutement ni de licenciement
	Liberté de temps, de rythme, de revenus
	Changement d'organisation facile
Inconvénients	Porter seul la charge du cabinet
	Impossibilité de réaliser les actes complexes
	Chiffre d'affaire limité
	Solitude professionnelle

Tableau 7 : avantages et inconvénients de l'exercice solo

1.7.3 Statut juridique de l'exercice solo dans les textes

Les différentes formes juridiques du mode d'exercice peuvent se diviser en deux groupes.

Le premier est plus adapté aux associations de praticiens, le régime fiscal est celui qui régit les sociétés. On y trouve les SCP, SCM et différentes SEL.

Le deuxième groupe est mieux adapté aux praticiens exerçant seul, le régime fiscal est plus simple. On y trouve l'EI et l'EIRL.

Exercice libéral individuel	19370
Collaborateur libéral	2819
Exercice en association	14984
Dont:	
Contrat d'Exercice à Frais	1525
Société Civile de Moyens	10328
Société Civile	1612
Société à Participation	64
Société d'Exercice Libéral	1255

Tableau 8: Les différentes formes d'exercice en 2005

Source: ANDEGA, Ordre National des Chirurgiens Dentiste

1.7.3.1 Les Sociétés et la SELARL Unipersonnelle

L'exercice en société est en hausse ces dernières années, au détriment de l'exercice individuel.

Il existe différentes formes de sociétés dont les plus connues sont:

La société Civile professionnelle (SCP). C'est une "société de personne" regroupant des praticiens exerçant une même profession libérale réglementée. Cette société est inscrite au tableau de l'ordre professionnel et doit être immatriculée au registre du commerce et des sociétés.

Il y a un partage des honoraires totaux de la société [17].

La société Civiles de Moyens (SCM) est une société un peu particulière puisque les professionnels associés sont imposés personnellement, la société n'est pas soumise à l'impôt sur les sociétés (IS).

La SCM permet de mettre en commun des biens matériels ou numéraires (locaux, argent..) [18].

Les Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) ont des formes diverses (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA).

La Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée Unipersonnelle ou SELARLU peut être intéressante pour un praticien exerçant seul dans un premier temps et qui souhaiterait à terme faire évoluer son cabinet (prendre un associé, un collaborateur..). La tenue d'une comptabilité est plus lourde et plus complexe que la comptabilité BNC. De ce fait, les coûts de fonctionnement seront plus élevés : frais de constitution, honoraires annuels d'expertise comptable plus élevés, mais la transition sera plus simple.

1.7.3.2 Les formes juridiques simplifiées

Il existe deux formes juridiques spécifiquement dévolues aux praticiens exerçant seuls.

1.7.3.2.1 L'Entreprise Individuelle (EI)

Le praticien exerce en totale indépendance. N'ayant pas d'associés, il peut utiliser les fonds disponibles comme bon lui semble (achat de matériel, réfection des locaux..). De même, la liberté reste totale quant au chiffre d'affaire à réaliser ou le temps de travail.

Le praticien peut s'entourer de personnes compétentes pour veiller à la bonne marche de son cabinet et aux décisions à prendre (expert-comptable, fiscalistes..).

La responsabilité du praticien est engagée financièrement et cela comporte des risque au niveau de son patrimoine immobilier. Il peut effectuer certaines démarches notariales pour permettre l'insaisissabilité de son patrimoine immobilier

Le praticien est imposé sur son bénéfice non commercial au titre de l'impôt sur le revenu (IR).

1.7.3.2.2 Entreprise individuelle à responsabilité limitée

Cette forme juridique fut créée en 2011. Elle offre un statut qui protège le patrimoine personnel de la saisie en cas de faillite de l'entreprise (seul les biens professionnels servent de garantie). De plus, la fiscalité est ouverte à l'impôt sur les sociétés, qui peut être éventuellement avantageuse (après calculs..). L'impôt sur le BNC reste possible comme avec l'entreprise individuelle.

Elle a également l'avantage d'être simple à mettre en oeuvre, et la gestion du cabinet par le biais de ce statut reste bien plus aisée que par le statut SELARLU.

2 . Enquête auprès de la profession

2.1 Introduction

Pour appréhender la question du travail en solo, deux approches semblaient nécessaires.

La première approche repose sur l'étude et l'analyse d'un échantillon de praticiens.

La deuxième approche repose sur un recueil de témoignage des praticiens concernés par le travail en solo.

Les témoignages sont recueillis par le biais d'un questionnaire semi-dirigé permettant la flexibilité des réponses de l'individu. Ce questionnaire fut également proposé à des praticiens travaillant avec une assistante afin de pouvoir comparer les deux groupes.

2.2 Matériel et méthode

2.2.1 Etude sur le département de la Corrèze

Pour avoir un échantillon suffisamment significatif, ce premier travail repose sur l'étude des praticiens exerçant sur le département de la Corrèze et inscrits au tableau de l'ordre (le site du conseil de l'ordre du limousin édite un annuaire sur lequel figure chaque praticien en exercice).

Une fois cela réalisé, le travail consiste à entrer en relation avec chaque praticien de Corrèze et de le référencer dans une des catégories suivantes: seul sans assistante, seul avec assistante, associé, collaborateur etc... puis de présenter les données recueillies.

Puis dans un deuxième temps, nous avons proposé aux praticiens corréziens concernés de répondre aux questionnaires.

Suivant leurs disponibilités, ils pouvaient répondre à un questionnaire rapide (par email la plupart du temps) ou bien en organisant une rencontre de trente à quarante minutes pour un entretien plus approfondi.

2.2.2 Questionnaire rapide

Ce questionnaire était anonyme, il pouvait être rempli en quelques minutes.

Dans un premier temps il fut diffusé par email après contact téléphonique aux praticiens qui le souhaitaient ou déposé en main propre et rempli.

Dans un deuxième temps, pour une diffusion plus large, un site internet destiné aux professionnels de la chirurgie dentaire fut utilisé. Par le biais d'un forum internet, le questionnaire a pu être diffusé à plus de cinquante praticiens différents.

