

UNIVERSITE DE NANTES  
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE  
-----

Année : 2013

N° : 027

**Syndrome d'épuisement professionnel  
(burnout) du chirurgien-dentiste**

-----  
THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE  
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

*présentée et soutenue publiquement par*

**Natacha Hautefeuille**

*épouse Brunelet*

née le 8 janvier 1987 à Pithiviers

*le 19 septembre 2013 devant le jury ci-dessous*

Président : Monsieur le Professeur Bernard Giumelli

Assesseur : Monsieur le Docteur Dominique Marion

Membre invité : Madame le Docteur Leila Liman

Directrices de thèse: **Mesdames les Docteurs Valérie Armengol et Bénédicte Enkel**

<b>UNIVERSITÉ DE NANTES</b>	
<b>Président</b>	Pr. Olivier LABOUX
<b>FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE</b>	
<b>Doyen</b>	Pr. Yves AMOURIQ
<b>Assesseurs</b>	Dr. Stéphane RENAUDIN Pr. Assem SOUEIDAN Pr. Pierre WEISS
<b>Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	
Monsieur AMOURIQ Yves Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur JEAN Alain	Monsieur LESCLOUS Philippe Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
<b>Professeurs des Universités</b>	
Monsieur BOHNE Wolf ( <i>Professeur Emérite</i> )	Monsieur BOULER Jean-Michel
<b>Praticiens Hospitaliers</b>	
Madame DUPAS Cécile	Madame LEROUXEL Emmanuelle
<b>Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	<b>Assistants hospitaliers universitaires des C.S.E.R.D.</b>
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Monsieur DENIAUD Joël Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LAGARDE André Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Séréna Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur UNGER François Monsieur VERNER Christian	Monsieur BADRAN Zahi Madame BERTHOU STRUBE Sophie Madame BORIES Céline Monsieur CAMPARD Guillaume Madame DAZEL LABOUR Sophie Monsieur DEUMIER Laurent Monsieur FREUCHET Erwan Monsieur FRUCHET Aurélien Madame GOAEMAERE GALIERE Hélène Monsieur LANOISELEE Edouard Madame MALTHIERY Eve Monsieur MARGOTTIN Christophe Madame MERAMETDJIAN Laure Madame ODIER Amélie Monsieur PAISANT Guillaume Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan Monsieur TOURE Amadou (Assistant associé)

Par délibération en date du 6 décembre 1972, le conseil de la faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

## Remerciements

### **A Monsieur le Professeur Bernard Giumelli,**

Professeur des universités

Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires

Docteur d'Etat en Odontologie

Chef du département de Prothèses

-NANTES-

*Pour ses conseils bienveillants tout au long de mes études.*

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.*

### **A Madame le Docteur Valérie Armengol,**

Maître de conférences des universités

Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires

Docteur de l'université de Nantes

Département d'Odontologie Conservatrice-Endodontie

-NANTES-

*Pour votre disponibilité, vos encouragements et votre aide précieuse tout au long de mes études.*

*Pour m'avoir proposé ce sujet de thèse pertinent et d'actualité.*

*Pour vos corrections attentionnées.*

*Et pour m'avoir évité le burnout.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mes remerciements les plus sincères.*

## **A Madame le Docteur Bénédicte Enkel,**

Maître de conférences des universités

Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires

Docteur de l'université de Nantes

Département d'Odontologie Conservatrice-Endodontie

-NANTES-

*Pour votre douceur, votre disponibilité, vos attentions et votre soutien tout au long de mes études.*

*Pour avoir accepté de diriger cette thèse*

*Pour votre aide précieuse dans l'analyse statistique de cette thèse.*

*Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements.*

## **A Monsieur le Docteur Dominique Marion,**

Maître de conférences des universités

Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires

Chef du département d'Odontologie Conservatrice-Endodontie

-NANTES-

*Pour vos attentions et vos précieux conseils tout au long de mes études.*

*Pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.*

## **A Madame le docteur Leïla Limam,**

Docteur en Médecine Dentaire

*Pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse en tant que membre invité.*

**Aux chirurgiens-dentistes qui ont répondu avec intérêt à  
cette étude,**

*Pour votre participation et votre temps passé.*

*A l'amour de ma vie,*  
Pour son amour et son soutien.  
Pour tout le bonheur que l'on vit ensemble et que l'on vivra encore longtemps.  
Je t'aime pour toujours.

*A Laura,*  
Pour tout depuis le début de ma vie...

*A Sophie,*  
Pour tout ce parcours de ma vie à tes côtés même si on est loin...

*A ma cousine Laura,*  
Pour son amour...

*A Agnès,*  
Pour son soutien et son amour.

*A Sandra,*  
Pour ton amitié et ton aide depuis qu'on se connaît...

*A Pauline,*  
Pour ta précieuse amitié...

*A Fred et Annie,*  
Pour votre amitié, votre aide précieuse et la voltige...

*A Laurent et Sylvie,*  
Pour votre amitié, nos soirées endiablées et votre soutien...

*A Jean-Charles et Béa, Marie et JP, Morgane et Marjo, Laurent et Béa, Baptiste,*  
Pour votre amitié et votre soutien.

*A mes amis et amies de primaire, de collège, de lycée, de Tours, de la faculté, du tennis ou de la gym,*  
*Et à tous ceux qui m'ont soutenue,*  
Qui m'ont aidée un jour ou l'autre à être ce que je suis aujourd'hui.

*A ma belle-famille et tout particulièrement à Mina,*  
Pour votre amour et votre réconfort.

*A ma famille,*  
Vous avez fait de moi une battante, c'est aussi grâce à vous si j'ai réussi malgré les conditions parfois compliquées.

*A Marie,*  
Pour m'avoir toujours protégée...

*A Full,*  
Qui a partagé avec moi ses longs moments de rédaction...

# SOMMAIRE

Introduction

## PREMIERE PARTIE : STRESS ET BURN-OUT DU PROFESSIONNEL DE SANTE

1. Situation du concept
  - 1.1. Historique
    - 1.1.1. Naissance et origine
    - 1.1.2. Emergence et évolution
  - 1.2. Définition
    - 1.2.1. Définition selon l'OMS et différents auteurs : introduction de différentes notions
    - 1.2.2. Le stress chronique, cause principale de burnout du professionnel de santé
    - 1.2.3. Les trois dimensions
      - 1.2.3.1. L'épuisement émotionnel
      - 1.2.3.2. La dépersonnalisation
      - 1.2.3.3. La diminution de l'accomplissement personnel au travail
    - 1.2.4. Les 4 phases du syndrome d'épuisement professionnel
  - 1.3. Limites du Syndrome d'épuisement professionnel
    - 1.3.1. Diagnostic différentiel : dépression...
    - 1.3.2. Une maladie professionnelle ?
    - 1.3.3. Différence avec le bonheur et la santé au travail
  - 1.4. Différentes professions atteintes et données épidémiologiques
2. Les différentes techniques de mesure du burnout
  - 2.1. Différents concepts psychologiques
    - 2.1.1. Le MBI, la référence
    - 2.1.2. Autres concepts
  - 2.2. Les mesures biologiques ?
    - 2.2.1. L'adrénaline et le cortisol...
    - 2.2.2. Sur le plan cardiaque

## DEUXIEME PARTIE : BURNOUT DU CHIRURGIEN DENTISTE

1. Facteurs de risques chez l'odontologiste
  - 1.1. Caractéristiques individuelles
    - 1.1.1. Age
    - 1.1.2. Sexe
    - 1.1.3. Type de personnalité
    - 1.1.4. « Self-efficacy »
    - 1.1.5. Locus of control
    - 1.1.6. Différents types de « coping »
  - 1.2. Etudes et orientation de carrière
    - 1.2.1. Etudes
    - 1.2.2. Choix professionnel et orientation de carrière
  - 1.3. La profession en elle-même
    - 1.3.1. L'engagement au travail comme facteur protecteur ?
  - 1.4. Santé du Chirurgien-dentiste
    - 1.4.1. Sommeil et habitudes de vie
    - 1.4.2. Santé physique et mentale

- 1.5. Entourage et loisirs
  - 1.5.1. Activité physique
  - 1.5.2. Statut marital et entourage
- 2. Etiologies au cabinet dentaire : « les stressors »
  - 2.1. La notion de temps et de surcharge au travail
  - 2.2. La relation praticien-patients
    - 2.2.1. Une relation déséquilibrée et chargée d'émotions
    - 2.2.2. Les exigences des patients
    - 2.2.3. Incivilités et agressivité
    - 2.2.4. La peur du patient lui-même
    - 2.2.5. Problème d'acceptation du plan de traitement
    - 2.2.6. Peur du professionnel d'infliger la douleur
    - 2.2.7. Manque de reconnaissance
    - 2.2.8. Manque de communication
    - 2.2.9. Patient avec droits et devoirs
  - 2.3. Les stressors physiques
    - 2.3.1. Le bruit et les odeurs
    - 2.3.2. Les positions de travail
    - 2.3.3. La vue
    - 2.3.4. La concentration
    - 2.3.5. Les risques liés à la contamination biologique
    - 2.3.6. Les risques liés à la radioactivité
  - 2.4. Les responsabilités
    - 2.4.1. Administratives et de gestion
      - 2.4.1.1. Isolement face aux institutions
      - 2.4.1.2. « la paperasse »
      - 2.4.1.3. Gestion d'une société
    - 2.4.2. Soins
      - 2.4.2.1. Lourds antécédents des patients
      - 2.4.2.2. Minutie, précision et difficultés des actes
      - 2.4.2.3. Théorie versus pratique
      - 2.4.2.4. Obligation de résultats et de qualité
      - 2.4.2.5. Difficulté diagnostique
    - 2.4.3. Responsabilité relationnelle
      - 2.4.3.1. Avec les employés
      - 2.4.3.2. Avec les confrères
    - 2.4.4. Finances
    - 2.4.5. Face aux contrôles
  - 2.5. Démographie professionnelle
  - 2.6. Formations
- 3. Manifestations, symptômes et risques
  - 3.1. Réactions du chirurgien-dentiste
  - 3.2. Signes physiologiques
  - 3.3. Manifestations et risques physiques
    - 3.3.1. Symptômes physiques
    - 3.3.2. Risques physiques
      - 3.3.2.1. Les addictions : tabac, alcool, médicaments...
      - 3.3.2.2. La mort
  - 3.4. Manifestations et risques psychiques
    - 3.4.1. Symptômes psychiques

- 3.4.2. Risques psychiques
  - 3.4.2.1. La dépression
  - 3.4.2.2. Le suicide
- 3.5. Manifestations et risques au cabinet dentaire
  - 3.5.1. Travail difficile
  - 3.5.2. Face au patient
- 3.6. Problèmes relationnels à l'extérieur
  - 3.6.1. Conflits familiaux
  - 3.6.2. Isolement

## TROISIEME PARTIE : L'ENQUETE

1. Objectifs et hypothèses de travail
2. Matériel et Méthodes
  - 2.1. Population recrutée
  - 2.2. Moyens de recrutement
  - 2.3. Recueil des données
    - 2.3.1. Elaboration du questionnaire (présenté en annexe)
    - 2.3.2. Entretien téléphonique
  - 2.4. Analyse statistique
    - a. Analyse descriptive
    - b. Test de comparaison entre les deux groupes
    - c. Analyse bivariée : lien entre le score de burnout et les variables étudiées
    - d. Analyse multivariée par régression logistique
3. Résultats
  - 3.1. Taux de réponses
  - 3.2. Analyse descriptive : caractéristique des praticiens interrogés
    - 3.2.1. Le burnout
      - 3.2.1.1. Les praticiens du Loiret
      - 3.2.1.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
      - 3.2.1.3. Comparaison des deux groupes
    - 3.2.2. Caractéristiques sociodémographiques
      - 3.2.2.1. Les praticiens du Loiret
      - 3.2.2.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
      - 3.2.2.3. Comparaison des deux groupes
      - 3.2.2.4. Lien avec le burnout
    - 3.2.3. Les conditions et le temps de travail
      - 3.2.3.1. Les praticiens du Loiret
      - 3.2.3.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
      - 3.2.3.3. Comparaison des deux groupes
      - 3.2.3.4. Lien avec le burnout
    - 3.2.4. Les activités et le sommeil
      - 3.2.4.1. Les praticiens du Loiret
      - 3.2.4.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
      - 3.2.4.3. Comparaison des deux groupes
      - 3.2.4.4. Lien avec le burnout
    - 3.2.5. Leur personnalité
      - 3.2.5.1. Les praticiens du Loiret
      - 3.2.5.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
      - 3.2.5.3. Comparaison des deux groupes
      - 3.2.5.4. Lien avec le burnout

- 3.2.6. Au cabinet
  - 3.2.6.1. Les praticiens du Loiret
  - 3.2.6.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
  - 3.2.6.3. Comparaison des deux groupes
  - 3.2.6.4. Lien avec le burnout
- 3.2.7. Les relations avec les patients
  - 3.2.7.1. Les praticiens du Loiret
  - 3.2.7.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
  - 3.2.7.3. Comparaison des deux groupes
  - 3.2.7.4. Lien avec le burnout
- 3.2.8. Contact avec les institutions
- 3.2.9. Entourage
  - 3.2.9.1. Données des deux groupes et comparaison
  - 3.2.9.2. Lien avec le burnout
- 3.2.10. Santé physique
  - 3.2.10.1. Les praticiens du Loiret
  - 3.2.10.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
  - 3.2.10.3. Comparaison des deux groupes
  - 3.2.10.4. Lien avec le burnout
- 3.2.11. Comportement
  - 3.2.11.1. Les praticiens du Loiret
  - 3.2.11.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
  - 3.2.11.3. Comparaison des deux groupes
  - 3.2.11.4. Lien avec le burnout
- 3.2.12. Santé psychique
  - 3.2.12.1. Les praticiens du Loiret
  - 3.2.12.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
  - 3.2.12.3. Comparaison des deux groupes
  - 3.2.12.4. Lien avec le burnout
- 3.2.13. Lieu du travail
  - 3.2.13.1. Les praticiens du Loiret
  - 3.2.13.2. Les praticiens de Loire-Atlantique
  - 3.2.13.3. Comparaison des deux groupes
  - 3.2.13.4. Lien avec le burnout
- 3.3. Modèle multivarié
- 4. Discussion
  - 4.1. Biais et limites
    - 4.1.1. Réponses
    - 4.1.2. Questionnaire
    - 4.1.3. Représentativité de l'échantillon étudié et évaluation
  - 4.2. Des résultats obtenus
    - 4.2.1. De la prévalence du burnout
    - 4.2.2. Des données descriptives de chaque échantillon, et de leurs éventuelles corrélations avec le burnout
      - 4.2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques
      - 4.2.2.2. Les conditions et le temps de travail
      - 4.2.2.3. Les activités et le sommeil
      - 4.2.2.4. Leur personnalité
      - 4.2.2.5. Au cabinet
      - 4.2.2.6. Relationnel avec les patients
      - 4.2.2.7. Entourage
      - 4.2.2.8. Santé physique

- 4.2.2.9. Comportement
- 4.2.2.10. Santé psychique
- 4.2.2.11. Lieu de travail
- 4.2.2.12. Profil du praticien en épuisement professionnel : facteurs prédictifs les plus importants
- 5. Quelques idées de prévention commentées
- 6. Conclusion de l'enquête

Conclusion

Références bibliographiques

Annexes

Né dans les années 60, le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout est un concept d'actualité très présent dans notre société durant cette période de crise. Il touche toutes les catégories socio-professionnelles et de plus en plus de travailleurs en sont victimes. Du plus « simple stress » (par exemple chez un salarié pour une mésentente avec son patron) au suicide (comme des employés dans certaines usines en Chine...), le burnout représente une véritable menace pour les professionnels et se développe de manière exponentielle dans nos sociétés modernes. De plus, l'agence européenne pour la santé au travail estime que le coût des troubles liés au stress au travail est de 20 milliards d'euros par an en Europe. De nombreuses études scientifiques (environ 6000 livres, articles et autres ont été publiés) ont été élaborées sur le sujet dans divers milieux professionnels et dans différents pays afin d'essayer de mieux comprendre et prévenir ce phénomène qui est un vrai problème de santé publique.

Mais finalement, peu de recherches ont été réalisées sur l'épuisement professionnel des chirurgiens-dentistes, et rarement en France. Pourtant, le métier d'odontologiste est reconnu parmi les plus stressants (souvent après les policiers) et c'est une profession plutôt mal-aimée. L'actualité (les chirurgiens-dentistes à Marseille qui ont extrait des dents saines pour poser des implants ou les chirurgiens-dentistes de l'île de France qui posent des prothèses sur les dents saines des patients CMU...) ne joue pas en notre faveur. Le burnout est un risque psycho-social majeur pour les chirurgiens-dentistes. Les revues dentaires montrent malgré tout un intérêt croissant pour le phénomène, des études ont été faites mais souvent avec un nombre insuffisant de sujets. De plus, la majorité des recherches sont transversales, il est alors difficile d'évaluer une relation de cause à effet entre les différents facteurs de stress et le burnout.

Dans cette thèse, nous avons choisi d'étayer un peu plus les réalités de la vie du praticien en s'appuyant sur quelques données scientifiques, nous voulons étudier une vision clinique et non seulement théorique du syndrome d'épuisement professionnel. Nous nous devons d'essayer de trouver des solutions pour prévenir le burnout afin d'endiguer la « perte » de nos soignants déjà peu nombreux dans certains départements et ainsi éviter un coût important à notre société.

Dans un premier temps, nous ferons un récapitulatif de l'état des connaissances scientifiques actuelles sur le syndrome d'épuisement professionnel du professionnel de santé en ayant une approche épidémiologique. Ensuite, nous aurons une approche multifactorielle centrée sur l'odontologiste lui-même : rôle des facteurs psychosociaux en tant que facteurs de risque, étiologies au cabinet dentaire, manifestations et risques sur la santé du praticien.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une enquête parmi les chirurgiens-dentistes de deux départements différents : le Loiret et la Loire Atlantique. Ce travail permet d'évaluer le degré du burnout, les facteurs de risque et les conséquences parmi ces praticiens et ainsi comparer les résultats avec les données de la littérature. Pour parfaire cette étude, nous verrons succinctement les différents moyens de prévention commentés par les sujets de l'enquête.

## 1. Situation du concept

### 1.1. Historique

#### 1.1.1. Naissance et origine [1 ; 18 ; 31 ; 46 ; 112]

Le syndrome d'épuisement professionnel est principalement employé sous l'appellation burnout. Ce terme anglais est composé du verbe « to burn » qui signifie brûler ou laisser brûler et de l'adverbe « out » dont les traductions peuvent être nombreuses : dehors, éteint... Le verbe « to burn out » se traduit par s'éteindre pour un feu et par s'épuiser ou s'user à travailler pour une personne. Le burnout peut s'écrire avec deux orthographes différentes selon les auteurs : « burnout » ou « burn-out » sans changement de sens et signifie alors : épuisement. Le sens littéral est plutôt « brûlure interne ».

C'est en 1959 qu'un psychiatre français, Claude Veil, décrit pour la première fois des états d'épuisement professionnel qui proviennent d'un stress permanent et de différents ajustements face à de lourdes contraintes. L'approche de l'épuisement au travail est alors liée à la suite d'un effort sous une contrainte de la personne elle-même ou venant de l'extérieur. Dans un usage plus littéraire, Graham Greene en 1960 publie un roman : A Burnout Case, dans lequel il brosse le portrait d'un architecte devenu cynique qui part dans les régions reculées d'Afrique pour trouver du repos. Le terme plus scientifique a été utilisé en 1969 par H.B Bradley qui identifie un mal-être, un stress spécifique lié au travail, et le nomme burnout.

HJ Freudenberger (31), psychiatre allemand résident aux Etats-Unis a conceptualisé ce phénomène pour la première fois en 1974. Il travaillait dans une clinique (« free clinic ») en tant que bénévole pour venir en aide aux toxicomanes. Il a alors décrit un phénomène négatif parmi les bénévoles ou les travailleurs qui étaient avec lui. Après un an de travail, épuisé suite à des demandes excessives, ils déclaraient alors des symptômes psychiques : perte de l'enthousiasme de départ, irritabilité..., des symptômes physiques : fatigue, perte d'énergie, maux de tête..., des symptômes comportementaux : réaction d'évitement envers les patients... HJ Freudenberger (31) donne alors le même nom aux symptômes de ces bénévoles que celui qui définit l'état des toxicomanes chroniques : « burnout » (en 1972, le terme « burnout » est utilisé en argot pour désigner celui qui est accro aux drogues, celui dont le cerveau a été brûlé). Ce psychiatre utilise une métaphore : le travailleur épuisé est alors « en burnout » comme une bougie qui se consume lentement ou encore

comme l'incendie d'un immeuble. L'individu puise toutes ses ressources internes, brûle de l'intérieur et est au bord de l'épuisement, même s'il paraît intact à l'extérieur. Le terme est également employé dans l'industrie aérospatiale et électronique, il désigne alors une fusée en surchauffe qui a épuisé tout son carburant et qui risque de brûler elle-même. Ce psychanalyste publie ses différentes observations et recherches dans un livre : « The High Cost of High Achievement ».

En 1977, Christina Maslach, chercheuse en psychologie, réalise les premières conférences sur le sujet. Elle publie un article sur les personnes à activité sociale qui perdent leurs sentiments émotionnels. Le burnout arrive quand les aidants ne sont plus capables de faire face à leur stress émotionnel.

Pendant ces deux décennies, le burnout était surtout réservé aux professions d'aide, comme les infirmières, les médecins, les enseignants, les avocats...

#### 1.1.2. Evolution et émergence

[1 ; 112]

Dans les années 80, l'utilisation du terme burnout est élargie à tous les travailleurs et non plus seulement aux professionnels de la relation d'aide. Le concept d'épuisement professionnel évolue plus comme un modèle biopsychosocial. Il se développe alors de manière exponentielle.

Le syndrome d'épuisement professionnel connaît une émergence internationale dès les années 70 avec les premiers cas au Japon de ce qu'ils nomment : « karoshi ou kaloshi ». Ce terme peut être traduit littéralement par « mort par sur-travail ». C'est une mort subite (souvent après un arrêt cardiaque ou un accident vasculaire cérébral) suite à un épuisement dû au surmenage au travail. Le nombre d'heures de travail par an par individu au Japon, est en moyenne beaucoup plus important que dans tous les autres pays industrialisés. Il existe un terme qui correspondrait plus aux risques du burnout : « karobyō » qui signifie « maladies par excès de travail ». Le karoshi est reconnu comme maladie professionnelle au Japon et les familles des victimes peuvent être indemnisées.

Dans les années 70, un nouveau terme apparaît populaire : « workaholic » grâce à Wayne Oates qui écrit « confessions of workaholic » aux Etats-Unis. Il définit une personne « bourreau de travail », qui est accro à son travail. Ces individus « workaholics » pourraient finir épuisés au travail et subir un burnout.

En 1981, Christina Maslach réalise les premiers travaux sur l'état d'épuisement (chez les avocats commis d'office). C.Maslach et S.E.Jackson définissent alors le burnout comme un processus tridimensionnel, avec une composante affective, attitudinale et cognitive. B.Perlman et A.Hartman

en 1981 ont recensé plus de 48 définitions différentes entre les années 1974 et 1980. Le phénomène d'épuisement professionnel touche de plus en plus d'individus et connaît un intérêt croissant pour de nombreux scientifiques.

Dans les années 90, dans les pays anglo-saxons, on parle aussi de « jobstrain » quand la pression au travail (tension) est trop forte.

Enfin, le concept d'épuisement professionnel est de plus en plus présent de nos jours avec la crise financière actuelle et l'évolution de notre société, notamment dans le domaine de sa judiciarisation.

## 1.2. Définition

### 1.2.1. Définitions selon l'OMS et différents auteurs : introduction de différentes notions.

[1 ; 6 ; 11 ; 25 ; 26 ; 47 ; 48 ; 56 ; 118]

Tout d'abord, la découverte du syndrome d'épuisement professionnel est un paradigme important dans le monde professionnel et particulièrement dans le domaine de la santé. Mais, nous ne retrouvons pas de consensus pour la définition du syndrome d'épuisement professionnel. Il n'existe pas de classification internationale reconnue qui serait pourtant nécessaire. Les scientifiques s'accordent tout de même majoritairement sur la définition de Christina Maslach de 1981 et sur la cause principale du burnout : le stress chronique au travail. De plus, selon A.Weber (118), nous ne disposons pas de critères obligatoires pour établir le diagnostic d'un syndrome d'épuisement professionnel. Cependant, toutes les différentes recherches montrent que le burnout se développe progressivement. Il peut toucher de manière différente chaque personne, les définitions du concept peuvent être nuancées en fonction de la profession et de l'individu lui-même.

D'après l'organisation mondiale de la santé, le burnout se définit par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». Mais selon la littérature scientifique, il est difficile de délimiter ce phénomène complexe. Il peut être déterminé comme un processus ou comme un état. Ces deux théories sont assez distinctes l'une de l'autre. Les définitions sur l'état du syndrome nous éclairent plutôt sur les symptômes du burnout, tandis que celles représentant le processus du syndrome font apparaître les différences entre l'investissement au travail de l'individu et la réalité du travail. Le concept du processus montre un déséquilibre entre les efforts et les récompenses du professionnel (différences entre attentes et résultats ou entre idéal et réalité). Le burnout apparaît chez un travailleur quand une grande

divergence est présente entre les ressources de l'individu et les demandes professionnelles. Certains auteurs introduisent la notion d'interaction dans la définition du syndrome. Le burnout est le résultat d'une interaction entre un individu et son travail (au sens global). Plus les interactions avec autrui dans le monde professionnel sont directes, répétées, longues, plus le risque de développer les symptômes du burnout augmente. De plus, la notion de chronicité est souvent introduite dans les définitions, le burnout est la conséquence principale d'une réponse prolongée à un stress chronique dû à des agents stressants affectifs et interpersonnels au travail.

Le développement d'une autre notion me paraît également essentiel pour définir les limites du concept. Pour certains auteurs, le burnout est une maladie : « maladie de l'âme en deuil de son idéal » (HJ Freudenberger, 1978) (31), « maladie de la relation d'aide », « maladie de la fonction professionnelle » (M.Delbrouck (26)) ou encore « maladie du battant ». Pour d'autres scientifiques, c'est une crise et non une maladie. Selon la définition de « maladie » présente dans le Larousse, la maladie est « une altération de la santé ou des fonctions des êtres vivants, en particulier quand la cause est connue (par opposition à un syndrome) et comportant une évolution ». Cependant, le terme burnout a été traduit par « syndrome » d'épuisement professionnel et non « maladie d'épuisement professionnel ». Toujours selon le Larousse, un syndrome est un « ensemble de plusieurs symptômes ou signes en rapport avec un état pathologique donné et permettant par leur groupement, d'orienter le diagnostic ». L'absence de cause spécifique permet souvent de différencier le syndrome de la maladie. Or, dans notre cas, il existe une cause principale : le stress chronique mais qui n'est pas obligatoirement spécifique au burnout. Nous sommes face à un problème de délimitation théorique du syndrome d'épuisement professionnel mais en pratique la maladie et le syndrome se confondent souvent. De plus, le burnout est à la fois une altération de la santé et un ensemble de symptômes.

Si l'on reprend la définition suivante de la maladie : « ensemble des conséquences ressenties (subjectives) et observables (objectives) d'une perturbation de la vie normale par une atteinte d'un organisme », on y retrouve alors les caractéristiques principales du burnout. Selon certains psychologues, le syndrome d'épuisement professionnel est le résultat de la conjonction d'éléments « stressseurs » objectifs (au travail) et subjectifs (paramètres individuels). Si l'on présente le burnout comme une maladie, il peut être intéressant de le confronter aux trois termes anglo-saxons : *disease* (maladie objectivable), *illness* (maladie ressentie par l'individu) et *sickness* (maladie interférent dans le milieu social). Le burnout pourrait être une « disease » car il peut être objectivable et diagnostiqué par le médecin, mais il n'est pas répertorié dans la classification internationale des maladies (CIM). Il peut être une « illness », car il peut être ressenti par le professionnel atteint mais il est souvent nié et ignoré (notamment chez les médecins et les chirurgiens-dentistes qui ne se reconnaissent pas

comme malades). Le burnout est en fait souvent une « sickness », car il interfère dans le monde du travail et dans les relations professionnelles (avec les clients ou patients), il nuit à la société. Le syndrome d'épuisement professionnel peut être à la fois *disease*, *illness* et *sickness*, ou il peut se retrouver dans un seul terme, ou aucun en fonction de sa progression et de sa gravité.

Aussi, pour mieux cerner le concept du syndrome d'épuisement professionnel, nous pouvons définir l'épuisement. Selon le Larousse, l'épuisement représente « l'état de quelqu'un dont le tonus nerveux est très réduit, une faiblesse extrême ». Littéralement, le syndrome d'épuisement professionnel est l'ensemble de symptômes retrouvés chez un travailleur usé et très affaibli.

Ainsi, selon les auteurs d'articles scientifiques, on observe différentes approches pour définir ce concept de burnout.

Dans un premier temps, HJ.Freudenberger (31) en 1974 l'a décrit comme « une brûlure interne ». Le professionnel atteint découvre que la réalité au travail est bien éloignée de son idéal perçu. Selon ce psychiatre, le burnout est un « état de fatigue, de frustration », une perte de motivation qui apparaît quand le dévouement aux personnes devient excessif et ne conduit plus aux résultats attendus. Avec les mêmes notions de perte ou d'idéal, nous retrouvons la définition de J.Edelwich et A.Brodsky (1980): c'est une « perte progressive d'idéalisme, d'énergie et de but », complétée par J.Sturgess et A.Poulsen (1983) : « ressentie par les individus dans les professions d'aide à cause de leur travail ».

C.Cherniss en 1980 a une approche plus transactionnelle et introduit la notion d'engagement au travail : « processus dans lequel un professeur précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties ». Le burnout apparaît quand l'engagement au travail présente trop d'intensité pour l'individu.

La définition de C.Maslach et SE.Jackson (1981) est devenue un modèle de référence dans les recherches sur le burnout. Ces deux psychologues le définissent comme un « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». Ils font apparaître ainsi les trois dimensions qui représentent l'état du syndrome. Ils intègrent alors des variables socio-environnementales. D'autres auteurs reprennent ces trois dimensions en rappelant la cause principale dans leur définition : « Le burnout est une réponse au stress émotionnel chronique avec trois dimensions : l'épuisement émotionnel ou physique, la diminution de la productivité et la dépersonnalisation. » (B.Perlman et A.Hartman, 1982). C. Maslach (71) élabore plus tard (2001) une autre définition avec WB.Schaufeli et MP.Leiter (71) en reprenant la notion de stress et en précisant

des symptômes : « Le burnout est un stress caractérisé par les symptômes suivants : épuisement mental, fatigue physique, détachement au travail, diminution des compétences, perte d'énergie, augmentation de l'irritabilité, de l'endormissement et des problèmes de concentration, qui peut arriver indépendamment dans tout type de profession. »

L'approche d'A.Pines, E.Aronson et D.Kafry, en 1981, est motivationnelle, ils introduisent la notion de désintéressement professionnel. « Le burnout est caractérisé par un épuisement physique, par des sentiments d'impuissance et de désespoir, par un assèchement émotionnel et par le développement du concept de soi négatif et d'attitudes négatives envers le travail, la vie et les autres personnes. » Cela montre les effets délétères du phénomène sur les professionnels atteints et sur les relations interpersonnelles.

En 1988, A.Pines et E.Aronson délimitent l'épuisement du syndrome dans leur modèle. Ils considèrent le burnout comme « un épuisement physique (diminution de l'énergie), émotionnel (perte d'espoir) et mental (dévalorisation) causé par l'implication à long terme dans des situations exigeantes émotionnellement. » P.Canoui et A.Mauranges (2001) cernent le symptôme principal : « c'est un épuisement causé par la fatigue physique, émotionnelle et mentale du praticien ». Ce syndrome inclut l'épuisement émotionnel, la fatigue physique et mentale (inhabituelle) comme des conséquences d'un stress de longue durée au travail.

Un autre auteur, A.Shirom, cite trois dimensions du syndrome légèrement différentes de celles de C.Maslach et SE.Jackson. En 1989, sa définition est la suivante : « le burnout réfère à une combinaison de fatigue physique, d'épuisement émotionnel, et de lassitude cognitive. » Il fait évoluer son modèle en 2003 en intégrant la notion de la diminution des ressources personnelles de l'individu : « le burnout est une réaction affective au stress permanent dont le noyau central est la diminution graduelle avec le temps des ressources énergétiques individuelles qui comprennent l'expression de l'épuisement émotionnel, de la fatigue physique et de la lassitude cognitive. »

Les définitions sur le mécanisme du syndrome d'épuisement professionnel sont plus récentes. Le burnout est considéré comme un échec des stratégies d'adaptation de l'individu face au stress au travail. Selon JC.Sarros et IL.Densten, il s'agit d'un mécanisme d'adaptation non approprié aux conditions de travail stressantes. Pour D.Bernier, le burnout résulte de l'incapacité de la personne à résoudre un conflit lié à la perte de sens de son travail. Il s'agit d'une crise d'adaptation. C'est en fait la conséquence d'une tentative d'adaptation et d'un manque de ressources pour affronter le stress au travail.

En définitive, avec ces nombreux et différents modèles, nous pouvons retenir les notions suivantes : le syndrome d'épuisement professionnel est une réaction de crise suite à des agents « stressseurs » et à une diminution des ressources personnelles et des capacités d'adaptation de l'individu usé dans sa profession. On repère un symptôme omniprésent : la fatigue. (On cite ici « la mauvaise fatigue » comme une « érosion des valeurs et de la volonté ».)

Enfin, parmi ces différentes définitions, le stress chronique est toujours la cause principale du syndrome. Cependant, la progression du burnout est conceptualisée de manière différente selon les auteurs. Les théories de progression du syndrome les plus connues sont : les trois dimensions de C.Maslach et SE.Jackson (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction de l'accomplissement personnel) et les quatre phases de J.Edelwich et A.Brodsky (enthousiasme, stagnation, frustration, apathie).

#### 1.2.2. Le stress chronique, cause principale de burnout du professionnel de santé

[12 ; 20 ; 26 ; 46 ; 56 ; 62 ; 100 ; 110]

Avant tout, le stress professionnel est reconnu parmi les risques psycho-sociaux comme le plus important pour l'individu, c'est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail, et il a un coût socio-économique très élevé pour la société tant sur le plan national qu'international.

Comme pour le syndrome d'épuisement professionnel, les définitions du stress sont nombreuses et variées. Le mot « stress » est issu du latin « stringere » qui signifie serrer, l'étymologie montre l'oppression dans la notion de stress. D'après l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». Nous retrouvons la notion de déséquilibre présente dans la définition du burnout. Le stress professionnel et le burnout se distinguent non par leurs symptômes mais par la base de leurs processus. Le syndrome d'épuisement professionnel est un syndrome multifactoriel, mais qui résulte principalement d'un état de stress intense et prolongé ou chronique. Ainsi, le burnout est la conséquence du stress prolongé, c'est le stade ultime de réponse au stress. A l'inverse, le stress est la principale cause de burnout.