Ce questionnaire permet de voir si un "profil type" de praticien qui travaille en solo émerge du lot. Il permet également d'analyser certaines réponses sous une forme mathématique et même d'effectuer une comparaison avec un groupe de praticiens travaillant avec une assistante.

Ce questionnaire comporte quatre domaines : "histoire personnelle", "cabinet", "organisation" et "sentiment de vie" comportant chacun une dizaine de questions.

Le questionnaire:

1) Histoire personnelle

Quel âge avez-vous?

Année obtention du diplôme?

Année du premier cabinet (hors collaboration)?

Dans combien de villes (ou localités) différentes avez vous eu un cabinet?

Avez vous déjà été associé avec un autre confrère?

Si oui, combien de temps?

Avez-vous eu au moins une assistante?

Si oui, combien de temps?

Avez vous eu des collaborateurs?

Si oui pendant combien de temps?

Depuis combien de temps exercez-vous seul?

2) Votre cabinet

Quel est le nombre d'habitants de la localité ou vous exercez?

Quel est votre statut (EI, selarl?.)

Etes-vous propriétaire des murs?

Quelle est la surface du cabinet (tout compris hors parking)?

La surface est elle adaptée à votre activité (si non, trop petite ? Trop grande?)

Avez-vous un parking patientelle?

3) Organisation

Combien d'heures par jour travaillez-vous ?

Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

Combien de patients par jour voyez-vous ?

Les RDV ont-ils une durée fixe? (si non, adaptée en fonction du type de soins ?)

Avez-vous généralement du retard sur les rdv ?

Employez-vous une femme de ménage ?

Avez-vous recours à une plateforme téléphonique pour les rdv ? (si non, est-ce vous qui gérez les prises de RDV?)

Combien accordez vous de temps à la gestion du cabinet par jour ?

Votre agenda se remplit-il d'une semaine à l'autre ou est-il plein sur plus d'un mois ?

Prenez-vous des urgences ?

Prenez-vous de nouveaux patients ?

Combien de temps d'attente pour un premier rendez-vous ?

Adressez-vous régulièrement des patients à d'autres praticiens ? (ODF, implanto..) (si oui, l'aide d'une assistante ou d'un confrère modifierait-il fondamentalement vos habitudes?).

4) Sentiment de qualité de vie

Considérez-vous votre activité comme fatigante?

Votre niveau de vie vous semble t-il dans la moyenne nationale des chirurgiens dentistes? (si non, inférieur ou supérieur?)

A combien évaluez-vous votre bénéfice par rapport au chiffre d'affaire? (25% / 50%)

Avez vous un plan de retraite?

Complémentaire?

Investissement (immobilier? Financier?)

Avez-vous prévu un âge de départ à la retraite? (lequel)

Votre travail en solo est-il un choix assumé? (si non, est-ce le hasard?)

Le travail en solo vous semble t-il encore possible à long terme dans la société actuelle?

2.2.3 Entretien approfondi

Ce travail consiste à recueillir les témoignages des praticiens exerçant sans assistante et sans associé, comprendre leur histoire et ce qui a motivé leurs choix, s'il leur semble encore possible de nos jours de pratiquer en solo et si oui, quelles en sont les contraintes?

Ce travail repose sur des rencontres avec les praticiens concernés et sur un entretien semi-dirigé orienté par les quatre domaines déjà vus lors du questionnaire rapide.

Le praticien prend ainsi le temps de réfléchir et de s'exprimer. Il peut approfondir les points qui lui sont chers et revenir à son gré sur des parties déjà évoquées.

Les réponses sont anonymes ce qui implique une grande confiance.

2.3 Présentation des résultats

2.3.1 Etude sur le département

Sur le site du conseil de l'ordre de Corrèze, l'annuaire comporte 130 lignes au 1er décembre 2017.

Sur ces 130 lignes, 2 correspondent aux adresses de la CPAM de Brive et Tulle, 2 lignes correspondent à des centres mutualistes (Brive et Beynat) et 5 autres lignes correspondent à des praticiens spécialistes en orthodontie-dento-facial.

En tout, 9 lignes ne correspondent pas à des omnipraticiens libéraux.

Il y a donc 121 chirurgiens-dentistes libéraux dans le département de la Corrèze.

Sur ces 121 dentistes, 54 d'entre eux travaillent en association ou en collaboration.

On trouve 17 cabinets de 2 praticiens, 4 cabinets de 3 praticiens et 2 cabinets avec 4 praticiens.

67 dentistes travaillent en cabinet individuel.

Sur ces 67 dentistes, 42 travaillent avec une assistante.

25 chirurgiens-dentistes travaillent donc seuls et en cabinet individuel.

2.3.2 Analyse des questionnaires

Les questionnaires furent envoyés par email aux praticiens de Corrèze, 6 ont répondu.

Sur le site national des professionnels dentaires sur lequel le questionnaire a été diffusé en ligne via "Google formulaire", 45 chirurgiens dentistes ont participé dont 25 travaillant seul et 20 praticiens travaillant avec une assistante ce qui a permis des comparatifs de revenus et de charge de travail.

Un échantillon de 31 chirurgiens dentistes (25 sur internet et 6 contactés sur le département) travaillant seuls en cabinet individuel et sans assistante dentaire a donc été constitué et les réponses au questionnaire ont été analysées.

2.3.3 Résultats

Sur les 31 dentistes ayant répondu au questionnaire, le plus jeune a 26 ans et le plus âgé 65.

La moitié de ces personnes ont plus de 50 ans.

La taille de la localité dans laquelle ils exercent va du village de 800 personnes à l'exercice parisien. Sur les 31 dossiers, la taille des localités est bien répartie. Toutefois, la moitié des praticiens interrogés exercent dans des localités inférieures à 20.000 habitants.

22 praticiens (71,1%) sont propriétaires des murs.

6 praticiens (13,33%) ont déjà été associés à un confrère par le passé, et 14 praticiens ont déjà travaillé avec une assistante (45%).