Plus précisément, le syndrome d'épuisement professionnel d'un individu résulte de la corrélation entre son exposition à des sources de stress de façon permanente et prolongée et sa capacité à disponibiliser ses ressources nécessaires pour s'adapter. Le burnout est plutôt persistant,

ses symptômes se présentent sur le long terme. Tandis que le stress est plutôt temporaire, s'il se prolonge il induit l'épuisement professionnel.

Cependant, il ne faut pas éviter le stress mais arriver à le gérer. De plus, le stress n'induit pas toujours un burnout. Selon Charles Darwin, le stress est nécessaire à l'évolution adaptative. C'est une réaction normale qui permet de s'adapter, pour de nombreux scientifiques ce n'est pas une maladie. S'il persiste, il peut être considéré comme maladie, il cause le burnout. La réaction au stress correspond aux efforts pour s'adapter à une nouvelle situation. Le stress est une réponse non spécifique à toute sollicitation. Il existe un « un bon stress » et « un mauvais stress », mais également un bon dosage du stress.

Le bon stress (« eustress » en grec) est nécessaire pour lutter contre le danger, il permet la fuite ou le combat, c'est la réaction d'urgence de Cannon. Sur le plan biologique, on observe une augmentation de l'adrénaline. Le bon stress est une réaction d'adaptation satisfaisante qui permet un sentiment d'accomplissement personnel, de la satisfaction, ou encore une certaine stimulation, excitation. On le retrouve par exemple dans les sports de compétition comme une sensation agréable et nécessaire aux performances maximales pour les sportifs. Ce bon stress peut être présent dans le monde du travail, lorsque le professionnel a une certaine pression (temps, argent, autrui ou lui-même). Le stress peut alors augmenter les capacités et les performances du travailleur. C'est un stress aigu qui ne dure pas.

Le mauvais stress (« distress » en grec) est une réaction négative d'adaptation (rupture d'un équilibre par trop ou pas assez d'efforts). C'est un trouble de l'adaptation, par exemple l'individu qui perd ses moyens. Hans Selye, endocrinologue en 1930 qui propose une première théorie sur le stress, observe sur les rats une dégradation physique chez les animaux qui ont peur de leur environnement. Le stress a donc un impact sur la santé. Selon KR.Pelletier (en 1984) 50 à 80% des maladies psychosomatiques sont en rapport avec des niveaux de stress élevés.

De plus, le professionnel ne doit pas avoir un stress léger (« hypostress ») ou trop de stress (« hyperstress ») mais un niveau de stress optimal qui dépend des variables individuelles et qui stimule au mieux les capacités physiques et intellectuelles. C'est pourquoi Hans Selye définit le stress comme « le sel de la vie ».

Le syndrome d'épuisement professionnel est surtout induit par une quantité trop élevée de stress ou un stress trop long et répété ou encore un mauvais stress (avec mauvaises réactions d'adaptation). Dans ces conditions, le professionnel n'arrive plus à gérer et c'est le burnout.

Il existe trois modèles de stress les plus connus.

Tout d'abord, Hans Selye conceptualise en 1936, le syndrome général d'adaptation face à des situations qui sont perçues comme exerçant une demande ou une pression sur l'individu. Dans sa théorie plutôt biologique et comportementale, il synthétise les effets non spécifiques du stress sur l'organisme, il s'agit d'une perturbation de l'homéostasie sur le plan cellulaire (syndrome local d'adaptation) et sur l'organisme en général.

Il définit alors trois phases dans le syndrome général d'adaptation face à une situation stressante:

- la phase d'alarme ou d'alerte. C'est une période de préparation, d'adaptation de l'organisme pour faire face au stress. Le système sympathique mobilise l'énergie nécessaire. On observe : une augmentation de la sécrétion des catécholamines par les glandes médullo-surrénales, l'adrénaline et la noradrénaline qui ont pour effets : tachycardie, hypertension, augmentation du niveau de vigilance, mydriase, contraction musculaire, augmentation de la température corporelle... Le système parasympathique agit lui pour protéger d'une hyper activation de l'organisme et a les effets inverses. L'organisme est alors prêt à faire face à la menace.

- la phase de résistance ou d'endurance. La situation se prolonge plus de 48 heures, l'organisme fait face à la menace. L'axe corticotrope est activé. On observe la sécrétion de glucocorticoïdes qui augmentent le taux de sucre dans le sang apportant l'énergie nécessaire aux muscles, au cœur et au cerveau. Si cette phase perdure, le stress devient chronique et l'individu se fatigue.

- la phase d'épuisement. L'organisme est alors dépassé physiquement, c'est pathologique. Cette phase finale est caractérisée par une hyperstimulation de l'organisme, il n'y a plus aucune régulation, le corps est envahi d'hormones activatrices néfastes et d'hormones en trop grande quantité, cela provoque une dégradation physique. Le burnout est alors assimilé à ce dernier stade, d'où le terme de syndrome d'épuisement professionnel. L'individu peut s'épuiser jusqu'à la mort, cette fin est alors nommée Karoshi (mort par épuisement au travail).

Nous pouvons imaginer cette théorie chez un chirurgien-dentiste face à un agent stressant. Lors d'un soin qui s'avère compliqué, le praticien est en phase d'alarme, il réagit à un stress aigu. Si la journée de travail entière est stressante pour l'odontologiste, il rentre en phase de résistance. Mais si chaque patient devient source de stress ou que les situations stressantes sont longues (semaine difficile) ou répétées (plusieurs « cas » compliqués) alors le chirurgien-dentiste entre en phase d'épuisement professionnel.

Ensuite, les auteurs font intervenir la dimension psycho-sociale.

Le modèle de stress au travail de RA.Karasek, en 1978, est la conception la plus influente dans de nombreuses recherches scientifiques. Cette théorie s'appuie sur le déséquilibre demandes-contrôle. Des demandes élevées et un contrôle ou une autonomie décisionnelle faible sur une situation professionnelle induisent la perception d'un stress et une tension au travail. L'auteur rajoute ensuite dans son modèle une troisième composante : le soutien social.

Le modèle de J.Siegrist ressemble à cette théorie en évoquant un déséquilibre entre les efforts de l'individu (face aux contraintes professionnelles...) et les récompenses obtenues (salaire, estime, reconnaissance). Le résultat de ce déséquilibre est le stress. De plus, s'il est présent sur le long terme, le stress devient chronique avec un risque de déclencher un burnout.

L'approche transactionnelle de RS.Lazarus et S.Folkman, en 1984, fait intervenir le stress comme un processus entre la personne et son environnement. Les auteurs définissent leur théorie du stress autour de l'individu. Une personne face à une situation stressante, évalue le danger (stress perçu) et ses propres ressources (personnalité...) pour y faire face. L'évaluation de l'environnement menaçant et de ses ressources personnelles permet à l'individu de mieux percevoir la situation et de mettre en place des stratégies d'adaptation (« coping » en anglais) face au stress. Par exemple, face à une grande menace et des ressources trop faibles, il met en place un « coping » de fuite. Les stratégies d'adaptation efficaces contre le stress le sont aussi contre le burnout.

La réponse biologique, psychologique et comportementale d'un individu face au stress provient toujours d'une situation, d'un élément, d'un agent, d'une source ou d'un facteur stressant que l'on nomme « stresseurs ». Ces « stresseurs » présentent une ou plusieurs caractéristiques suivantes : ils peuvent être incontrôlables, imprévisibles, nouveaux ou menaçants physiquement ou psychologiquement pour l'individu lui-même. Plus ils présentent ces caractéristiques, plus ils agissent de façon répétée ou sur le long terme, plus l'individu a un risque de stress pathologique, voire même un risque de burnout. Sonia Lupien (20), chercheuse sur le stress au Canada, les nomme « mammoth » et les définit comme des agents, situations ou facteurs que l'organisme perçoit comme une menace ou qui le deviennent quand les demandes excèdent les ressources de l'individu. Ils entraînent la mise en place de « coping » par la personne, face au « mammoth » l'individu a une réaction de fuite ou de combat... Le stress perçu provient de facteurs stressants (stresseurs) individuels ou situationnels. Ils peuvent être :

- absolus (ressentis par tout le monde comme un tremblement de terre) ou relatifs (ressentis par un individu particulier)

- ponctuels (un rendez-vous particulier) ou durables (ils causent alors un stress chronique)
- physiques (douleur) ou psychologiques (un nom sur le carnet de rendez-vous), réels ou irréels...
- subis ou choisis
- positifs (mariage, il s'agit alors d'un bon stress) ou négatifs (décès)

De nos jours, les « stresseurs » peuvent aller de « simples » tracasseries quotidiennes ou contraintes professionnelles aux conflits de rôles plus importants ou aux événements de vie majeurs. Les facteurs de stress possibles en cabinet dentaire sont nombreux. Plus ils agissent de façon multiple, répétée et prolongée, plus le chirurgien-dentiste est exposé au syndrome d'épuisement professionnel.

Enfin, il ne faut pas oublier que le stress, tout comme le burnout, dépend de variables individuelles et que les réactions face au stress sont différentes en fonction des individus et de la profession. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la profession de chirurgie dentaire est parmi les professions les plus sensiblement atteintes par le stress. D'après une étude mexicaine de BE.Radillo (cité par JJ. Innocente (56)) en 2008, sur 256 chirurgiens-dentistes : 13.7% ont un niveau élevé de stress chronique et 71.8% un niveau moyen. Comme dans une enquête d'EJ.Kay et JC.Lowe (62) en 2008, où sur 1000 praticiens, 86 % se disent très ou assez stressés. Le stress est bien omniprésent chez l'odontologue. Cependant, le stress est essentiel à la vie d'un individu pour progresser, s'adapter..., le professionnel doit simplement apprendre à le gérer.

### 1.2.3. Les 3 dimensions

[68 ; 100 ; 108]

Selon C.Maslach et SE.Jackson, le syndrome d'épuisement professionnel comporte trois dimensions. Il débute par un épuisement émotionnel, puis par une dépersonnalisation pour terminer par une diminution de l'accomplissement personnel. Ces trois dimensions se retrouvent uniquement chez un individu qui est déjà touché par le syndrome depuis un certain temps. Ce modèle processuel des trois dimensions est le paradigme qui retrouve la validation de nombreux scientifiques.

Pour de nombreux auteurs, l'épuisement émotionnel est la dimension la plus importante. Les différents « stresseurs professionnels » suscitent dans un premier temps une surcharge émotionnelle qui induit un détachement, une déshumanisation, et provoque une situation d'échec au travail. Pour WB.Schaufeli (100), le burnout se retrouve surtout dans les deux premières dimensions.

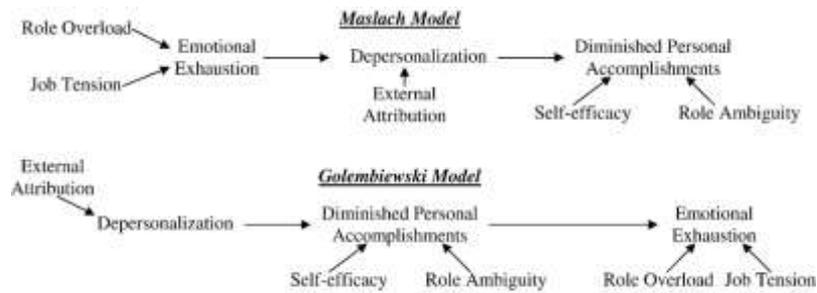


Figure n°1 : **Comparaison de différents modèles de burnout (68)**

Selon cette figure, nous avons deux modèles différents de progression des trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel : le modèle classique de Maslach et le modèle de Golembiewski. Ce dernier montre une progression totalement différente, le burnout commencerait par la dépersonnalisation, qui affecte l'accomplissement personnel puis qui induit un épuisement émotionnel. Cette évolution est surtout retrouvée dans certaines professions où le détachement peut être nécessaire comme chez les policiers. Les trois dimensions peuvent apparaître dans un ordre différent en fonction des professions, par exemple chez le personnel commercial, le burnout débute souvent par une diminution de l'accomplissement personnel (perte de motivation). Chez les professionnels de santé, notamment chez les chirurgiens-dentistes, le burnout commence toujours par un épuisement émotionnel. L'étude de H.Te Brake (108) en 2008 a montré l'évolution chronologique du burnout grâce au test du « Maslach Burnout Inventory » parmi 950 chirurgiens-dentistes : les praticiens présentent d'abord un épuisement émotionnel puis une dépersonnalisation puis une diminution de l'accomplissement personnel.

#### 1.2.3.1. L'épuisement émotionnel

[26 ; 48 ; 68 ; 69 ; 71 ; 114 ]

L'épuisement émotionnel est une dimension essentielle dans le processus du burnout. Elle a un rôle central. Le professionnel est alors vidé nerveusement, asséché de toute émotion.

Tout d'abord, une émotion est un état de conscience complexe, elle est souvent brève et fugace et induit des troubles physiologiques visibles pour autrui. Comme pour le stress, il existe des émotions positives (joie...) et des émotions négatives (peur...), et un bon dosage d'émotions est nécessaire au bien-être de l'individu. L'épuisement émotionnel est induit par une diminution d'émotions positives et une augmentation d'émotions négatives ou encore par un excès ou un manque d'émotions. L'accumulation d'émotions négatives favorise l'épuisement et entraîne des réactions psychologiques et psychiques, comme la fatigue ou la tension musculaire.

Les réactions émotionnelles pour faire face aux différents déclencheurs (danger, frustration, nouveauté, perte, succès...) sont au cœur du processus de stress. Si les besoins primaires d'un individu (sécurité, amour, compétence) sont menacés, le risque d'épuisement émotionnel augmente. L'épuisement émotionnel est la composante « stress » du burnout.

Sur le plan professionnel, l'épuisement émotionnel est à la fois ressenti physiquement et psychologiquement par l'individu. Il est caractérisé par une fatigue émotionnelle mais aussi physique. Le travailleur ressent un manque d'énergie et l'apparition de sentiments dysphoriques. La seule pensée d'aller au travail l'épuise et le repos ne suffit plus.

Cette dimension est surtout retrouvée dans les professions de la relation d'aide ou de relation avec autrui. Selon Michel Delbrouck (26), 50% des professionnels de santé présentent uniquement cette composante du burnout. Le soignant fait face à une surcharge émotionnelle et finit par s'épuiser petit à petit. Au quotidien, il doit faire face aux émotions de ses patients en éprouvant de l'empathie envers eux tout en cachant ses propres émotions. Le « trop plein » d'émotions cachées finit par induire l'absence totale d'émotions, le vide. En image, « le soignant qui n'explose pas finit par implorer ».

Enfin, l'épuisement émotionnel est caractérisé principalement par une fatigue globale du travailleur qui l'éloigne petit à petit d'autrui.

#### 1.2.3.2. La dépersonnalisation

[1 ; 26 ; 46 ; 48 ; 71 ; 112 ; 114]

Tout d'abord, la dépersonnalisation fait suite à l'épuisement émotionnel dans le processus du burnout des soignants, c'est une dimension interrelationnelle et interpersonnelle. Il s'agit d'une stratégie d'adaptation (« coping ») du professionnel de santé pour faire face à l'épuisement émotionnel.

On observe dans cette phase le développement d'attitudes détachées, négatives, impersonnelles, et cyniques envers les clients, les élèves ou les patients. Le professionnel de santé (dont il est question dans cette thèse) met en place une barrière, une certaine distance entre ses patients et lui-même. Il présente un comportement insensible, rigide, impitoyable, presque insolent et inapproprié avec les « soignés » qui doivent recevoir assistance.

Nous pouvons définir cette dimension comme la déshumanisation de la relation à autrui. Le praticien ne voit plus ses patients comme tels mais il les réduit à des objets, à des problèmes, à des maladies, ou encore à des cas. Il se détache d'eux progressivement, cette mauvaise stratégie

d'adaptation peut s'avérer dangereuse, allant jusqu'au rejet, à la stigmatisation, voire même à la maltraitance de ces « soignés ».

De plus, il est intéressant d'apercevoir un éventuel deuxième sens : le professionnel de santé, lui-même, est également déshumanisé. Le soignant épuisé émotionnellement change d'attitude, se transforme de manière sournoise et progressive, à son insu. Il devient tel « un robot » sans sentiment ni émotion envers autrui, il est dépersonnalisé. Il ne se reconnaît plus lui-même comme une personne. Ce changement d'attitude est un élément déterminant du diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel.

Par exemple, le soignant se cache derrière un certain humour noir ou encore une description très scientifique des soins ou du patient lui-même, et en oubliant tout abord psychologique du « soigné ». Selon Michel Delbrouck (26), ces mauvaises stratégies d'adaptation proviennent d'un manque de formation sur les relations médicales.

Dans un premier temps, la dépersonnalisation joue un rôle protecteur pour le soignant, elle lui permet de mettre une distance psychologique envers autrui et de se protéger des effets négatifs de l'épuisement émotionnel. Les patients étant perçus comme des objets ou des cas, le soignant juge leurs besoins moins importants ou moins urgents, cela lui permet de diminuer son stress. Cependant, dans un deuxième temps, plus la dépersonnalisation augmente, plus elle nuit à l'accomplissement personnel. De plus, elle est souvent accompagnée d'une perte d'idéalisme professionnel.

#### 1.2.3.3. La diminution de l'accomplissement personnel au travail [6 ; 26 ; 46 ; 114]

Tout d'abord, cette dimension est la conclusion de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation chez le professionnel de santé mais reste une dimension bien indépendante des deux premières. C'est une composante d'auto-évaluation. Le soignant a un sentiment d'échec professionnel, il a perdu toute confiance en sa compétence et en sa réussite dans son travail. Il est dans une spirale négative, il se dévalorise, il culpabilise et perd toute motivation et entraine dans son milieu professionnel. Il a la sensation d'être inefficace, de n'arriver à rien, et d'être incapable de répondre aux exigences de son travail.

Ce sentiment de non accomplissement personnel fait suite à une désillusion, et induit une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité (« self efficacy »).

Souvent, face à cette frustration et à ce sentiment d'échec, le soignant travaille de plus en plus mais il perd en rentabilité, en efficacité et en performance.

Enfin, le syndrome d'épuisement professionnel se caractérise par ces trois dimensions. Les conséquences de chacune d'elle sont importantes et nocives pour le professionnel lui-même mais aussi pour son environnement au travail (confrères, patients...).

#### 1.2.4. Les quatre phases du syndrome d'épuisement professionnel [26 ; 46 ; 48]

Deux auteurs, J.Edelwich et A.Brodsky ont défini quatre phases du burnout. Nous pourrions les rapprocher des différentes étapes de la vie professionnelle mais cela pourrait induire une erreur, les professionnels les plus expérimentés ne sont pas obligatoirement les plus sujets à l'épuisement professionnel. Chez les jeunes travailleurs, le burnout peut être également présent même si ces phases sont moins longues ou mêmes inexistantes.

Ces deux auteurs citent la désillusion comme principale caractéristique du burnout, ils présentent 4 étapes :

- la phase d'enthousiasme : Elle est souvent comparée au début de carrière. Initialement, le professionnel de santé est très enthousiaste, a de nombreuses attentes idéalistes. Il exerce sa profession avec beaucoup d'entrain et dépense beaucoup d'énergie dans son milieu professionnel. Cependant, ces attentes idéalistes s'avèrent souvent irréalistes et opposées à la réalité. Ainsi, l'illusion et l'enthousiasme de départ se perdent vite.

- la phase de stagnation : Le travail devient routinier, répétitif, moins intéressant, plus réaliste et moins illusoire. L'investissement personnel du soignant est perçu comme non gratifiant. Le praticien devient mécontent et déçu.

- la phase de frustration : Le professionnel est frustré, il devient irritable et intolérant. Il fuit les situations à problèmes, il a perdu toute motivation. C'est la grande phase de désillusion, ce stade est souvent accompagné des premières conséquences sur l'individu lui-même : troubles physiques, psychologiques...

- la phase d'apathie : Il s'agit de l'aboutissement des trois précédentes. Le professionnel est complètement démoralisé, il devient indifférent à autrui. Il est présent au travail sans être là (présentéisme). Il est vidé, épuisé, c'est le burnout. Cette dernière étape est dangereuse avec un risque élevé de dépression.

### 1.3. Limites du syndrome d'épuisement professionnel

#### 1.3.1. Diagnostic différentiel : dépression...

[1 ; 6 ; 20 ; 26 ; 49 ; 72 ; 77]

Tout d'abord, le diagnostic différentiel du syndrome d'épuisement professionnel d'un professionnel de santé passe par la fatigue de compassion, l'état de stress post-traumatique, la crise du milieu de la vie, la dépression, ou l'état final : le karoshi. Par exemple, la fatigue de compassion est ressentie par les soignants souvent jeunes, trop empathiques et trop sensibles, elle n'est pas due au stress mais à un surinvestissement dans la relation au soigné. Le burnout se différencie des autres états pathologiques surtout par son origine. De plus, il ne faut pas confondre le burnout avec une maladie somatique comme le diabète, l'hyperthyroïdie... qui peuvent aussi entraîner un épuisement.

La dépression est la maladie psychiatrique la plus répandue. La prévalence est de 8 à 25%. Elle diffère du burnout par son origine, son développement et ses outils de mesure mais présente quelques similitudes. Selon D.Truchot (112), le syndrome d'épuisement professionnel est une « dépression professionnelle ». De plus, la dimension qui ressemble le plus à la dépression est celle de l'épuisement émotionnel.

Une étude a été faite parmi les chirurgiens-dentistes finlandais (plus de 2000 répondants) à l'aide du Maslach Burnout Inventory, elle démontre un lien réciproque entre la dépression et le burnout. Dans un premier temps, les auteurs ont émis deux hypothèses : « la tension et le stress au travail induisent une dépression qui cause un burnout » ou « la tension et le stress au travail induisent un burnout qui cause une dépression ». Les auteurs ont conclu que l'hypothèse :

#### **Stress au travail → Burnout → dépression**

était la meilleure. Cependant, la dépression peut prédisposer au burnout. Concrètement, le stress au travail induit le plus souvent directement le burnout, et plus rarement et de manière partielle via la dépression. Enfin, une corrélation importante a été prouvée dans cette étude entre les caractéristiques psychosociales du travail, le burnout et la dépression.

La dépression se définit comme un état pathologique qui se caractérise par une humeur triste associée à une douleur morale et à une diminution de l'activité psychique et physique. Il ne faut pas confondre la dépression qui est un trouble psychiatrique majeur aigu avec les symptômes dépressifs ou les troubles dépressifs mineurs (souvent ressentis après des moments difficiles). Selon une étude de H.L.Myers (77) en 2004, réalisée parmi plus de 2000 chirurgiens-dentistes anglais, les

praticiens atteints de troubles psychologiques mineurs sont nombreux. Une autre étude de S.Mathias (72) en 2005, montre que sur 560 chirurgiens-dentistes, 9% sont atteints de dépression.

La cause d'un burnout est toujours le stress professionnel chronique, l'épuisement professionnel alors que pour une dépression le travail n'est pas la cause unique, c'est un facteur aggravant et les causes sont nombreuses, multifactorielles et parfois inconnues. La dépression résulte de tous les aspects de la vie et de problèmes anciens.

Le professionnel de santé atteint de burnout présente des symptômes dépressifs sans humeur dépressive et sans perturbation majeure de la pensée. Ces symptômes dépressifs sont par exemple des troubles de l'humeur, une diminution d'énergie, une fatigue, un manque de motivation, des troubles du sommeil, ou encore une baisse de l'estime de soi... Ces symptômes sont donc communs à ceux de la dépression. Cependant, de nombreux points symptomatologiques sont différents notamment sur le plan émotionnel et comportemental. La gestion des émotions est plus facile chez l'individu touché par le burnout. Il ressent de la colère, de l'agressivité et devient irritable. La personne déprimée quant à elle ressent de la culpabilité et un sentiment de défaite. Dans les deux cas, les relations à autrui s'avèrent compliquées.

Les personnes atteintes de dépression n'ont plus aucun projet, aucune envie, tandis que les personnes atteintes de burnout peuvent penser à des projets en dehors du travail même si c'est difficile. Une des principales différences se retrouve au niveau du comportement, l'individu atteint d'épuisement professionnel ne présente aucun ralentissement psychomoteur contrairement à celui atteint de dépression. « L'épuisé » est plutôt un battant, il lutte alors que « le déprimé » abdique rapidement dans un état de léthargie.

De plus, on observe une nuance physiologique. Selon une étude de S.Lupien (20), avec l'aide du centre d'études sur le stress humain, les personnes atteintes de dépression produisent plus de cortisol que la dose habituelle alors que les personnes atteintes de burnout en produiraient moins. Le cortisol pourrait alors être un biomarqueur utile dans le diagnostic.

Le syndrome d'épuisement professionnel se développe plus progressivement et de manière plus sournoise que la dépression. Les outils de mesure sont différents : le MBI utilisé le plus souvent pour évaluer le burnout et le Beck Depression Inventory pour la dépression.

Les médecins se doivent de différencier les deux diagnostics afin de prodiguer aux individus atteints le meilleur traitement. L'arrêt de travail est souvent nécessaire dans les deux cas. Pour soigner une dépression ou un syndrome d'épuisement professionnel, une psychothérapie est souvent indispensable mais elle sera bien différente selon les cas.

Le lien le plus fort entre les deux diagnostics est un lien de sévérité. La dépression peut être une aggravation du burnout. En fait, plus le burnout est sévère plus le risque de dépression est élevé, au contraire plus la dépression est sévère plus la possible présence d'un burnout est faible.

Enfin, le diagnostic du burnout est flou et non reconnu, il est non répertorié dans les classifications de maladie. A l'inverse, la dépression est reconnue comme maladie professionnelle et est classifié dans la CIM 10 ou la DSM IV avec des critères de diagnostic obligatoires comme : la fatigue, une diminution de la concentration, une perte d'intérêt, une perte ou gain de poids, des idées suicidaires...

### 1.3.2. Une maladie professionnelle ?

[2 ; 25 ; 94 ; 112 ; 115]

Nous sommes face à un problème de classification. Actuellement, le syndrome d'épuisement professionnel ne fait pas partie des diagnostics officiels de maladie ni dans la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé, ni dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) établi par l'association américaine de psychiatrie. Contrairement à la dépression (classée F32 dans la CIM-10), le syndrome d'épuisement professionnel ne présente pas de critères diagnostics obligatoires, ce qui rend le diagnostic difficile pour les médecins.

Dans la classification internationale de l'OMS, il n'est pas une maladie mais un facteur influençant l'état de santé, il rentre dans le chapitre XXI, dans la sous-catégorie Z (les facteurs influençant l'état de santé), plus précisément dans Z73 qui correspond aux états de surmenage et d'épuisement (les difficultés). Les sous-divisions de Z73.0 à Z73.9 correspondent par exemple au manque de repos et de loisirs ou au stress.

D'après certains auteurs, le syndrome d'épuisement professionnel est souvent diagnostiqué comme un trouble somatoforme indifférencié (F45.1 dans le DSM IV) et parfois comme un trouble de l'adaptation. Un trouble somatoforme est similaire au burnout par sa définition, c'est un trouble mental avec des symptômes physiques persistants non expliqués par une cause organique, cependant les individus atteints par ces troubles cherchent souvent à attirer l'attention sur eux contrairement à ceux atteints d'épuisement professionnel. Le trouble de l'adaptation est également semblable au burnout par son mécanisme, c'est un trouble qui fait suite à des situations stressantes chroniques mal gérées mais il peut toucher toutes les sphères de la vie. Aussi, il pourrait rentrer dans la catégorie des troubles névrotiques dans la CIM 10, où sont présents les troubles liés à des facteurs

de stress. Ainsi, une meilleure délimitation des critères diagnostiques s'avère nécessaire pour intégrer le syndrome d'épuisement professionnel dans une classification.

En tant que maladie, le burnout reste très controversé par de nombreux scientifiques. Ainsi s'il n'est pas reconnu clairement et unanimement en tant que maladie, il est alors impossible qu'il soit reconnu en tant que maladie professionnelle en France. Conformément à l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale (CSS) : "est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles (on retrouve 98 tableaux annexés au code de la sécurité sociale dans le régime général) et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau". En fait, une maladie d'origine professionnelle dans ces tableaux fait surtout suite à une exposition au travail à des agents nocifs. Cependant, la dépression a été reconnue comme maladie professionnelle alors qu'elle ne figure pas dans ces tableaux. Elle correspond à l'alinéa 4 de l'article L.461-1 du CSS : « peut également être reconnue d'origine professionnelle, une maladie non désignée dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25%. » Le burnout pourrait s'intégrer à ces notions mais malheureusement l'individu atteint de burnout ne présente souvent pas d'incapacité ou alors il est trop tard...

Même si le burnout n'est pas reconnu comme tel en France, l'augmentation des individus atteints est si conséquente sur le plan international que certains pays commencent à le prendre plus sérieusement en compte. Par exemple, en Suède le burnout est un diagnostic légitime pour obtenir un arrêt de travail, aux Pays-Bas il a été considéré comme une maladie professionnelle justifiant des allocations d'incapacité de travail. La prise en compte des problèmes et des conséquences de stress au travail est une obligation imposée par les directives européennes depuis 2008 (notamment la prévention obligatoire de ces risques par l'employeur). De plus et ce même en France, le burnout est classé dans la catégorie des risques psychosociaux au travail. Si son évolution continue ainsi et touche de plus en plus de professionnels dans différentes catégories, il sera peut-être reconnu un jour comme maladie professionnelle. Une meilleure prise en charge des travailleurs atteints serait alors possible ainsi qu'une prévention adaptée.

Selon la charte de l'organisation mondiale de la santé de 1947, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». La santé n'est pas seulement le bon fonctionnement des organes mais le bien-être physique, mental et social d'une personne. Le bien-être au travail est alors indispensable pour être en bonne santé. La notion de bonheur au travail entre en jeu. Le bonheur désigne « un état de la conscience pleinement satisfaite qui correspond à un sentiment de paix et de sérénité » et qui présente une implication dans la durée (contrairement à la joie ou au plaisir).

Cependant, le travail est un paradoxe. Le mot travail vient du latin « trepalium » qui représente un instrument de torture et de nombreux professionnels en souffrent. Le travail est un outil indispensable à l'épanouissement personnel de l'individu et devrait contribuer à la santé et au bien-être. Il fait partie d'un projet de vie global qui doit être équilibré dans les différentes sphères de la vie (privée, professionnelle, relationnelle). Mais, il peut nuire à la santé physique et psychique de manière directe (par exemple les odontologistes sont exposés aux rayons X, aux maladies infectieuses et même à l'agression physique de certains patients) ou de manière indirecte (comme le mauvais stress au travail ou le burnout qui induisent une mauvaise santé et des addictions à l'alcool...).

Le travail est essentiel à l'équilibre psychique de l'individu. Il est à la fois une source d'occupation (permet d'éviter l'ennui), une source relationnelle (contacts avec autrui), une source de reconnaissance (permet d'avoir un statut social et une récompense financière), une source de fierté (par la maîtrise de techniques et l'appartenance à un corps de métier), mais il peut être aussi source de stress, de souffrance (par exemple en cas d'harcèlement...) et de fatigue...

Une étude parmi les chirurgiens-dentistes finlandais a démontré des liens positifs ou négatifs entre bien-être, bonne santé, engagement, satisfaction et burnout. Le bien-être au travail du praticien est nécessaire à son bien-être général et lui permet d'être en bonne santé sur le long terme. De plus, l'engagement au travail induit une satisfaction au travail qui est associée, dans cette étude et dans de nombreuses recherches chez les professionnels de santé (par exemple les médecins hospitaliers), à des niveaux bas de burnout. Le burnout est lié à l'insatisfaction au travail alors que l'engagement du chirurgien-dentiste et le sentiment de bonheur au travail empêcheraient le syndrome d'épuisement professionnel. Toutefois, l'état du bonheur n'exclut pas obligatoirement le stress ou la souffrance par exemple « s'ils sont surmontés par un équilibre de la conscience. »

En définitive, le stress au travail n'empêche pas le bonheur si le praticien arrive à le gérer

#### 1.4. Différentes professions atteintes et données épidémiologiques

[6 ; 16 ; 23 ; 25 ; 27 ; 30 ; 33 ; 37 ; 45 ; 52 ; 56 ; 59 ; 70 ; 80 ; 84 ; 107 ; 112 ; 116]

Le burnout est une véritable épidémie de nos jours tant sur le plan international que dans les différentes professions. Par exemple, aux Pays-Bas, la prévalence globale du burnout parmi différents travailleurs est de 10 à 15%.

Dans un premier temps, les auteurs pensaient que le syndrome d'épuisement professionnel touchait uniquement les professions d'aide. Le burnout atteint particulièrement les professions engagés vis-à-vis d'autrui comme les professionnels de santé (de l'infirmière au médecin en passant par le chirurgien-dentiste...), les policiers, les avocats (ceux qui sont commis d'office notamment), les enseignants... Les policiers et les enseignants (prévalence de 30% aux États-Unis par exemple) sont frappés par ce fléau suite à une désillusion professionnelle et à un manque de reconnaissance. Les infirmières sont souvent touchées (25% ont un niveau élevé de burnout) suite à un dévouement extrême à autrui et des conditions de travail difficiles. De plus, les contacts réguliers et répétés avec la maladie et la mort augmentent le risque d'épuisement professionnel chez les soignants qui y font face. Actuellement, les salariés dans les entreprises, les professions nécessitant une grande implication (les personnels commerciaux par exemple) peuvent être aussi touchés par le burnout, induit dans ce cas par un objectif de productivité toujours plus important, ou par la crainte du licenciement... Nous pouvons remarquer aussi que le burnout peut atteindre des mères au foyer, ou des parents d'enfant malade même si ce ne sont pas des professions en tant que telles ni un engagement envers autrui mais envers sa famille.

Dans la littérature, nous retrouvons de nombreuses données épidémiologiques concernant le syndrome d'épuisement professionnel dans diverses professions et dans différents pays. En revanche, le nombre de sujets est souvent faible (comme dans les études sur les chirurgiens-dentistes) et nous sommes face à un biais important : le taux élevé de non réponse (de 30 à 70% selon les enquêtes parmi les odontologistes). Mais toutes ces recherches montrent une constante augmentation du nombre de professionnels atteints (hausse de l'incidence). Par contre, les études sont surtout transversales, il est alors difficile de montrer le lien de causalité.

Citons quelques données concernant les médecins : les plus touchés sont les médecins généralistes, les psychiatres et ceux qui traitent des maladies incurables. Selon une étude internationale, 22% des médecins américains et 27% des médecins anglais souffrent du syndrome d'épuisement professionnel. Sur le plan national, des études ont montré un taux d'épuisement émotionnel de 25% parmi les médecins généralistes d'Indre et Loire et de 47% parmi les médecins généralistes de Bourgogne. Sur le plan national, une étude de 2007 sur 221 médecins généralistes

montre 51% de praticiens atteints du syndrome d'épuisement professionnel (présentant un score pathologique dans au moins l'une des trois dimensions) et 8% avec un niveau élevé de burnout (score pathologique dans les trois dimensions). Une enquête parmi les médecins oncologues en France a évalué la prévalence du burnout à 44% (épuiement émotionnel élevé ou dépersonnalisation élevée).