En moyenne, les praticiens travaillent 8 heures par jour. Un seul praticien dit travailler dix heures par jour, un autre 6 heures.

De même, la très grosse majorité des praticiens interrogés disent travailler 4 jours par semaine. 7 praticiens sont à 3,5 jours, seulement 1 travaille moins de 3 jours et 2 travaillent 5 jours ou plus.

En ce qui concerne les vacances, la plupart des praticiens sont entre 5 et 8 semaines de vacances par an.

1 praticien prendrait moins de 5 semaines de vacances et 4 praticiens prendraient 9 semaines et plus de vacances par an.

La totalité des praticiens interrogés travaillant seuls prennent 10 à 15 patients par jour, mais la durée des RDV est à modulée avec le plan de traitement pour la plupart (certains, peu nombreux, ont des durées fixes),

Un praticien sur 31 affirme avoir systématiquement du retard, 3 disent que cela leur arrive.

Les deux tiers environ des praticiens délèguent le ménage du cabinet à une entreprise ou à un prestataire (femme de ménage).

Le tiers restant des praticiens accordent 10 à 30 min le matin à la propreté du cabinet.

Le temps accordé à la gestion quotidienne du cabinet est variable d'un praticien à l'autre. Certains praticiens regroupent les tâches de gestion sur une demi-journée (comptabilité, commande..).

La moyenne semble se situer à une heure quotidienne (souvent étalée sur la journée).

Sur les questions relatives aux remplissage des agendas, les praticiens travaillant seuls se partagent en trois groupes : le remplissage de l'agenda d'une semaine à l'autre, sur plusieurs semaines et ceux qui ont un agenda rempli sur plus d'un mois (avec RDV planifiés: plan de traitement, étapes de prothèse..).

En ce qui concerne les urgences, la plupart des praticiens n'acceptent pas les patients qui ne sont pas du cabinet (excepté les praticiens des grandes villes chez les personnes interrogés). Lorsqu'il y a symptomatologie douloureuse, plus des deux tiers des praticiens interrogés soignent le patient dans la journée. Cependant, quelques praticiens affirment ne jamais prendre d'urgence non planifiée.

Le délai d'attente pour un premier rendez-vous varie de quelques jours à quelques semaines (voire des mois). La densité des dentistes sur la localité est directement liée au délai d'attente.

La moyenne effectuée sur les 31 praticiens est comprise entre une semaine et trois semaines.

Les praticiens interrogés adressent régulièrement des patients aux orthodontistes et aux stomatologues (pour les dents de sagesse incluses).

Certains praticiens adressent à des confrères pour l'implantologie mais travaillent toujours avec le même confrère.

Vient ensuite la pédonnologie, la parodontologie, et les cas difficiles.

A la question : "changeriez-vous vos habitudes si vous aviez une assistante ? La réponse est NON majoritairement.

Le niveau de vie des praticiens interrogés semble leur convenir, l'énorme majorité d'entre eux s'estiment privilégiés. Mais des réserves sont formulées sur l'avenir de ce sentiment (notamment à cause des réformes).

Le pourcentage du bénéfice par rapport au chiffre d'affaire des praticiens travaillant seul est situé entre 40% et 50%.

Tous les praticiens interrogés affirment avoir un plan de retraite complémentaire. L'immobilier est cité pour 64% d'entre eux (20 sur 31) et la loi Madelin est citée 14 fois.

L'âge du départ en retraite est en moyenne située entre 62 et 65 ans, 2 praticiens envisagent de travailler au-delà de 70 ans, et 1 souhaite s'arrêter à 50 ans.

A la question relative au choix du travail en solo, la moitié des praticiens interrogés parlent d'un choix assumé dès le début, les autres praticiens y sont venus à la suite de mauvaises expériences ou par nécessité puis par habitude,

Aux questions relatives à l'avenir du travail en solo les réponses ne sont pas significatives. En effet, si une majorité de praticiens affirment que le travail en solo est condamné à disparaître, 4 praticiens sur 31 affirment au contraire que les réformes actuelles vont faire éclater les grosses structures, et qu'une structure la plus réduite possible serait un gage de survie.

2.4 Présentation des témoignages

2.4.1 Introduction

Les témoignages ont été obtenus de plusieurs manières: En rencontrant les praticiens sur leur lieux de travail. Les entretiens avaient une durée de 30 à 45 minutes généralement.

D'autres témoignages ont été obtenus par le biais de forums professionnels sur internet, généralement par des échanges de mails.

2.4.2 Les motivations à travailler sans assistante

En comparant les divers témoignages des praticiens travaillant sans l'aide d'une assistante, certains éléments communs émergent.

Le premier d'entre eux est la notion de "confort". Cela semblerait paradoxal au premier abord puisqu'une assistante devrait les décharger des tâches fastidieuses ou chronophages. Cependant, ces tâches ne seraient pas considérées comme "fatigantes" par les praticiens concernés mais permettraient plutôt de faire une transition entre

chaque patient, et ainsi d'évacuer le stress ou la tension accumulée. D'autre part, toutes ces tâches (ménage, stérilisation, préparation du matériel..) serait le prix à payer pour s'éviter une tâche aux inconvénients bien supérieurs: le management du personnel. En effet, certains praticiens tiennent en horreur cette facette de l'activité professionnelle. En regroupant les divers témoignages à ce sujet, les principales motivations à travailler en solo sont les suivantes:

"L'angoisse de 7 heures du matin" est retrouvée chez certains praticiens qui évoquent une expérience très négative du travail en duo. L'absence imprévue de l'assistante dentaire lors d'une journée de travail occasionne une perturbation de l'organisation de travail telle qu'elle engendre un stress insupportable (tension avec les patients, gestion de tâches dont ils n'ont pas l'habitude..). Ces absences imprévues peuvent avoir des origines diverses (maladie, problème de garde d'enfant..). Les praticiens l'ayant vécu plusieurs fois reconnaissent que cela les a marqué au point de ressentir souvent un stress au moment de se rendre au travail, et confessent que démarrer une journée de travail dans ces conditions n'est pas idéal.