Pour les chirurgiens-dentistes, H.Te Brake (107) a montré une augmentation du risque d'épuisement depuis 1997. D'après RC.Gorter (37), selon les études anglo-saxonnes, néerlandaises... en moyenne 12.5% des praticiens sont touchés par le syndrome d'épuisement professionnel. Sans faire une énumération des différentes données épidémiologiques concernant les odontologistes voici un petit tableau récapitulatif :

<b>Auteur Année de l'étude</b>	<b>Lieu</b>	<b>Prévalence burnout</b>	<b>Nombre de sujets total</b>	<b>Taux de non répondants</b>	<b>Outil de mesure</b>
D.Osborne 1994 (80)	Angleterre Sud-Est	10.6%	440	23%	MBI
G.Humphris 1997 (52)	Hôpital RU	10%	52	19%	MBI
RC.Gorter 1999 (37)	Pays-Bas	21% risque élevé 2.5% très épuisé	709	25%	MBI-NL
JR.Hernandez 2007 (cité par JJ.Innocente (56))	Mexique	10.9%	110	?	MBI
DA.Denton 2008 (27)	Angleterre	8% burnout élevé 18.9% burnout moyen	500	30%	MBI
D.Gal 2008 (33)	Ile de France	9% burnout élevé 22% burnout moyen	350	40%	MBI
RC.Gorter 2011 (45)	Irlande du Nord	25% burnout élevé	135	35%	MBI
ONSCD 2011 (23)	France	27% atteinte probable ou avérée	38000	96%	Questionnaire différent

Tableau n°1 : Principales données épidémiologiques du burnout chez les chirurgiens-dentistes

Ainsi, les prévalences sont différentes en fonction de la date de réalisation de l'étude, du taux de non-réponse et de la nationalité des professionnels. Parfois, dans certaines études ils n'évaluent pas l'atteinte des individus mais le risque d'être touché par le burnout, c'est pourquoi il est difficile de comparer les données. Aussi, une autre enquête montre que les chirurgiens-dentistes brésiliens seraient plus atteints que leurs confrères français. L'étude réalisée par l'observatoire national de la santé des chirurgiens-dentistes en 2011 a un nombre de sujets conséquent mais un taux de réponse très faible.

Les orthodontistes sont moins touchés que les chirurgiens-dentistes non spécialistes. La relation avec les patients est une relation de confiance pendant une durée moyenne de 2 ans de traitement. De plus, les patients sont souvent plus motivés et les soins sont moins douloureux. Une étude récente montre 20% d'orthodontistes atteints d'épuisement émotionnel, 33 % touchés par la dépersonnalisation. Chez ces professionnels, la diminution de l'accomplissement personnel est souvent moins présente.

Le syndrome d'épuisement professionnel peut également être élargi aux étudiants. Selon une étude grecque, l'épuisement émotionnel touche 40% des étudiants mais ils souffrent beaucoup moins que leurs aînés de la dépersonnalisation. Selon une recherche à l'université de Barcelone parmi des étudiants de troisième cycle, des praticiens diplômés et des professeurs dans différents départements, la prévalence du burnout est de 2-3% selon les critères stricts de la définition de l'épuisement. Les médecins et les chirurgiens-dentistes qui enseignent ont une vulnérabilité différente au burnout. Leur rôle pédagogique peut augmenter leur niveau de stress mais dans de nombreuses situations enseigner peut accroître leur satisfaction professionnelle et ainsi empêcher l'épuisement professionnel.

En fonction du pays, de la région, de la culture et de la période, la prévalence du burnout parmi les professionnels de santé est très variable. De plus, les outils de mesure peuvent être différents et l'interprétation des résultats est variable.

## 2. Les différentes techniques de mesure du burnout

### 2.1. Différents concepts psychologiques [64]

Tout d'abord, il est difficile de mesurer un phénomène qui n'est pas défini unanimement et précisément. Une définition avec un consentement scientifique commun serait nécessaire pour la conception d'un outil de mesure universel. De nombreux outils de mesure du syndrome d'épuisement professionnel ont été créés dans différents langages, et validés ensuite dans d'autres langues. Ces différents concepts « psychologiques » mesurent la cause principale (comme le stress) ou les sources de l'épuisement professionnel ou encore le burnout lui-même ou des troubles mentaux différents.

Cependant, nous retrouvons un consensus parmi les différentes recherches, l'outil de mesure du burnout le plus employé est le Maslach Burnout Inventory (utilisé dans 90 % des études).

#### 2.1.1. Le MBI, la référence [1 ; 71 ; 99 ; 107 ; 112]

A l'aide d'une recherche psychométrique sur de larges échantillons de personnes, C.Maslach et SE.Jackson ont élaboré une échelle de mesure valide le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation rempli par le professionnel. Le MBI-HSS (human service survey) est le test original et le plus utilisé, il était fait au départ pour les professionnels de service d'aide. Il comporte 22 items, les trois dimensions du burnout y sont représentées : l'épuisement émotionnel est évalué avec 9 items, la dépersonnalisation avec 5, et l'accomplissement personnel avec 8 (cf annexe n°1). Les items se présentent sous forme d'affirmations qui représentent des sentiments ou des impressions que le professionnel peut éprouver à propos de son travail. Les sujets répondent à chaque item à l'aide d'une échelle de fréquence de type Likert en 7 points allant de 0 : *jamais* à 6 : *chaque jour*.

D'autres versions ont été élaborées pour différentes professions : le MBI-GS (« general survey ») en 16 items pour tous les professionnels, le MBI-ES (« educators survey ») pour les enseignants...

Une étude de H.Te Brake (107) en 2008 (réalisée parmi 950 chirurgiens-dentistes et comparée à des données parmi d'autres professionnels de santé) confirme que le MBI est un outil de mesure valable et fiable pour évaluer le burnout parmi les chirurgiens-dentistes.

Le résultat du MBI ne donne pas un score global du burnout mais un score dans chacune des trois dimensions. Les scores élevés, modérés et bas de chaque dimension ont été fixés de manière arbitraire. C.Maslach et SE.Jackson ont séparé l'échantillon étudié de personnes en trois groupes égaux : les 33.3% qui avaient les scores plus élevés dans une dimension représentent le niveau élevé de la dimension, les 33.3% suivants le niveau moyen, et les 33.3 % qui avaient les scores les plus bas, le niveau bas... Ainsi, pour obtenir le niveau d'une dimension, on additionne les chiffres obtenus dans les items de cette même dimension et on obtient un score, que l'on compare à ces données. Le MBI ne permet pas de dire s'il y a absence ou présence du syndrome d'épuisement professionnel, mais il évalue un degré d'atteinte dans chacune des dimensions du burnout.

L'interprétation des résultats du MBI varie selon la culture et les valeurs du pays. Mais pour la plupart des chercheurs, les professionnels de santé sont jugés atteints par le burnout si dans au moins une dimension, ils présentent un score pathologique. Si le score est pathologique dans une seule dimension, le degré de burnout est léger. Il est modéré si le score est pathologique dans 2 dimensions. Et le burnout est sévère si le niveau d'épuisement émotionnel est élevé, le niveau de dépersonnalisation est élevé et le niveau de l'accomplissement personnel est bas.

Les résultats peuvent varier en fonction du moment de réponse (par exemple : avant ou après la journée de travail, l'hiver ou été) mais ils s'avèrent assez stables dans le temps.

Le MBI a été traduit et validé dans de nombreuses langues. La version française de G.Dion et R.Tessier a été validée en 1994 et rapporte les mêmes qualités psychométriques.

En définitive, le MBI est l'outil le plus utilisé car il possède des qualités psychométriques de validité, de fiabilité et de fidélité qui sont constantes d'une étude à l'autre. Néanmoins, il n'est pas un réel instrument de diagnostic.

#### 2.1.2. Autres concepts

[21 ; 36 ; 57 ; 64 ; 67 ; 74 ; 75 ; 99]

Dès l'apparition du concept de stress, de nombreuses échelles de mesure ont été créées. L'échelle de stress perçue (« perceived stress scale : PSS ») établie par S.Cohen (21) en 1983 est la plus utilisée et la plus fiable pour mesurer le stress perçu dans n'importe quelle population (cf annexe n°2). L'échelle comprenant 14 questions présente les meilleures qualités psychométriques. Pour chaque question, le sujet doit répondre en évaluant la fréquence de la situation pendant une période donnée (au cours du dernier mois...). Le score obtenu donne une évaluation du niveau de

stress perçu. Par contre, elle ne mesure pas les symptômes psychologiques du stress (anxiété...) et n'est pas spécifique au stress au travail.

L'INRS (institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) répertorie les outils d'évaluation des différents risques psychosociaux. Plus spécifique au stress au travail que la PSS, nous retrouvons le JSS (« job stress survey ») qui permet de mesurer l'intensité et la fréquence de trois dimensions au travail : le stress professionnel, la pression et le manque de soutien. Une échelle visuelle analogique pour mesurer le stress perçu au travail a été créée et paraît être un outil intéressant, fiable et très rapide. Le sujet situe son stress au travail sur l'échelle, si l'EVA est supérieure à 60mm le sujet est stressé.

Une autre échelle spécifique du stress professionnel chez les chirurgiens-dentistes a été élaborée par RC.Gorter (36) en 1999 : Dentist's Experienced Work Stress Scale (DEWSS). Elle permet d'évaluer le niveau de stress (et de pression) dans différents domaines liés à la dentisterie (par exemple : la relation avec les patients, l'aspect financier...) et de mettre en évidence les « stressseurs » les plus importants pour les odontologistes.

Pour mesurer et évaluer le burnout lui-même, nous retrouvons différents outils de mesure. Dans un premier temps, HJ.Freudenberger (31) a créé le premier outil de mesure du burnout pendant une période donnée (au cours des 10 derniers mois...), il comprend 15 items différents avec une échelle de réponse de 0 : *pas du tout d'accord* à 6 : *tout à fait d'accord*. Le score obtenu par le professionnel de la relation d'aide permet de dire si il est atteint de burnout et à quel degré.

Semblable à celui de HJ.Freudenberger, l'instrument de mesure créé par A.Pines et E.Aronson, le BM : « burnout measure » est utilisé dans 5 % des études. Il comporte 21 items avec une échelle de mesure de la fréquence de 7 points. Comparé au MBI, il a une approche plus motivationnelle et utilise une conception différente du burnout. Il mesure l'épuisement physique, émotionnel et mental. On obtient un score unique qui évalue surtout la dimension de l'épuisement émotionnel. Il existe également une version plus courte (« BMS »).

Selon une étude de WB.Schaufeli (99), le burnout peut être différencié partiellement des troubles mentaux (anxiété et dépression) grâce au MBI et au BM. De plus, les dimensions de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation du MBI associées avec l'échelle de l'épuisement du BM permet de diagnostiquer les employés atteints ou non atteints. Il existe également des mesures spécifiques pour les troubles mentaux différenciés du burnout comme la dépression, le « Beck Depression inventory » par exemple.

Plus récemment, le « Shirom Melamed Burnout Measure » a été élaboré sur la théorie de conservation des ressources. Il comporte 14 items répartis selon trois dimensions du burnout

légèrement différentes du MBI : la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive. Ces auteurs mesurent le degré d'épuisement des ressources du professionnel.

Enfin, le BCSQ 36 (« Burnout Clinical Subtype Questionnaire » avec 36 items) est un concept opérationnel qui permet de préciser l'épuisement professionnel et de différencier 3 sous-types cliniques différents :

- le « frénétique » qui représente les professionnels très impliqués, trop dévoués au travail, les « bourreaux du travail ».

- l' « underchallenged » (la traduction française n'est pas adaptée) qui représente les travailleurs indifférents au travail, qui s'ennuient.

- l' « usé » qui représente les professionnels en perte de contrôle et en manque de reconnaissance, c'est le profil de l'épuisé retrouvé classiquement.

Chaque sous-type présente des particularités spécifiques et distinctes du burnout. La version courte, (« bcsq 12 ») a été validée et adaptée pour les étudiants en chirurgie-dentaire.

Cependant, aucun outil de mesure n'est valable pour permettre un diagnostic différentiel de l'épuisement professionnel. Le besoin d'un outil de mesure standardisé sur le plan international se fait ressentir pour établir le diagnostic. Ces questionnaires permettent d'évaluer les symptômes psychologiques mais est-il possible de mesurer les symptômes physiologiques ?

## 2.2. Les mesures biologiques ?

Il est tentant de vouloir diagnostiquer le burnout ou au moins le stress chronique grâce aux données physiologiques. Les mesures physiologiques sont plus objectives que les mesures psychologiques, et non influencées par le souhait ou la honte d'une certaine réponse.

L'absence de critères de diagnostic précis pour l'épuisement professionnel peut rendre complexe l'interprétation des résultats des mesures physiologiques, (souvent semblables à celles de la dépression) c'est pourquoi de multiples analyses faites séparément ou en concomitance s'avèrent utiles.

### 2.2.1. L'adrénaline et le cortisol...

[25 ; 28 ; 47 ; 61 ; 95]

Sans évoquer en détail les conséquences physiologiques du stress chronique et du burnout, ces derniers induisent un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) et une cascade d'hormones de stress dans différents systèmes biologiques. Ainsi, nous pouvons retrouver lors d'un épuisement professionnel un taux insuffisant ou en excès de certaines hormones que l'on pourrait mesurer à des fins de diagnostic précoce.

Lors d'un stress, dans un premier temps, le système nerveux sympathique s'active et par une cascade de réactions physiologiques, stimule la production d'adrénaline via les glandes surrénales. L'adrénaline prépare l'organisme à lutter et à se battre contre le stress. Mais quand ce système s'épuise comme lors d'un burnout, une étude a montré un taux anormal d'adrénaline dans le sang.

Si le stress dure, l'organisme rentre en phase de résistance, la cascade d'hormones selon l'axe HHS est différente et aboutit à la libération par les corticosurrénales de cortisol principalement. Le cortisol stimule la fabrication d'énergie (glucose...) nécessaire pour faire face au stress. De plus, il induit un rétrocontrôle sur sa propre production. Mais si le système est trop sollicité comme lors d'un burnout, il finit par s'épuiser, le biofeedback n'agit plus, et le taux de cortisol augmente. Enfin, cette augmentation de libération du cortisol peut épuiser les glandes surrénales qui finissent par ne plus pouvoir sécréter suffisamment cette hormone (diminution du taux de cortisol).

Le taux normal de cortisol, suivant un rythme circadien est ainsi toujours plus élevé au réveil, sa mesure est donc complexe avec 5 dosages nécessaires par jour et les normes sont très variables selon les individus : le taux de cortisol sanguin normal au réveil est de 100 à 250 microgrammes par litre. Le dosage du taux de cortisol salivaire est plus simple, moins invasif et plus précis (mesure uniquement le cortisol intra-cellulaire, non lié et ainsi le cortisol efficace contrairement au dosage sanguin). Le taux de cortisol salivaire normal au réveil serait de 0.3 à 0.6 microgrammes par litre mais il est, là encore, très variable en fonction des individus et même des études.

Selon les études, nous retrouvons une augmentation ou une diminution du taux de cortisol salivaire au réveil chez les professionnels atteints de burnout par rapport à la population témoin. S.Lupien et d'autres auteurs (20) ont montré que ce taux était élevé en cas de dépression, et pourrait ainsi servir d'outil de diagnostic différentiel.

Malheureusement le dosage du cortisol salivaire n'est pas validé comme outil diagnostique en raison de la non comparabilité des études (tests psychologiques utilisés différents, techniques de mesures des biomarqueurs non identiques et nombre de sujets souvent faible). Il existe également d'importantes variabilités interindividuelles et intra-individuelles dans les normes des biomarqueurs. Aussi, les chercheurs n'ont pas établi à partir de quel taux (faible ou élevé) de cortisol l'on pourrait poser le diagnostic d'un épuisement professionnel.

Des recherches récentes ont montré que l'analyse du taux de cortisol dans un cheveu s'avère efficace comme biomarqueur du stress chronique et permet une évaluation sur le long terme.

Les biomarqueurs sont souvent mesurés seuls, or les changements physiologiques étant légers, il est nécessaire de réaliser plusieurs mesures en même temps.

Lorsque le stress perdure, il induit une réaction d'adaptation, un nouvel état d'équilibre avec une consommation importante des ressources énergétiques. La chronicité de ce stress cause des dérèglements physiologiques cumulatifs, et une somme importante d'efforts physiologiques est alors nécessaire pour compenser ces perturbations, elle est appelée la charge allostatique.

Chez les professionnels atteints du syndrome d'épuisement professionnel, RP.Juster et S.Lupien (61) ont montré un indice de charge allostatique élevé. Ce dernier est mesuré à l'aide de l'évaluation d'une quinzaine de biomarqueurs comme les catécholamines, le cortisol, le cholestérol, l'insuline, le glucose, le pourcentage de graisses ou même la tension artérielle et la fréquence cardiaque... Plus les mesures de ces biomarqueurs sont nombreuses à se rapprocher de l'anormalité plus la charge allostatique est élevée et les effets délétères sur la santé apparaissent.

Enfin, des études plus poussées, multidimensionnelles et de suivi sur le long terme (avant le burnout et après) sont nécessaires afin de valider ces biomarqueurs hormonaux (« cortisol hair » ou cortisol salivaire...) ou même la charge allostatique comme des outils de diagnostic du burnout.

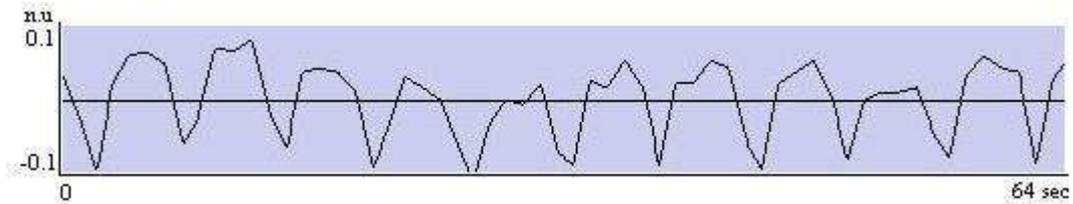
#### 2.2.2. Sur le plan cardiaque

[28 ; 61 ; 104]

Tout d'abord, un agent stresser induit une diminution du tonus vagal et l'activation du système sympathique qui par son rôle d'activateur augmente la fréquence cardiaque. Ainsi, les professionnels atteints de burnout ont une fréquence cardiaque de repos élevée.

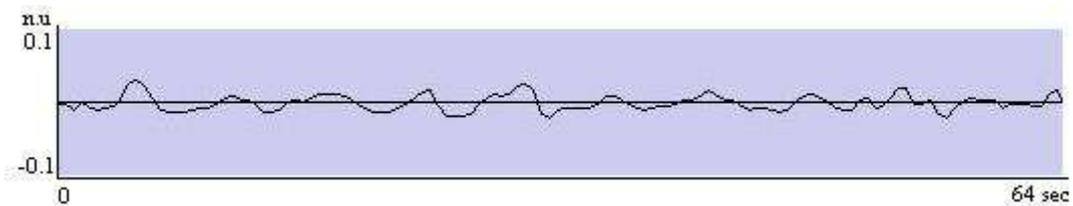
Sur le plan cardiaque, nous pouvons trouver d'autres mesures à effectuer. Plus précisément, même chez un sujet en bonne santé les battements du cœur ne sont pas réguliers pendant une période donnée (variabilité physiologique de l'intervalle entre deux battements), c'est ce que l'on nomme la variabilité de la fréquence cardiaque sous l'influence du système nerveux autonome (par exemple l'inspiration accélère le cœur et inversement pour l'expiration). La variabilité cardiaque correspond à l'alternance d'accélération et de décélération du cœur. C'est un phénomène physiologique naturel qui se mesure par la variation de temps entre deux battements cardiaques sur une période de temps (intervalle RR). Elle est alors un indicateur du fonctionnement du système nerveux autonome sur lequel agissent les émotions. La cohérence cardiaque (appelée aussi fréquence de résonance du cœur) est un état particulier de la variabilité cardiaque qui correspond à une variation régulière du rythme cardiaque (équilibre des systèmes sympathique et parasympathique) obtenue grâce à l'influence de la respiration sur le rythme cardiaque (arythmie sinusale respiratoire). Elle est alors altérée en cas de stress ou de burnout. Il pourrait être intéressant de la mesurer afin de diagnostiquer ou d'évaluer un épuisement professionnel. Il existe deux systèmes de mesure de la variabilité cardiaque à l'aide de capteurs d'électrocardiogramme et d'un

logiciel spécifique. Le tachogramme représente la variation temporelle du rythme cardiaque. Le spectre de fréquences de la variabilité cardiaque est une transformation du premier grâce à des méthodes mathématiques complexes et représente une analyse fréquentielle des oscillations de la variabilité cardiaque.



**Figure n°2 : Tachogramme représentant la variabilité de la fréquence cardiaque en état de cohérence cardiaque. (104)**

C'est en fait une représentation graphique de tous les intervalles RR pendant 64 secondes ici. La droite au centre représente la moyenne de la durée des intervalles RR en millisecondes en fonction du temps. Nous pouvons observer une courbe régulière et cohérente présente chez un individu en état de bien-être.



**Figure n°3 : Tachogramme représentant la variabilité de la fréquence cardiaque chez un sujet en état de stress chronique ou anxieux. (104)**

La variabilité cardiaque est alors complètement désynchronisée, a diminué et est incohérente.

Ainsi, les sujets atteints d'épuisement professionnel présentent une augmentation de l'activité sympathique, une diminution de leur tonus vagal (un bon tonus vagal maintient l'équilibre intérieur et l'état de repos des organes et permet une régulation affective), une diminution globale de la variabilité de leur fréquence cardiaque et une faible cohérence cardiaque.

Cependant, ces mesures de la variabilité de la fréquence cardiaque sont non spécifiques du stress ou de l'épuisement professionnel car de nombreux facteurs peuvent l'influencer (facteurs individuels : âge, sexe, humeur... et facteurs externes). Même si elles sont un bon indicateur de l'état de santé et de la capacité à réguler ses émotions, seules elles ne peuvent pas être utilisées à des fins de diagnostic.

Un autre concept récent a été exploré grâce à la décomposition en plusieurs domaines de fréquences sur le spectre de fréquence : celui de la cohérence émotionnelle. Elle correspond à un état d'équilibre idéal du système nerveux autonome dans lequel la respiration est normale et est la seule à influencer la régulation du rythme cardiaque par l'intermédiaire du système nerveux parasympathique en dehors de tout stimulus. Ce paramètre de cohérence émotionnelle peut être utilisé pour observer les effets d'un stimulus sur le système nerveux autonome. Une équipe du CHRU de Lille a mis au point un outil de mesure de la cohérence émotionnelle : un logiciel qui permet de mesurer en temps réel le pourcentage de cohérence dans la gamme de hautes fréquences de variabilité cardiaque (de 0.15 à 0.40 Hz sur le spectre) alors uniquement sous l'influence du parasympathique. Nous constatons que selon l'individu, le moment et le type d'émotions, ce pourcentage varie. Il augmente lors d'émotions positives (bien-être : approche de 100% de la cohérence émotionnelle) et diminue lors d'émotions négatives. Ainsi, le pourcentage de cohérence émotionnel donne un indicateur objectif de l'état émotionnel (subjectif) du sujet. Il peut alors être un bon outil de mesure de l'épuisement émotionnel du sujet à un instant donné.

En définitive, de nombreuses recherches ont été faites pour trouver des critères et mesures physiologiques qui permettraient de diagnostiquer ou de mesurer le syndrome d'épuisement professionnel. Mais les résultats et les protocoles ne sont pas uniformes d'une étude à l'autre et les réponses physiologiques face au stress chronique peuvent être très variables d'un individu à l'autre. Cependant, les études en cours sur la mesure de la cohérence émotionnelle apporteront peut-être des solutions.

## DEUXIEME PARTIE : BURNOUT DU CHIRURGIEN DENTISTE

### 1. Facteurs de risques chez l'odontologiste

Chez le chirurgien-dentiste en tant que personne, sans parler de son environnement professionnel, il existe plusieurs facteurs de risque au burnout : intra-individuels (l'âge, le sexe...), interindividuels (comme le statut marital, l'entourage...) ou encore évolutifs (études...). Dans de nombreuses études, les facteurs sociodémographiques et la personnalité semblent avoir un lien avec le syndrome d'épuisement professionnel. Ils agissent de manière directe ou indirecte. Le burnout est d'origine multifactorielle.

#### 1.1. Caractéristiques individuelles

##### 1.1.1. Age [8 ; 37 ; 42 ; 70 ; 71 ; 79 ; 88 ; 90]

Tout d'abord, nos premières intuitions nous font penser que l'expérience serait un élément protecteur du syndrome d'épuisement professionnel, il n'en est rien. Néanmoins, la jeunesse ou la vieillesse ne sont pas non plus des facteurs aggravants. Dans de nombreuses études, même celles concernant d'autres professions de santé, les résultats concernant l'influence de l'âge sont très divergents, certaines montrent les jeunes professionnels plus exposés au risque de burnout que les professionnels plus âgés et d'autres l'inverse.

Même si l'âge n'est pas une variable prédictive selon les études, les stressors et facteurs de risque sont différents en fonction de l'âge du chirurgien-dentiste. Le jeune chirurgien-dentiste nouvellement qualifié peut être victime de « stress du débutant » et de désillusion : ses attentes idéalistes sont parfois opposées à la réalité. Tandis que le praticien plus âgé peut être fatigué, isolé et se retrouve souvent face au problème de la cession de son cabinet. Cependant, selon une étude d'A.Puriene (86) sur la santé générale des odontologistes lituaniens, l'âge et l'expérience permettraient une diminution de la nervosité et de la dépression associées au burnout et une augmentation de la résistance au stress mais il induit un risque plus élevé d'épuisement physique, d'anxiété et de solitude. D'après une enquête de RC.Gorter (37) en 1999 parmi les praticiens hollandais, le risque de burnout n'est pas plus élevé chez les dentistes plus âgés mais ils sont plus touchés par la dépersonnalisation et la fatigue physique. Le même auteur, dans une étude longitudinale en 2007, n'a pas observé plus de professionnels épuisés entre les chirurgiens-dentistes nouvellement qualifiés et les mêmes 6 ans après.

Une thèse sur les chirurgiens-dentistes de Haute-Garonne (79) montre que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation augmentent avec l'âge. Ainsi, les différentes dimensions du burnout peuvent évoluer différemment avec l'âge.

Le profil type du sujet atteint aurait 27 ans en moyenne selon une enquête chez les chirurgiens-dentistes espagnols tandis qu'une étude chez les odontologistes hollandais montre le sujet de 40 ans comme le plus vulnérable (influence du pays ?).

En définitive, il est difficile d'établir un lien entre l'âge et le burnout. Malgré tout, une étude d'A.Puriene (90) révèle que 62% des chirurgiens-dentistes lituaniens pensent que l'âge et l'expérience sont des qualités essentielles pour être un bon praticien...

#### 1.1.2. Sexe [2 ; 8 ; 37 ; 44 ; 70 ; 72 ; 105 ; 112]

Historiquement, les études sont assez controversées sur l'influence du genre sur le syndrome d'épuisement professionnel. Les femmes seraient plus concernées par le phénomène dans certaines études anciennes. Une méta-analyse récente réalisée sur 183 études parmi des professions différentes, montre des effets très faibles du genre sur le burnout et qui seraient différents selon les pays des études : en moyenne, les hommes sont plus touchés par la dépersonnalisation et les femmes par l'épuisement émotionnel.

Certaines idées reçues d'origine plutôt masculine suggèrent que les femmes seraient plus touchées par l'épuisement professionnel car elles sont plus fragiles, plus sensibles. Mais d'autres idées plutôt féminines persuadent que les femmes seraient plus résistantes au burnout grâce à leur devoir de mère et au fait qu'elles ont plus à prouver dans des milieux professionnels plutôt masculins au départ (même si cela évolue...).

Selon une étude parmi les médecins généralistes français de D.Truchot (112), aucune relation entre le genre et l'épuisement professionnel n'a été retrouvée, bien que la dimension de l'épuisement émotionnel soit légèrement plus présente chez les femmes. Une étude parmi les chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Zélande montre que les stressés sont différents selon le sexe. Les hommes sont plus stressés par les soins à réaliser chez les jeunes enfants tandis que les femmes sont plus angoissées par des patients agressifs par exemple. De plus, les femmes présentent plus de stressés d'origine familiale, leur environnement familial joue un rôle déterminant dans l'apparition du burnout soit en tant que facteur protecteur soit en tant que facteur de risque. Aussi, les stratégies d'adaptation face au stress au travail sont différentes selon les hommes ou les femmes. Les femmes recherchent plus facilement du soutien social.

Dans les études sur les odontologistes, nous ne retrouvons pas de différence notable entre les sexes ou des différences très faibles. Par exemple, une enquête parmi les chirurgiens-dentistes hollandais ne montre aucune différence dans les dimensions de l'épuisement émotionnel ou de l'accomplissement personnel mais les hommes seraient plus touchés par la dépersonnalisation. Cependant, cette différence serait liée au fait que les hommes travaillent plus et disparaît si les heures de travail sont équivalentes.

Une autre étude parmi les praticiens américains ne montre aucune différence significative dans la majorité des spécialités de l'art dentaire sauf en pédodontie et en parodontie où les femmes seraient plus atteintes par la dépression.

Nous ne retrouvons pas de différence entre les sexes parmi les chirurgiens-dentistes hollandais sur la prévalence du burnout ou sur l'engagement au travail.

En définitive, nous ne retrouvons pas de différence notable entre les genres sur la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel mais les stressés chroniques sont différents pour les hommes et les femmes et leur impact sur la santé est différent.

### 1.1.3. Type de personnalité [14 ; 26 ; 42 ; 46 ; 70 ; 71 ; 88 ; 110 ; 111 ; 112]

Tout d'abord, les différents traits de personnalité retrouvés chez les professionnels de santé bucco-dentaire peuvent être des facteurs de risque d'épuisement professionnel ou des facteurs protecteurs. Cependant, d'après de nombreuses études, la majorité des chirurgiens-dentistes sont dévoués professionnellement, idéalistes, avec une personnalité de type A, une faible estime d'eux-mêmes, un sentiment prononcé de culpabilité et un important besoin de reconnaissance, ces traits de personnalité peuvent augmenter le stress et prédisposent au burnout. Les praticiens qui ont l'impression de ne pas pouvoir y arriver, un désir de plaire trop important, un sens de l'autocritique trop élevé ou qui ne sont pas capables de dire non à un patient sont très exposés au risque d'épuisement professionnel.

\* La **personnalité de type A** est pour certains auteurs la base même du syndrome et la majorité des chirurgiens-dentistes sont de ce type. Ils présentent un esprit de compétition très développé, un fort désir de réussite, et une grande impatience. Les odontologistes de type A sont des individus hyperactifs, très investis professionnellement avec un engagement élevé au travail (comme les « workaholiques »).

Ce type de personnalité augmente de façon considérable le risque de burnout et de maladies cardiovasculaires.

#### \* La **personnalité narcissique ou borderline**

Selon une étude parmi les chirurgiens-dentistes espagnols, 75 % ont une personnalité obsessionnelle-compulsive. Mais les plus exposés au burnout seraient les praticiens narcissiques ou borderline. Ces derniers présentent une personnalité instable, impulsive avec un besoin de compétition et d'admiration excessif qui les rend vulnérables au burnout.

Une enquête d'A.Puriene (79) révèle une certaine nervosité chez les chirurgiens-dentistes lituaniens qui les rend plus sensible à l'épuisement professionnel.

#### \* Le **perfectionnisme**

Les chirurgiens-dentistes perfectionnistes développent un sens de l'autocritique élevé et un haut niveau d'exigence. Ce trait de personnalité, qui peut être source de motivation mais aussi un trouble obsessionnel-compulsif lorsqu'il est surdéveloppé, est retrouvé chez la majorité des praticiens bucco-dentaires. Développé de manière excessive dans les études, il peut être positif pour aider à réussir mais aussi négatif car la perfection est difficile même impossible parfois à atteindre et peut causer l'autodestruction du professionnel, avec un sentiment d'échec et de frustration.

#### \* L'**estime de soi**

Les odontologistes ayant une faible estime d'eux-mêmes seraient plus touchés par le burnout mais une haute estime d'eux-mêmes ne les en protège pas non plus. De plus, la faible estime de soi peut être une cause de burnout mais aussi une conséquence, semblable alors à la diminution de l'accomplissement personnel. Aussi, le manque de confiance en soi est un facteur de risque de l'épuisement professionnel.

#### \* Le **sentiment de culpabilité**

Le chirurgien-dentiste qui est incapable de déléguer ou de dire non, culpabilise facilement et s'épuise émotionnellement.

#### \* Le **pessimisme**

Le praticien pessimiste perçoit tout de manière négative et alarmiste. Il peut-être désabusé et en souffre émotionnellement. A l'inverse, l'optimisme est une bonne ressource personnelle et protégerait le professionnel contre l'épuisement professionnel.

#### \* La **timidité**

Le chirurgien-dentiste timide doit lutter en permanence contre sa personnalité, il est alors dans un état de stress chronique.

#### \* L'**altruisme**

Les chirurgiens-dentistes altruistes pensent d'abord à leurs patients avant leurs proches ou eux-mêmes. Ce besoin d'aider les autres est une grande qualité pour être un bon professionnel de santé mais elle peut être assez destructrice pour le chirurgien-dentiste en tant que personne.

\* Même l'**enthousiasme** du début de carrière, ne protège pas les praticiens. Les plus enthousiastes seraient même les plus touchés, sans doute à cause de la désillusion du début de carrière.

\* **Les personnalités du « Big Five de Costa et Mc Crae »**

Selon ces auteurs, ces cinq traits de caractère : l'extraversion, le caractère agréable, la personnalité consciencieuse, le névrosisme ou l'ouverture ont un lien avec le burnout. Le névrosisme par exemple est un facteur aggravant de l'épuisement émotionnel.

\* La **personnalité endurente « hardienness »** permet d'éviter le burnout. Ces odontologistes endurents sont correctement impliqués dans leur travail, perçoivent les difficultés comme des défis à relever et ont un bon contrôle sur leur exercice, ils sont ainsi protégés du stress chronique.

En définitive, « avoir un bon mental » est comme chez les sportifs de compétition indispensable pour un odontologiste. Une forte personnalité et une bonne compétence émotionnelle protègent contre l'épuisement professionnel. Enfin, les différents traits de personnalité induisent une auto-efficacité et des stratégies d'adaptation différentes.