Les raisons suivantes n'occasionnent pas de stress mais sont contraignantes pour certains praticiens.

En premier lieu vient la gestion des fiches de salaire, la gestion et la formation du personnel. Certains praticiens s'estiment peu doués pour le management d'une équipe et n'éprouvent aucune motivation à s'y intéresser.

Les tâches de rangement, stérilisation, préparation.. sont ritualisées et les praticiens ne les considèrent "pas plus fatigantes" que tout autre travail.

Une raison également évoquée est la prévision des congés annuels en début d'année. Certains considèrent comme un véritable luxe de prendre des vacances "quand on le veut" (généralement quelques jours peuvent être posés en prévoyant une fermeture du cabinet deux ou trois semaines à l'avance).

La majorité des praticiens interrogés ont la sensation de maîtriser leur activité en travaillant seuls. Ils évoquent la maxime : "petite structure, petits problèmes".

De même, des praticiens évoquent les frictions avec le personnel et les tentations de "l'abus de pouvoir", ainsi que les contraintes administratives et légales obligatoires liées à l'emploi de personnel dans une structure (salle de repos, cabinet de toilette privé..)

Les praticiens interrogés considèrent donc leur activité solo comme moins stressante qu'avec l'emploi de salariés. Leurs revenus ne leur semblent pas en pâtir, puisque d'après leur expérience, l'emploi d'une assistante dentaire impacte le chiffre d'affaire de charges salariales, le bénéfice résultant serait de 25% du chiffre d'affaire avec une assistante alors que le bénéfice du praticien en solo serait de 50% du chiffre d'affaire, Cependant le nombre de patients par jour est inférieur dans le cas d'un travail en solo, et le temps accordé à la gestion de l'organisation du cabinet y est supérieur.

Enfin, les revenus comparés des deux pratiques ne semblent pas accuser de différences notables, alors que les avantages d'une activité qualifiée de "confortable", "non stressante" et parfaitement maîtrisée semble l'emporter quoi qu'il arrive sur les éventuels revenus.

Les entretiens rejoignent les questionnaires sur le fait que les praticiens considèrent que leur pratique ne serait pas modifiée avec l'emploi d'une assistante.

2.4.3 Les motivations à ne pas s'associer

Spontanément, on retrouve dans les divers témoignages les mêmes analogies relatives au couple, au mariage.. et du divorce dès qu'une association de praticien est évoquée.

Là encore, un certain nombre de praticiens interrogés ont évoqué leurs expériences personnelles qu'elles soient vécues réellement ou en qualité d'observateur.

Pour citer l'un d'entre eux : "on s'associe pour diminuer les charges, mais quand on se sépare on perd dix fois (voir beaucoup plus!) ce que l'on a gagné..".

Certains praticiens évoquent le temps perdu à déminer les conflits potentiels, expliquer son point de vu sans froisser personne, les réunions stériles..etc

Il est très rare d'avoir exactement la même pratique que son confrère et donc les mêmes besoins, les prises de décisions (investissements..) sont souvent perçues comme une succession de concessions , de compromis où " l'on se sent perdant la plupart du temps".

La mesquinerie et la jalousie viennent souvent avec le temps, il y a énormément d'association qui se soldent par des échecs avec les années, c'est toujours un risque.

Le gain d'argent relatif aux partages des frais n'est pas si conséquent pour certains praticiens interrogés.

La difficulté de trouver sa place dans une grosse structure est également évoquée, ainsi que les relations entre personnels (assistantes, secrétaires..) qui peut générer des tensions et des jalousies et peut vite "tourner au cauchemar !".

La gestion du départ d'un associé pas toujours remplacé (espace vacant, charges alourdies..) peut être compliquée.

Là encore la maxime "petite structure, petits problèmes" est citée à plusieurs reprises.

2.3.4 Organisation en solo et gestion de l'hygiène

Toute la difficulté de la pratique sans assistante dentaire est le respect des normes d'hygiène rigoureuses lors des soins et d'éviter une perte de temps trop importante.

Tous les témoignages mettent en évidence de stricts protocoles d'organisation mis en place au préalable et mûrement réfléchis.

Certains praticiens externalisent des tâches du cabinet, telles que les prises de rendez-vous (via une plateforme téléphonique professionnelle ou les sites internet tels que Doctolib..).

Le gain de temps quotidien est indiscutable et les dysfonctions sont rares et sans conséquences excessivement préjudiciables le cas échéant. Les tarifs ne semblent pas rédhibitoires mais certains praticiens continuent à gérer eux même les rendez-vous et les appels téléphoniques. Pour ces derniers praticiens, l'utilisation du répondeur téléphonique est largement utilisé, les patients laissent un message si le praticien est dans l'incapacité de répondre et ce dernier les rappelle lors du temps libre pour fixer le rendez-vous. D'autres praticiens sont beaucoup plus difficiles à joindre, et le déplacement des patients au cabinet pour la prise de rendez-vous s'avère alors nécessaire.

L'externalisation des tâches comprend également le ménage avec un employé d'une entreprise spécialisée qui vient entretenir les locaux en dehors des heures d'ouverture. L'absence ponctuelle de l'employé ne porte pas à conséquence car il est immédiatement remplacé par l'entreprise concernée ou la tâche est remise à un moment ultérieur.

Là encore, certains praticiens préfèrent gérer personnellement l'entretien des locaux, ils y accordent 30 minutes par jour en moyenne.

La comptabilité du cabinet est également externalisée et, plus récemment, l'apparition de services tels que la stérilisation du matériel par des entreprises spécialisées semble conquérir une part de marché grandissante. Le stock de matériel disponible doit être plus important au cabinet dans ce cas, l'entreprise chargée de la stérilisation vient récupérer le matériel souillé dans des casiers spéciaux et nominatifs, et le matériel propre et mis en sachet est restitué le lendemain.

L'externalisation des tâches tend donc à se développer, mais de nombreux praticiens font tout eux même, d'autres n'utilisent que ponctuellement ces services.