1.1.4. « Self-efficacy »

[13 ; 46 ; 82 ; 112]

L'auto-efficacité, ou l'efficacité personnelle perçue, est une caractéristique individuelle qui correspond à la croyance relative qu'une personne a en ses capacités ou ses aptitudes à accomplir ou à gérer certaines choses dans diverses situations. Elle est différente de l'estime de soi qui est une évaluation globale de sa valeur personnelle. L'auto-efficacité est un sentiment de confiance qui contribue à la réussite d'une personne surtout dans le sport mais aussi dans le travail en augmentant ses performances et a un rôle dans la santé.

Un faible sentiment d'auto-efficacité entraîne une certaine forme d'anxiété, une diminution de l'accomplissement personnel, c'est un facteur de risque d'épuisement professionnel. Au contraire, une grande efficacité personnelle protège le professionnel du stress chronique et ainsi du burnout.

L'auto-efficacité est liée aux attentes de résultats. Concrètement, si un chirurgien-dentiste se sent capable de réaliser un soin sur un patient (auto-efficacité) et en plus s'il sait que le fait de le réaliser induit la satisfaction du patient (attente de résultat), alors cela entraîne une satisfaction professionnelle et facilite l'engagement au travail.

Enfin, l'auto-efficacité intervient entre les stresseurs professionnels et le burnout, si elle est importante, elle permet d'aider à vaincre les difficultés professionnelles.

#### 1.1.5. Locus of control

[46 ; 112]

Le « locus of control » (LOC) représente la croyance établie par l'individu entre son comportement, ses actions et ce qui lui arrive. Une personne avec un LOC interne croit que ce qui arrive est la conséquence de ses actions, ses efforts ou ses capacités personnelles tandis qu'une personne avec un LOC externe pense que les événements de la vie sont la conséquence de l'environnement, du destin ou du hasard. Par exemple, le chirurgien-dentiste, face à une reprise d'infection sous un traitement endodontique qu'il a réalisé, peut imputer cette conséquence à son propre traitement (LOC interne) ou au hasard (LOC externe). Même si le LOC externe est une manière de se protéger dans un premier temps, il induit le burnout sur le long terme. Le LOC interne permet lui de se protéger contre l'épuisement professionnel grâce par exemple à une certaine remise en question. De plus, le chirurgien-dentiste avec un LOC interne peut attribuer sa réussite ou la réussite de ses soins à lui-même, ce qui induit une satisfaction professionnelle.

#### 1.1.6. Différents types de « coping »

[26 ; 46 ; 112 ; 114]

Le « coping » est la capacité à faire face au stress et à maîtriser une situation. Lors d'un stress, le professionnel évalue la situation et s'adapte en fonction de ses ressources grâce à son style de « coping ». Les différents styles de « coping » sont des facteurs individuels et dépendent de ressources personnelles comme l'âge, la personnalité, la santé, la croyance, l'éducation, la culture, les aptitudes... Les chirurgiens-dentistes qui possèdent d'importantes ressources personnelles et sociales (comme un fort sentiment d'efficacité personnelle ou un bon soutien social) peuvent développer des stratégies de « coping » actives afin d'affronter les stressseurs et modifier la situation. Ces styles de « coping » actifs sont par exemple une meilleure organisation du travail ou encore une recherche de soutien social, et permettent de maîtriser le stress, d'augmenter la satisfaction professionnelle et ainsi éviter le burnout. Au contraire, les praticiens avec peu de ressources ou des personnalités à risque développent plutôt des stratégies de « coping » passives ou défensives comme l'évitement, la fuite ou l'isolement. Ces stratégies passives accentuent l'épuisement professionnel à moyen et long terme.

Nous verrons plus loin quelles stratégies de « coping » utilisent les chirurgiens-dentistes pour faire face aux différents stressseurs professionnels.

## 1.2. Etudes et orientations de carrière

### 1.2.1. Etudes

[19 ; 26 ; 42 ; 43 ; 55 ; 85]

Tout d'abord, en France, la première année commune aux études de santé : PACES (nommée PCEM1, première année du premier cycle des études médicales, avant 2010) s'avère une année très difficile pour les étudiants. La pression du concours très sélectif et la surcharge de travail personnel induisent déjà isolement, compétitivité, perfectionnisme, et bien sûr stress. Ces conséquences font partie des principaux facteurs de risque de burnout. Ainsi l'étudiant doit apprendre à organiser son travail et à gérer son stress dès le début de sa formation.

De plus, les 15% des étudiants les moins bien classés au premier semestre ne sont pas autorisés à continuer l'année, ce qui induit une pression supplémentaire. Lors du deuxième semestre, les étudiants doivent choisir leur filière entre médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique et masso-kinésithérapie selon les facultés. Cependant ils peuvent s'inscrire à tous les différents concours s'ils le souhaitent. Ainsi, malgré les différents changements entre PCEM1 et PACES, le choix professionnel peut toujours être fait par défaut. En effet, un étudiant qui désire « faire médecine » mais qui s'inscrit à tous les concours et qui n'obtient par exemple qu'une place en rang utile dans la filière odontologie, fera son choix par défaut. Cette filière professionnelle non choisie peut être un facteur de risque du burnout.

Selon une étude de G.Humphris (55) en 2002 parmi sept écoles dentaires d'Europe (Amsterdam, Belfast, Helsinki, Manchester...), 22 % des étudiants en première année de chirurgie dentaire ont déjà un taux d'épuisement émotionnel élevé. Il réalise la même étude en 2008 chez des étudiants en dernière année, et remarque un développement négatif à travers les années chez ces futurs chirurgiens-dentistes, ils présentent un haut score de burnout par rapport à la première année et 39% d'entre eux ont un épuisement émotionnel élevé.

Une enquête réalisée au Portugal montre que 17% d'étudiants en chirurgie dentaire sont touchés par le burnout. Les plus atteints sont ceux qui ont des performances médiocres, ceux qui prennent des médicaments à cause de leurs études, et ceux qui ont déjà pensé à arrêter leur formation.

Les facteurs de stress pendant les études d'odontologie sont nombreux : le manque de temps libre, les notes et les examens, la pression exercée par certains professeurs, la demande de perfection dans les soins... Nous relevons également un stress dû à une certaine quantité d'actes à

effectuer pendant ces années de formation. Ainsi, pour « décompresser », certains de ces futurs praticiens consomment déjà de l'alcool, du tabac ou encore des médicaments de manière très excessive.

Aussi, les étudiants en chirurgie-dentaire seraient plus sujets au syndrome d'épuisement professionnel que les étudiants en médecine selon une étude allemande.

En définitive, la formation des chirurgiens-dentistes à défaut d'être protectrice est déjà elle-même facteur de risque du burnout de manière indirecte via les différents « stressseurs » rencontrés et les conduites addictives. Il s'agit d'un phénomène inquiétant, des mesures de prévention doivent être prises dès les premières années d'études. Avant même de débiter leurs carrières, les futurs soignants en médecine bucco-dentaire doivent apprendre à gérer les difficultés qu'ils vont rencontrer et adopter les bonnes stratégies d'adaptation.

#### 1.2.2. Choix professionnel et orientation de carrière

[26 ; 112]

Les influences et les caractéristiques du choix du futur métier de soignant sont importantes et rendent le professionnel plus sensible au burnout. Les raisons du choix professionnel ne sont pas toujours idéales et peuvent augmenter le risque d'épuisement professionnel comme l'appât du gain, le besoin de reconnaissance, la recherche de réussite sociale, l'influence des parents... La vocation unique de l'exercice de l'art dentaire est plutôt rare. Cependant, même la vocation de soin ou d'aider les autres peut être source de déception et induire alors un risque d'épuisement professionnel. (par exemple en dentisterie, les praticiens peuvent avoir l'impression de réaliser des soins à visée « plus esthétique » que médicale et les patients ne suivent pas toujours leurs conseils...)

C.Cherniss en 1980 a une vision transactionnelle entre le syndrome d'épuisement professionnel et les orientations de carrière (idées que l'individu peut avoir de l'exercice de sa profession). Il définit 4 modèles d'orientation de carrière différents qui impliquent un engagement au travail et un risque d'épuisement professionnel différents :

- L'activiste est critique à l'égard d'une profession qu'il espère changer, il veut s'engager pour améliorer la situation de ses patients.
- L'artisan valorise son activité professionnelle, aime développer ses compétences et enrichir son savoir-faire. Il travaille pour le métier lui-même.
- Le carriériste (ou l'arriviste) recherche le succès, la reconnaissance sociale et financière, les responsabilités...
- L'égoïste (ou l'autocentré) souhaite avant tout satisfaire sa vie personnelle et travaille au minimum.

Selon une étude de D.Truchot (112) sur des médecins généralistes, les activistes et les artisans qui semblent plus engagés socialement et professionnellement seraient protégés contre le burnout. En revanche, les carriéristes paraissent les plus stressés et sont à risque d'épuisement professionnel (seul le score de l'accomplissement personnel est bon). Les autocentrés qui ont tendance à se désengager professionnellement en faveur de leur vie privée semblent les plus à risque de burnout (avec les trois dimensions élevées).

Les orientations de carrière des soignants ont alors un impact positif ou négatif sur le burnout et elles peuvent évoluer au cours du temps. Par exemple, le professionnel activiste en début de carrière fait souvent face à la désillusion professionnelle, et peut devenir autocentré (par exemple à cause du manque de reconnaissance des patients qui peut induire la dépersonnalisation).

En définitive, la différence entre les attentes du travailleur suivant les orientations de carrière distinctes et la réalité professionnelle est un facteur de risque important de burnout. De plus, si l'engagement au travail est moindre, le risque d'épuisement professionnel augmente.

### 1.3. La profession en elle-même

[44 ; 96]

Selon l'OMS, la profession de chirurgien-dentiste fait partie des plus stressantes après le métier de policier. Et ce, même si les odontologistes ne sont pas atteints par un stress important retrouvé chez la plupart des travailleurs : la crainte du licenciement et du chômage.

Ces professionnels de santé sont souvent des « bourreaux du travail » (« workaholics »), ils n'osent que rarement demander de l'aide et ils ont une tendance et une facilité d'accès à l'automédication. La profession de chirurgien-dentiste est en elle-même un facteur de risque de burnout par sa spécificité car elle comporte de nombreux facteurs de risque intra-individuels (comme vu précédemment, ils ont souvent une personnalité à risque), interindividuels, organisationnels et liés à l'environnement de travail. Toutefois, les chirurgiens-dentistes qui ont en plus un rôle d'assistant ou de professeur dans une faculté présente une vulnérabilité différente au burnout. Ce rôle pédagogique envers les étudiants, peut être à la fois un facteur de risque supplémentaire mais aussi un facteur protecteur en augmentant la satisfaction professionnelle.

Enfin, si le travail est le seul centre d'intérêt et d'épanouissement pour le chirurgien-dentiste, c'est aussi un risque d'épuisement professionnel.

### 1.3.1. L'engagement au travail comme facteur protecteur ? [34 ; 44 ; 49 ; 108]

Le lien entre l'engagement au travail et le burnout a été prouvé dans de nombreuses études. En opposition directe avec les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel, l'engagement professionnel est caractérisé par une énergie élevée, une implication forte et un sentiment d'efficacité. Ainsi, il protège contre le burnout.

Selon une étude de H. Te Brake (108) réalisée en 2008, les odontologistes sont des professionnels présentant des hauts niveaux d'engagement et seraient ainsi mieux « immunisés » contre l'épuisement professionnel. L'engagement parmi ces chirurgiens-dentistes a été mesuré à l'aide de l'« Utrecht Work Engagement Scale » (UWES) et comporte trois dimensions (trois caractéristiques principales de l'engagement) : la vigueur (l'énergie), le dévouement et l'absorption (la concentration, l'immersion dans le travail). Ils présentaient alors des hauts scores dans chacune des dimensions, ils s'impliquent surtout pour les soins au patient, les résultats idéaux et esthétiques et leur fierté personnelle. Ces sources de satisfaction, ces principaux facteurs d'engagement créent de la motivation qui les protège contre le burnout. L'engagement au travail a des effets positifs sur la satisfaction de la vie, le bien-être au travail mais aussi sur le bien-être général sur le long terme.

Cependant, ce haut niveau d'engagement chez les « bourreaux de travail » ne les protège qu'un temps du burnout. Trop d'engagement au travail aux dépens des autres sphères de la vie peut induire l'épuisement professionnel.

#### 1.4. Santé du Chirurgien-dentiste

Comme tous les autres professionnels de santé, le chirurgien-dentiste doit avoir une bonne hygiène de vie et être en bonne santé pour exercer au mieux son activité. Il est difficile d'exercer l'art dentaire avec des troubles de santé.

##### 1.4.1. Sommeil et habitudes de vie

[38 ; 51 ; 62 ; 63 ; 77]

D'après l'institut du sommeil et de la vigilance, le sommeil et le stress sont liés. Le stress au travail induit des troubles du sommeil et à l'inverse les troubles du sommeil causent du stress et de l'anxiété. C'est un cercle vicieux. Les troubles du sommeil ont des conséquences directes sur la santé physique et psychique.

Selon une étude britannique, les troubles du sommeil du praticien en chirurgie dentaire sont en corrélation avec le stress au travail. Les chirurgiens-dentistes sont plus vulnérables au stress et au burnout quand ils sont en manque de sommeil. Plus de la moitié d'entre eux ressent le besoin de dormir au moins 7 heures par nuit. Parmi les praticiens hollandais, 14% présentent des troubles du sommeil.

Les comportements inappropriés comme l'addiction à l'alcool, la consommation de tabac et les mauvaises habitudes alimentaires sont associés au burnout. 90% des chirurgiens-dentistes britanniques consomment régulièrement de l'alcool mais la majorité en petite quantité. Cette consommation a tendance à augmenter le stress professionnel.

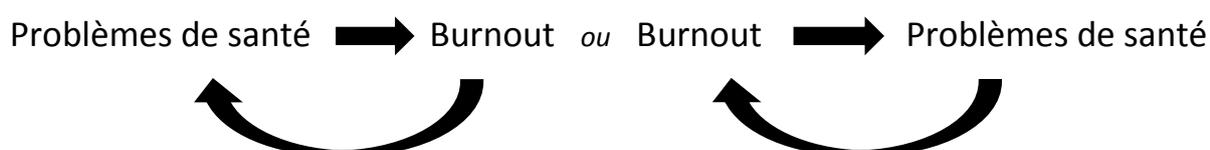
Les confrères américains consomment moins d'alcool que les médecins mais auraient plus de tendance alcoolique. Cependant, les chirurgiens-dentistes n'auraient pas plus de risque d'alcoolisme que la population générale.

Moins de 10% des chirurgiens-dentistes britanniques fument.

Près de 2/3 des odontologistes britanniques pensent qu'ils devraient modifier leurs habitudes alimentaires. Autant de praticiens hollandais pensent avoir une mauvaise alimentation. Seule la moitié des chirurgiens-dentistes britanniques sont satisfaits de leur poids, 27,6% sont en surpoids et 4 % sont maigres.

Ces troubles du sommeil et ces mauvaises habitudes de vie sont des facteurs de risque importants du syndrome d'épuisement professionnel s'ils sont présents dès le début de la vie professionnelle. Mais ils peuvent être aussi des conséquences du burnout et des facteurs aggravants.

Tout d'abord, il est difficile de savoir si les problèmes de santé sont une des causes ou une des conséquences d'un épuisement professionnel. D'après une étude de RC.Gorter (38), le burnout et les problèmes de santé sont liés chez les chirurgiens-dentistes. Les problèmes de santé peuvent être des facteurs de risque ou des manifestations de l'épuisement professionnel ou bien les deux à la fois. Cela peut-être un cercle vicieux :



Les problèmes de santé induisent un épuisement professionnel qui augmente ces derniers et à l'inverse le burnout cause une mauvaise santé qui aggrave le burnout...

10% des chirurgiens-dentistes hollandais déclarent avoir un mauvais état de santé général, le même pourcentage est retrouvé parmi les britanniques mais plus de la moitié des confrères lituaniens se disent en mauvaise santé. La profession influe sur la santé des chirurgiens-dentistes. Aussi, ils présentent plus de problèmes de santé que d'autres professionnels soignants. Environ 60% des praticiens britanniques ont mal au dos, autant présentent des maux de tête ou des problèmes digestifs.

De plus, les odontologistes malades (comme tous les soignants) sous-estiment souvent leurs symptômes, ne font pas attention à leur fatigue et ne veulent pas s'avouer malades. Ils consultent rarement et ont recours à l'auto-médication. Cette peur, cette honte d'être malade peut aggraver leurs maladies et avoir des conséquences néfastes sur leur santé à long terme. Ils s'occupent de la santé de leurs patients mais ne prennent pas le temps de se soucier de leur propre santé. Pourtant, lorsqu'ils sont malades ils sont plus vulnérables au stress.

Néanmoins, les problèmes de santé physiques présents avant le début de carrière (par exemple le diabète de type 1) ou les problèmes graves (comme un cancer) peuvent-être au contraire des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel, obligeant le praticien à relativiser, à ne pas s'oublier et à avoir un rythme de travail allégé.

Comme nous l'avons vu précédemment, certains traits de personnalité peuvent devenir des facteurs de risque de burnout mais aussi des troubles de la santé mentale comme l'anxiété ou un état dépressif qui augmentent le risque d'épuisement professionnel sans même l'intermédiaire du stress chronique. Les professionnels de santé qui ont tendance à l'anxiété, ont une mauvaise auto-efficacité et des mauvaises stratégies de « coping » pour faire face au stress. 45 % des chirurgiens-dentistes britanniques sont anxieux et présentent un sentiment d'inquiétude permanent.

Certains antécédents familiaux peuvent aussi être des facteurs aggravant de burnout.