Il est important de noter que la quasi totalité des praticiens sont relativement fermes sur les rendez-vous. Ils n'hésitent pas, pour la plupart d'entre eux, à exclure de leur patientelle les personnes qui ne respectent pas les dates et les horaires, et ce d'autant plus qu'ils exercent dans une région en manque de praticiens. Ils ont généralement une plage horaire pour les urgences dans la journée, et admettent qu'ils arrivent généralement à soigner les urgences quand elles se présentent, notamment pour les personnes appartenant à leur patientelle. En revanche les nouveaux patients sont généralement refusés en urgence (sauf, éventuellement dans les grandes villes où la concurrence entre praticiens est notable).

La gestion des urgences est considérée comme primordiale par la plupart des praticiens car elle occasionne du stress lié au retard, qui lui-même peut compromettre la bonne relation praticien/patient d'une part et le résultat des soins d'autre part. En effet, le risque de précipitation peut engendrer une contamination croisée en négligeant le protocole pour gagner du temps ou un manque de concentration.

Les praticiens travaillant seuls n'exécutent pas d'actes trop complexes tels que l'implantologie ou la chirurgie difficile (paradoxalement, tous affirment que l'emploi d'une assistante ne changerait pas fondamentalement leur pratique actuelle..).

Les praticiens loin de la retraite et qui sont encore dans la dynamique d'évolution de leur cabinet dentaire investissent dans de nouvelles technologies leur permettant d'être plus efficaces en solo: utilisation des mélangeurs automatiques, augmentation du nombre de postes informatiques en réseau avec les dispositifs d'imagerie compatibles, logiciel de comptabilité, dossiers patients ..etc installés sur tous les postes, utilisation de plus en plus fréquente de matériels jetables, des matériaux prêts à l'emploi, utilisation de bacs standardisés pour la stérilisation tels que les Tubs, Trofast et Krus, *Bur flash* et *Endoflash nicrominox*..

De même, l'utilisation des caméras de surveillance et les armoires fermées à clef sont fréquentes, car l'assistante dentaire ou la secrétaire d'accueil, dans les cabinets qui en sont pourvus, effectuent par leurs présences un rôle de surveillance qui décourage les incivilités. Les praticiens solo cherchent à avoir un contrôle sur les différents lieux du cabinet où ils sont absents.

Il existe encore quelques praticiens qui prennent plus d'une vingtaine de patients par jour avec des rendez-vous de moins de trente minutes, mais c'est de plus en plus rare et c'est considéré par la plupart comme une pratique "d'un autre temps".

La plupart des praticiens adaptent la durée des rendez-vous en fonctions des actes à effectuer, ils essaient de placer un ou deux rendez-vous dans la journée avec des patients dont ils sont sûrs du sérieux (ponctualité, respect des dates sur le long terme, une certaine "résistance" à la durée des soins..). Ceci permet de limiter le temps perdu lors d'un traitement long (traitement global, importance et diversité des soins en bouche..) et notamment le temps dévolu à la préparation du plateau technique, l'installation du patient, l'anesthésie et le temps dévolu à la stérilisation du matériel lors de multiples séances que l'on pourrait regrouper en une seule.

Un des points négatifs du travail en solo que les praticiens tentent de palier est l'isolement professionnel.

Pour remédier à cela, les formations continues, les congrès, l'ADF sont autant de vecteurs favorisant les échanges professionnels.

Depuis quelques années, les forums internet constituent également un lieu important de communication autour de cas cliniques, de sujets divers tels que le matériel utilisé et comparé, les réformes professionnelles, les expériences les plus diverses.. certains membres sont très actifs. Les praticiens travaillant seuls et pratiquant les forums de dialogue professionnel ne se sentent absolument pas isolés dès lors qu'ils s'impliquent dans les échanges internet.

Les praticiens interrogés donnent des avis convergents sur le protocole d'organisation global.

Généralement, en début d'activité professionnelle le praticien met en place une organisation sur la base de la réflexion, puis une fois celle-ci rodée et optimisée, le praticien la pratique en "routine" chaque jour avec pour consigne de ne jamais la modifier sans une profonde analyse, en prenant le temps de la réflexion.

Certains professionnels préparent les plateaux à l'avance et planifient leur journée dès le matin, d'autre s'accordent du temps entre chaque patient.

Certaines maximes sont retrouvées dans plusieurs témoignages, elles régissent l'organisation fonctionnelle : "réduire, simplifier, rassembler et standardiser.." ou encore "apprendre à faire plus avec moins, sans compromis sur la qualité.."

Concernant le respect de l'hygiène, il y a une volonté d'appliquer les normes actuelles. Ainsi, tous les praticiens interrogés sont par exemple passé, ou envisage de passer dans un avenir proche à la traçabilité par étiquetage automatique de la stérilisation.

Le respect du principe "mains gantées contaminées, mains nues propres) permet de réduire la contamination croisée (observée également dans les cabinets avec assistante qui peu véhiculer les germes au même titre que le praticien).

Une préparation du plateau technique adapté aux soins que l'on va réaliser, avec l'utilisation de precelles de transfert si du matériel est à prendre lors des soins, et une décontamination rigoureuse des surfaces (y compris poignets de tiroirs et clavier d'ordinateur trop souvent oublié) avec une utilisation raisonnée du jetable, tout cela est une garantie suffisante pour ne pas exposer les patients aux contaminations croisées d'après les praticiens interrogés.

La présence d'une assistante ne serait pas plus protectrice si le protocole est rigoureusement respecté.

2.4.5 Praticiens solo vs praticiens avec assistante

Par le biais d'un forum internet, une discussion a pu être organisée entre les différents praticiens (qualité des soins, de vie..).

Ce débat reste néanmoins très difficile à appréhender d'un point de vue objectif car il fait appel à la subjectivité des personnes concernées.

La personnalité du praticien (et/ou son histoire personnelle) dans le choix du mode d'exercice solitaire semble prépondérante plutôt qu'une approche véritablement rationnelle.

2.4.5.1 Qualité des soins

Le consensus suivant se dégage (pour les actes techniques):

- Les moyens mis en oeuvre conditionnent le résultat.
- La qualité des soins est imputable au praticien.
- la satisfaction du patient est le plus souvent obtenue.

Que le praticien travaille avec ou sans assistante, qu'il exerce seul ou en cabinet de groupe, la qualité du soin sera obtenue (et bien souvent la satisfaction du patient) si le protocole clinique est respecté et que le praticien le maîtrise parfaitement.

2.4.5.2 Qualité de vie

La "qualité de vie" serait considérée comme une pratique correspondant aux attentes (compatible avec sa vie familiale, temps libre, le bien-être professionnel, la reconnaissance..)

Chacun semble se satisfaire de sa situation et paradoxalement, les deux groupes sont d'accord sur un point: "c'était mieux avant et demain sera pire qu'aujourd'hui..".

Lorsque l'on évoque les revenus, les praticiens travaillant avec une assistante estiment qu'ils ont des revenus supérieurs.

Cependant, à la question: "votre niveau de vie vous semble-t-il dans la moyenne nationale des chirurgiens dentistes?" La quasi totalité des praticiens (solo ou non) répondent OUI voir SUPERIEUR pour certains. Ceux qui le trouvent inférieur le justifient (par exemple ne travaillant que deux jours par semaine, charges élevées et concurrence professionnelle dans les grandes villes, investissements importants en cours..).

Il devient alors très difficile de trancher la question. Si cette différence de revenus existe , il n'y a pas de statistiques officielles et lors des entretiens il ne semble pas émerger d'éléments objectifs dans un camp ni dans l'autre.

2.4.5.3 Rentabilité du cabinet

Si pour certains cabinets, l'emploi d'une assistante est un gain incontestable de rentabilité et de confort (le praticien délègue tout ce qui n'est pas le travail en bouche), faut-il encore que certaines règles soient respectées:

- Nombre suffisant de patients par jour
- Assistante formée et efficace (téléphone, administratif, cerec..)
- Bonne entente relationnelle

Encore une fois, les cabinets avec assistante dentaire semblent atteindre le seuil de rentabilité plus rapidement si l'on se base sur les témoignages.

Les seules "études" sur le sujet viennent des entreprise de coaching (Binhas) qui proposent un suivi du cabinet dentaire avec une formation continue et la mise en place d'une stratégie (qui intègre l'optimisation de l'assistante dentaire) pour faire augmenter le chiffre d'affaire.

Les praticiens sans assistante recherchent la "sérénité d'esprit" avant tout (ils le présentent comme tel dans les témoignages), l'augmentation significative du chiffre d'affaire semble pour eux seulement tenir à un accroissement de travail hebdomadaire (avec une structure suffisamment moderne, ex: radio numérique).

Le coaching de management d'entreprise est pour la plupart générateur de pression et de stress à long terme.

Cependant, un praticien solo voulant se faire coacher pour augmenter la rentabilité de son cabinet affirme ne pas trouver les prestations de service correspondants.

Lorsque l'on évoque la rentabilité des cabinets, à l'instar des revenus, les cabinets des praticiens travaillant seuls ne semblent pas en difficultés..

Il serait donc difficile d'en tirer une conclusion négative.

3- Analyse et discussion

Depuis 1990, bien que la profession ait vu ses effectifs totaux stagner aux alentours de 40 000 praticiens, plusieurs évolutions ont eu lieu. La densité moyenne des dentistes a diminué du fait de l'augmentation de la population. Nous pouvons noter une féminisation progressive de la profession due à l'augmentation du nombre d'étudiantes admises en deuxième année.

Les modifications les plus importantes concernent la répartition des dentistes sur le territoire. En effet, l'inégalité de densité des professionnels exerçant en campagne et en ville ne cesse de se creuser, seules les communes de bord de mer tirent leur épingle du jeu, notamment la Côte d'Azur pour son ensemble, mais également toute la côte atlantique pour les zones à moins de trente kilomètres de l'océan. Ainsi, une zone de densité élevée en dentistes s'étend surtout sur des régions peuplées telles que celles situées vers Nantes, Bordeaux, le pays Basque..

Les grandes agglomérations, Paris en tête, ont une densité professionnelle véritablement excessive qui génère une concurrence entre praticiens et une course à la rentabilité du fait des charges de fonctionnement plus élevées qu'à la campagne d'une part, et d'un nombre plus restreint de patients par cabinet dû à la forte densité professionnelle.

Les raisons de cet attrait pour les grandes villes viennent principalement de la facilité d'emploi pour les épouses ou époux des praticien(ne)s, de la simplicité de scolarisation des enfants et de la vie citadine est très ancrée dans le style de vie courant (culture citadine: restaurants, cinémas, théâtres, bars, commerces...) notamment après le long cursus d'étude dentaire qui représente six années au minimum).

Au regard de toutes ces informations, nous pouvons faire les analyses suivantes.

La concurrence entre praticiens des grandes villes et des zones fortement attractives (bord de mer..) engendrerait une course à la rentabilité avec pour conséquence une augmentation des actes rémunérateurs comme la prothèse, l'implantologie, le "hors nomenclature"..

Ces actes impliquent souvent pour nombre d'entre eux le travail à quatre mains, d'où la présence indispensable d'une assistante dentaire.

En conséquence, la question du "sur-traitement" se pose, la recherche de la rentabilité pourrait affecter la moralité d'un praticien.

La mise en commun de certains équipements et locaux professionnels tels qu'une salle de chirurgie ou un cone beam par exemple, tous deux fort coûteux à l'installation et l'entretien, nécessiterait une association de praticiens, toujours dans un souci de rentabilité (via le partage de leurs utilisations).

La féminisation de la profession implique également des modifications majeures du fait des périodes de maternité et des contraintes quotidiennes rencontrées avec l'éducation de ses propres enfants (horaires d'école, vacances scolaires..), car les garderies et assistantes maternelles diverses ne solutionnent pas tout et les femmes semblent beaucoup plus impliquées dans la gestion familiale des enfants que les hommes, bien que les choses tendent à changer ces dernières décennies. Une pratique en ville est plus adaptée pour les collaborations professionnelles et les éventuels remplacements de congés maternité qui permettent une meilleure adaptation du temps de travail et de gestion du planing familial. Cependant, le travail en ville implique alors les contraintes vues précédemment (concurrence, sur-traitement..).

En revanche, une petite commune de campagne, loin des grandes métropoles et des lieux à forte attractivité, voit les frais de fonctionnement et les charges d'un cabinet dentaire considérablement réduites par rapport à ceux des grandes villes, comme par exemple les impôts locaux, l'immobilier..

Or ces même charges se répercutent également sur la baisse de prix des prestataires de service auquel le cabinet dentaire ferait appel (prothésistes, agence d'entretien..), diminuant du même coup les autres dépenses du cabinet dentaire.

Enfin, il y a une très forte demande des patients due à la faible densité professionnelle, ce qui a pour effet de rendre la concurrence entre professionnels inexistante.

Toutes les conditions seraient réunies pour attirer un nombre conséquent de praticiens (notamment lorsque leurs enfants deviennent indépendants), mais paradoxalement, on constate qu'il y a actuellement une désaffection certaine pour ces lieux en dépit des avantages et des aides de l'état accompagnant un tel choix d'installation.

L'évolution des moeurs est encore trop récente pour observer si les praticiens implantés en ville en début de carrière pour les raisons invoquées se déplaceront dans les petites communes de provinces pour une fin de carrière plus au calme, le problème du travail du conjoint étant toujours problématique.

C'est principalement en campagne que l'on trouve les praticiens qui travaillent seuls, c'est à dire sans associé ni assistante, les frais de fonctionnement et la concurrence y étant plus faibles comme nous l'avons déjà évoqué.

De plus, une pratique traditionnelle (soins consevateurs, pas de sur-traitement...) y serait suffisante car le seuil de rentabilité du cabinet est rapidement accessible.

Nous pouvons ainsi noter que les praticiens travaillant dans les campagnes françaises sont très majoritairement plus âgés que la moyenne. Or, à l'époque de leur installation, travailler seul était courant (années 70-80). L'habitude professionnelle acquise pourrait expliquer le constat actuel associant l'âge et la pratique professionnelle dans les petites communes, les jeunes praticiens choisissant majoritairement de s'installer dans les grandes agglomérations.

Il est important de constater dans les témoignages des praticiens ayant fait leurs carrière dans les petites communes le rôle essentiel de leurs compagnes, notamment dans la prises en charge des enfants (trajet pour l'école, vacances..) et souvent dans l'aide ponctuelle pour le cabinet (ménage, tenue des comptes..).

Dans les témoignages, nous constatons également que les jeunes praticiens et praticiennes évoquent pour la plupart la peur de s'éloigner des grands pôles, les raisons principales étant la crainte de l'isolement et la trop forte demande de la patientelle avec les risques de sur-sollicitation qu'elle implique (pourtant tout à fait gérable selon les praticiens actuels).

En résumé, nous voyons qu'une désertification d'une partie du territoire (rural et petites villes) au profit des lieux attractifs (grandes villes et bord de mer) engendre un accroissement à la fois de l'emploi de salariés, des associations professionnelles et des actes rémunérateurs; Le prix à payer étant une concurrence et des charges élevées (y compris celles des prestataires).

Les causes évoquées seraient donc la qualité de vie des zones attractives, l'effet de mode, la demande du conjoint et des enfants, la décomplexion de la recherche de rentabilité (coaching)..

Dans ces conditions, l'avenir de l'offre de soins dans certains territoires semble s'orienter vers une situation dramatique, d'autant que les professionnels du secteur ferment leurs cabinets les uns après les autres (pour cause de retraite le plus souvent). Or, comme nous l'avons dit précédemment, le praticien travaillant seul et sans associé y était bien représenté. Cette pratique serait-elle donc condamnée à disparaître?

Lorsque nous avons rencontré des praticiens travaillant seuls, nous avons pu remarquer qu'une certaine catégorie de professionnels en a fait le choix assumé. Ce choix reposerait même, pour nombre d'entre eux, sur une expérience d'association avec plus ou moins d'employés et aurait été effectué en " connaissance de cause".

Les nombreux récits d'associations qui se sont mal passées attestent de la fréquence notable de ce vécu, avec à la clé des amitiés détruites et des pertes financières importantes.

Les praticiens évoquent même l'analogie du couple et du divorce..

D'autres praticiens ont récemment fait le choix de s'installer seuls dès le début, souvent à l'occasion de la reprise d'un cabinet.

Nous retrouvons fréquemment chez les praticiens la volonté de garder la maîtrise de leur activité entrepreneuriale et notamment en évitant la "complexité" de la gestion de personnel (administrative, syndicale..) et des mauvaises surprises de celui-ci (absence, mésentente..). Les tâches moins gratifiantes tels que le ménage ou la stérilisation sont vues comme le prix à payer d'une plus grande liberté (dates des congés et horaires plus flexibles) et d'un meilleur contrôle du cabinet.

Les praticiens travaillant seuls évoquent le plus souvent la recherche de la qualité de vie et abordent assez peu spontanément les questions économiques du cabinet (croissance organique, rentabilité..) alors que ces questions sont au centre des préoccupations collectives des gros cabinets de groupe.

Certains praticiens qui ont fait récemment ce choix rejettent catégoriquement l'idée d'une association ou de l'emploi de salarié. La disparition totale de ce mode de pratique ne semblerait alors pas d'actualité dans ces conditions, d'autant que les mœurs ne cessent d'évoluer et qu'une correction des excès de tendances constatés (notamment l'installation dans les lieux attractifs) pourrait tout à fait s'opérer dans les années qui viennent. Il serait donc très difficile de faire des projections cohérentes

Il suffirait qu'un changement de paradigme s'opère pour observer un retournement tendance en quelques années.

L'analyse des réponses aux questionnaires concernant les récentes réformes est intéressante notamment concernant un éventuel effet accélérateur de la disparition du travail en solo.

Fin octobre 2017, le projet de loi de finance de la sécurité sociale a été présenté à l'assemblée nationale, il n'y a pas été fait mention du "remboursement des prothèses dentaires" (qui était une promesse de l'actuel président lors de l'élection présidentielle). Il était légitime d'interroger les praticiens sur l'avenir du travail en solo au travers du prisme des réformes en cours.

A la question : " le travail en solo vous semble-t-il encore possible à long terme dans la société actuelle?" , sur 51 questionnaires 10 répondent OUI, 7 ne savent pas et 32 répondent NON et 1 répond "OUI et NON" et 1 répond "DIFFICILEMENT".

Sur les 32 qui répondent NON, certains précisent que, quel que soit notre mode d'exercice , les temps seront durs.

Sur les 10 qui répondent OUI, certains affirment que le travail en solo serait une garantie de survie!

Nous nous heurtons à la subjectivité de la personne concernée.

Deux praticiens ont concédé que si la réforme passait (plafonnement du prix des prothèses à 550 euros) ils augmenteraient le prix de leurs prothèses à 550 euros alors qu'ils sont actuellement en dessous de ce prix.

Il est très difficile dans ces conditions de dégager un point de vue objectif sur l'avenir du travail en solo alors qu'un tiers des praticiens français travaillent seuls actuellement.

Les réformes amènent une part d'inconnu et suscitent de l'angoisse. Celle-ci se traduira-t-elle dans le réel par une modification du mode d'exercice?

Tout cela renforce l'idée que des projections cohérentes sont très difficiles à réaliser.

Conclusion

Juridiquement, il est tout à fait légal de travailler sans assistant ni associé. Dans les études récentes [11], un tiers des chirurgiens-dentistes libéraux travaillent encore seuls .

Le regroupement des praticiens en sociétés semble se préciser ces dernières années au détriment des cabinets individuels. De même, la désertification des campagnes se prononce avec le remplacement partiel des effectifs par la jeune génération de praticiens.

Les deux phénomènes semblent liés. Cependant, cette tendance pourrait fort bien reposer sur un effet de mode. Les avantages du regroupement par association et de l'emploi de salarié trouvent actuellement grâce auprès d'une majorité jeunes professionnels alors qu'une partie de praticiens irréductibles refusent l'idée d'abandonner la pratique solo telle qu'ils l'ont choisie.

Cette pratique solo ne semble d'ailleurs pas être au détriment des soins comme explicitement présenté dans les témoignages. Les concernés justifient le choix de cette pratique par une qualité de vie jugée meilleure.

Dans ces conditions, et tant que la loi sera tolérante à son égard, il semble que le travail en solo ait encore un avenir pour une catégorie de praticiens. L'option qu'elle connaisse un regain d'attractivité un jour ou l'autre ne pourrait être définitivement exclu.

Il sera sans doute intéressant dans quelques années de renouveler une analyse des pratiques afin de valider ou d'infirmer les évolutions observées aujourd'hui.

Ce travail de recherche et d'analyse m'a énormément apporté dans le positionnement à prendre dès le début de la pratique libérale

Vu, le président et directeur,
Pr. OLIVIER HAMEL


27.5.18

Bibliographie et références

- (1) http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/news/DOC_2.pdf
- (2) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
- (3) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
- (4) <https://www.dynamiquedentaire.com/bilan-demographique-des-chirurgiens-dentistes-en-france/>
- (5) <http://www.gouvernement.fr/action/la-reforme-territoriale>
- (6) <https://fr.statista.com/statistiques/589201/dentistes-densite-region-france/>
- (7) <http://solutionsmedicales.fr/s-installer-en-liberal/la-carte-de-france-des-chirurgiens-dentistes>
- (8) <http://www.cnsd.fr/tout-sur-la-cnsd/que-faisons-nous/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>
- (9) http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201006_fic-10-1.pdf
- (10) http://www.cnsd.fr/images/PDF/cnsd/2017_10_11_chirurgiens_dentistes_donnees_chiffrees.pdf
- (11) https://www.observatoire-metiers-entreprises-liberales.fr/fichiers_utilisateurs/fichiers/statistiques/ETUDES/ETUDES%20THEMATIQUES/SANTE/DENTISTES/2012/OMPL-Dentaire-Statistique-Web.pdf
- (12) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?cidTexte=KALITEXT000005649106&idSectionTA=KALISCTA000018261688&idConvention=KALICON T000005635655&dateTexte=29990101>
- (13) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolution.pdf
- (14) http://www.factorielles.fr/factographies/CHIR_DENT.pdf
- (15) <http://www.cnsd.fr/tout-sur-la-cnsd/que-faisons-nous/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>
- (16) E. BINHAS, Y. HAREL, D. RAHAL, S. RATIER, M. SABECK S'installer, déménager, réaménager son cabinet dentaire, p.78 . Novembre 2007 Edition Cdp
- (17) <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/societes-civiles-professionnelles-scp.php>
- (18) <https://www.afecreation.fr/pid611/scm.html>

PEUT-ON ENCORE TRAVAILLER SEUL AU CABINET DENTAIRE?

RESUME EN FRANÇAIS :

Les chirurgiens-dentistes travaillant seuls représentaient encore récemment le type d'exercice le plus répandu. Aujourd'hui, les pratiques ont évolué vers des cabinets de groupe et l'assistante dentaire est devenue une aide souvent reconnue comme indispensable pour la gestion du cabinet. Ce travail présente un état des lieux des pratiques actuelles dans un secteur géographique délimité (*le département de la Corrèze*) ainsi que des témoignages recueillis auprès de professionnels qui ont fait le choix de travailler seul. La discussion permet de mieux comprendre l'évolution des pratiques, ainsi que les raisons qui poussent encore certains à conserver un exercice professionnel strictement individuel.

TITRE EN ANGLAIS : Is it still possible to work alone in a dental practice?

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOT-CLES : Chirurgie dentaire, mode d'exercice, pratique individuelle.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire: 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse cedex

Directeur de thèse: Pr Olivier HAMEL