Enfin, les chirurgiens-dentistes doivent se ménager, s'autoriser des temps de récupération et prendre soin de leur santé afin d'éviter le syndrome d'épuisement professionnel.

## 1.5. Entourage et loisirs

### 1.5.1. Activité physique [38 ; 62]

Les praticiens non sportifs et qui ne pratiquent pas d'activité physique sont plus à risque de burnout. Selon une étude parmi les praticiens hollandais, 40% d'entre eux manquent d'exercice physique et 30% déclarent être en mauvaise condition physique. 60% des confrères britanniques pratiquent une activité physique au moins 3 à 4 fois par semaine.

Une activité physique et sportive régulière est une manière de s'occuper de soi, de se changer les idées qui protège de l'épuisement professionnel. L'entraînement sportif régulier permet de réduire le stress grâce à la sécrétion d'endorphines qui ont un effet anxiolytique notamment.

Néanmoins, un excès d'activité sportive ou une activité trop contraignante peut augmenter le stress.

Afin de prévenir le burnout, une activité physique et sportive régulière est indispensable pour les chirurgiens-dentistes.

### 2.1.1. Statut marital et entourage [26 ; 41 ; 46 ; 61 ; 62 ; 70 ; 80 ; 82 ; 91 ; 112]

Le statut de célibataire est un facteur de risque sociodémographique du burnout retrouvé chez les praticiens espagnols et britanniques. Au contraire, être en couple et la présence d'un soutien social protègent contre l'épuisement professionnel. Les chirurgiens-dentistes qui ont un soutien disponible sont plus aptes à faire face aux stressseurs professionnels. 96% des odontologistes britanniques ont un ami ou un membre de la famille vers qui ils peuvent se tourner en cas de problème. 88 % sont mariés ou en concubinage et 70 % sont très satisfaits de leur relation. Près des

3/4 ont des enfants. Cependant, la vie familiale peut protéger du burnout mais les responsabilités familiales peuvent être également des facteurs de stress supplémentaires.

Les femmes sont plus touchées par le conflit famille-travail et les interférences entre la vie privée et professionnelle sont sources de burnout. L'environnement familial chez la femme joue un rôle important dans l'apparition du burnout. Le culte de la « maman performante » au travail et à la maison est un facteur de risque supplémentaire d'épuisement professionnel.

La vie familiale a un impact sur le burnout, si les problèmes familiaux augmentent, l'épuisement professionnel risque d'augmenter. Les difficultés familiales sont un facteur de risque mais elles peuvent être aussi des conséquences de l'épuisement professionnel. Le manque de temps à consacrer à la famille et le stress au travail ont des répercussions négatives sur la vie privée. 38% des chirurgiens-dentistes lituaniens pensent qu'il est difficile de coordonner la vie de famille et les responsabilités professionnelles.

L'entourage (amis et famille) est indispensable pour le praticien afin de pouvoir partager ses problèmes et ses satisfactions professionnelles. Le soutien social diminue la charge allostatique (les effets physiologiques dus au stress). Mais le professionnel de santé s'occupe souvent plus de ses patients que de ses proches. Pourtant, l'entourage du praticien le protège tandis que l'isolement et la solitude augmentent le risque de burnout.

Les chirurgiens-dentistes doivent donc se maintenir en bonne santé physique (notamment grâce à l'activité physique et à de bonnes habitudes de vie) et mentale (grâce à leur entourage par exemple) afin de réaliser la pratique de la dentisterie dans les meilleures conditions possibles. Leur bien-être physique et mental leur permet de mieux lutter contre les stressseurs présents au cabinet dentaire.

## 2. Etiologies au cabinet dentaire : « les stressseurs »

Les différents stressseurs liés à l'environnement de travail au cabinet dentaire ou au travail lui-même agissent de manière directe ou indirecte par l'intermédiaire du stress. Les chirurgiens-dentistes ont sensiblement les mêmes stressseurs professionnels que les médecins généralistes (comme le temps, la charge de travail, les relations avec les patients...) mais ils présentent en plus des stressseurs physiques (comme le bruit...). Au quotidien, les chirurgiens-dentistes doivent aussi faire face au symbolique important de la bouche (érotisme, intimité...) qui peut devenir éprouvant sur le plan émotionnel.

## 2.1. La notion de temps et de surcharge au travail

[9 ; 35 ; 44 ; 76 ; 77 ; 80 ; 88 ; 91 ; 103 ; 110 ; 111]

La surcharge de travail est retrouvée comme la première source de stress dans de nombreuses professions et dans de nombreux pays. Les anglo-saxons emploient le terme « jobstrain » pour définir la pression et la surcharge au travail. Les chirurgiens-dentistes sont souvent sous pression car leur charge de travail est considérable que ce soit les soins au fauteuil avec les patients ou tous les « à côté » comme l'administratif... Ils ont une surcharge de travail en temps limité et sont en course permanente contre le temps.

Chez les odontologistes britanniques en 1994 ou chez leurs confrères lituaniens en 2008, l'allongement des journées de travail augmente le risque de solitude et d'épuisement professionnel. Trop de temps passé au cabinet dentaire a aussi un impact négatif sur leur vie de famille. La surcharge de travail est corrélée aux problèmes de santé des praticiens. Selon une étude française de 2002, 38% des chirurgiens-dentistes travaillent plus de 10 heures par jour alors qu'ils n'étaient seulement que 5% en 1993.

Les journées de travail des chirurgiens-dentistes sont souvent longues, fatigantes, sans pauses, rythmées par des actes rapides et des imprévus. Plus le rythme de travail est élevé, plus le risque de burnout est important. Une cadence de soins très intense peut augmenter la productivité mais diminue le temps pour chaque patient. Le temps du rapport humain qui diminue ou disparaît augmente la solitude du chirurgien-dentiste et la dépersonnalisation.

La pression constante du temps est un facteur de stress ressenti chez près de la moitié des chirurgiens-dentistes en Nouvelle-Zélande et particulièrement chez les jeunes. Arriver à trouver du temps pour leur famille et leurs amis est aussi une source d'inquiétude pour plus d'un quart d'entre eux.

L'assistante ou la secrétaire qui rajoute des rendez-vous « entre-deux », et un nombre élevé d'urgences que le professionnel de santé se doit de prendre, empêchent le chirurgien-dentiste de maîtriser son emploi du temps et d'avoir le contrôle sur son planning. Les interruptions lors des soins (par exemple le patient qui arrête l'acte pour cracher ou le téléphone pour ceux qui travaillent seuls) peuvent être vécues comme des pertes de temps. Les soins qui s'avèrent plus longs que prévus (à cause de l'anxiété d'un patient, d'une anesthésie qui ne prend pas ou encore d'une extraction plus complexe que prévu) sont des facteurs d'épuisement émotionnel. Cette perte de contrôle du temps et ce facteur d'imprévisibilité sont des causes majeures de burnout.

Selon une étude britannique de 2004, la première source de stress pour 68.4% des chirurgiens-dentistes interrogés correspond au retard pris sur l'emploi du temps comme pour la majorité des confrères danois.

La surcharge de travail et la pression constante du temps sont des facteurs de risque importants de l'épuisement professionnel mais leur impact va sans doute diminuer dans les années à venir avec notamment la féminisation de la profession. En effet, les femmes chirurgiens-dentistes et les jeunes ont tendance à diminuer leurs temps de travail (moins de jours et des journées moins longues) au profit de leur vie privée.

Le praticien doit essayer de maîtriser son temps en organisant au mieux son planning et en anticipant les imprévus afin d'éviter d'être trop débordé.

## 2.2. La relation praticien-patients

[11 ; 111]

La relation soignant-soigné a évolué de manière pragmatique. Auparavant, les patients avaient une confiance aveugle aux docteurs (médecins et chirurgiens-dentistes) puis cette confiance a été remise en cause avec notamment la banalisation de l'accès aux informations médicales grâce à internet. Nous sommes passés d'une relation paternaliste à une relation contractuelle plus basée sur le partenariat où le patient est autonome. Les soignés ont plus facilement tendance à mettre en doute les compétences du praticien et à en changer (nomadisme médical). La relation chirurgien-dentiste-patient de nos jours est alors plus source d'épuisement professionnel qu'autrefois.

Chez les soignants, la principale motivation professionnelle est la relation soignant-soigné, c'est pourquoi cette relation se retrouve souvent au cœur du processus d'épuisement professionnel. Le stress relationnel est le stress majeur pour le chirurgien-dentiste, lié peut-être à une proximité intime avec le patient. Aussi, les interactions praticiens-patients sont fréquentes (entre 10 et 30 par jour), directes, répétitives et parfois chargées en émotions. Elles contribuent alors au développement de l'épuisement émotionnel et du burnout.

La relation du chirurgien-dentiste avec le patient est une relation soignant-soigné particulière :

- les soins ne se font jamais sous la pression de l'urgence vitale, le patient est toujours conscient (sauf le cas particulier de l'anesthésie générale)
- les soins sont réalisés uniquement sur une partie intime du patient qui peut le vivre comme une intrusion dans sa vie privée et sexuelle
- la douleur peut intervenir dans la relation (anxiété du patient et du praticien)
- la communication lors des soins est difficile à cause du bruit et de la position bouche ouverte du patient

Ces différents éléments intervenant dans cette relation peuvent-être source de burnout.

Dès le début, la relation chirurgien-dentiste patient est déséquilibrée : le chirurgien-dentiste « aime » ses patients tandis que la grande majorité des patients « n'aime pas » le dentiste. La première réflexion du patient lors d'une consultation : « je n'aime pas le dentiste » induit une certaine frustration chez le praticien. En revanche, si le patient « aime son dentiste », la satisfaction professionnelle est d'autant plus grande.

Selon une étude parmi les médecins généralistes, le déséquilibre de la relation soignant-soigné ressenti par le praticien influence de manière significative l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Plus précisément, lorsque les bénéfices (plaisir, reconnaissance, bien-être professionnel, salaire) et les investissements ou coûts (énergie et temps dépensés, fatigue) de la relation avec le patient sont en déséquilibre, le soignant a plus de risque d'être en burnout. Si les rapports bénéfices-investissements du patient et du praticien dans la relation ne sont pas égaux, le médecin se sent en situation d'iniquité (perçue) et présente plus de risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. S'il est sous-bénéficiaire de la relation, il peut ressentir de la colère tandis que s'il est sur-bénéficiaire, il peut ressentir de la culpabilité. Enfin, ce sentiment d'iniquité perçue pourrait être extrapolé aux chirurgiens-dentistes.

Le transfert et le contre-transfert sont des ensembles de réactions inconscientes que l'on retrouve dans la relation soignant-soigné (transfert : développé par le patient à l'égard du soignant et inversement pour le contre -transfert). Le déséquilibre entre les deux est source d'épuisement professionnel.

Le praticien peut aussi certains jours être fatigué ou malade et ainsi moins attentif à ses patients. Certains patients oublient que le dentiste est aussi « humain ». Le soignant a le droit de se plaindre aussi, ce sentiment permet de se protéger contre le burnout. Aussi, le chirurgien-dentiste doit faire preuve d'une grande disponibilité et d'une grande tolérance envers ses patients mais si à l'inverse le patient est peu disponible et peu tolérant, ce déséquilibre peut-être source d'épuisement émotionnel.

Les souffrances ou les confidences des patients (mort d'un proche...) peuvent créer des microtraumatismes émotionnels qui ne peuvent être partagés à cause du secret médical. Ces confidences peuvent être lourdes à porter et les praticiens n'y sont pas préparés.

En définitive, le déséquilibre fréquent et le poids émotionnel de la relation chirurgien-dentiste-patient peuvent induire l'épuisement professionnel.

### 2.2.2. Les exigences des patients

[45 ; 62]

Les qualités nécessaires pour être un bon chirurgien-dentiste sur le plan relationnel sont principalement l'empathie et la qualité d'écoute envers ses patients. Ils doivent répondre aux demandes explicites et implicites de leurs patients. Les attentes des patients sont de plus en plus importantes de nos jours. Les patients sont actifs dans la relation, posent plus de questions, veulent connaître les détails de leurs soins. Mais ils sont aussi plus exigeants, veulent être pris en charge rapidement avec des soins rapides et de qualité. Ces attentes ne sont pas toujours réalisables et sont un facteur de pression supplémentaire. De plus, les demandes de plus en plus esthétiques peuvent sembler futiles au praticien et ne sont pas toujours possibles.

Pour les 3/4 des chirurgiens-dentistes britanniques comme leurs confrères hollandais, les demandes ou exigences des patients sont le « stresseur numéro 1 ».

Afin de se protéger de ces exigences, le praticien doit être capable de parfois dire « non ».

### 2.2.3. Incivilités et agressivité

[23 ; 26 ; 92 ; 114 ; 115]

La montée des actes d'incivilité et d'agression se fait ressentir dans les cabinets médicaux mais aussi dans les cabinets dentaires. Un observatoire pour la sécurité des cabinets dentaires a alors été créé par l'union française de la santé bucco-dentaire afin de recenser ces problèmes et prendre les dispositions pour mieux les gérer. Le ministère de l'intérieur a également réalisé en 2011 un «guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé ».

Les actes d'incivilité sont présents sous formes diverses : le patient qui répond au téléphone pendant les soins, les patients qui ne paient pas, certaines réflexions irrespectueuses à l'égard de leur praticien (« vous êtes toujours en retard », « avec le docteur... c'était mieux »...), arriver en retard à son rendez-vous ou les rendez-vous manqués. Tous ces actes causent une diminution de l'estime de soi et une démotivation chez l'odontologiste. Le sentiment d'être respecté est une condition importante du bien-être émotionnel du chirurgien-dentiste.

Les actes d'agressivité sont plus rares mais ont un impact plus grave sur la santé mentale et physique du praticien comme les insultes au téléphone ou les menaces ou le chantage de porter plainte. Si le chirurgien-dentiste ne satisfait pas une demande immédiate à un patient au comportement agressif, il doit alors faire face à des insultes et même parfois des menaces physiques. Ces situations très conflictuelles avec les patients induisent un important stress chronique qui finit par épuiser à petit feu le professionnel de santé.

Ces actes d'incivilité ou d'agressivité sont inquiétants et ont un impact direct sur la santé mentale du chirurgien-dentiste. Pour y faire face, le chirurgien-dentiste diminue son empathie pour ses patients, à tel point parfois qu'il ne ressent plus rien pour eux. C'est la dimension même de la dépersonnalisation, le praticien met une distance avec la source de stress : la relation avec ses soignés afin de se protéger.

*Par exemple, l'homicide d'une femme chirurgien-dentiste le 19 mars 2013 à Marseille suite à un litige va sans doute amplifier le stress quotidien des professionnels de santé.*

#### 2.2.4. La peur du patient lui-même

[9 ; 54 ; 76 ; 77 ; 92]

De nos jours, la peur du dentiste est encore bien présente malgré l'amélioration des techniques et l'évolution de ce monde médical. Cette anxiété provient souvent d'une expérience négative ou d'une interprétation des expériences d'autrui ou encore de l'image négative des dentistes relatée par les médias. Près de 10% des patients présentent une anxiété dentaire élevée sur l'échelle d'anxiété dentaire dans une étude sur 800 sujets de différents pays (Irlande, Finlande, Emirats Arabes Unis).

Ressentir la peur des patients régulièrement au quotidien est source d'épuisement émotionnel pour le chirurgien-dentiste. Cette anxiété des soignés peut alors devenir celle du soignant par transfert. Chez près de la moitié des chirurgiens-dentistes britanniques, les patients anxieux sont une source de stress importante.

Les pleurs des enfants et même de certains adultes apeurés induisent un sentiment de culpabilité ou parfois un mal-être chez le praticien et peuvent causer l'épuisement émotionnel. Le traitement des enfants difficiles est le facteur de stress le plus retrouvé parmi les chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Zélande.

#### 2.2.5. Problème d'acceptation du plan de traitement

[94 ; 114]

La compliance du patient au plan de traitement bucco-dentaire est un élément nécessaire à la bonne relation soignant-soigné et permet une certaine gratification professionnelle pour le praticien. Le patient qui respecte ses rendez-vous, vient jusqu'à la fin du traitement, suit les recommandations d'hygiène bucco-dentaire et ses ordonnances, donne au chirurgien-dentiste le sentiment d'être utile et efficace. A l'opposé, les patients non compliant, avec des attitudes non coopérantes, qui ne viennent aux rendez-vous que lorsqu'ils ont mal, sont susceptibles d'entraîner l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation du chirurgien-dentiste et ainsi le burnout.

La notion de coût est souvent un critère de choix du plan de traitement pour le patient et ce, de plus en plus avec la crise financière. Les patients acceptent de moins en moins les plans de traitement lourds et ne peuvent pas toujours faire la réhabilitation prothétique nécessaire pour des raisons financières. L'augmentation du prix des mutuelles et la diminution des remboursements renforcent ce phénomène.

Ce manque d'adhésion au plan de traitement pour des raisons financières ou autres, induit un sentiment de frustration et une certaine démotivation chez le professionnel de santé.

#### 2.2.6. Peur du professionnel d'infliger la douleur [9]

La peur du chirurgien-dentiste d'infliger la douleur est retrouvée comme un des facteurs de stress principaux chez la majorité des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Zélande. Il se sent parfois responsable de la douleur du patient et ressent alors une certaine culpabilité et une anxiété permanente. Le sentiment d'impuissance devant la souffrance est aussi source de burnout.

#### 2.2.7. Manque de reconnaissance [92]

Depuis longtemps, la mauvaise image du dentiste est ancrée dans les mœurs. Les films, les histoires dépeignent toujours une image négative du praticien qui joue par exemple le rôle du « méchant », du « bourreau » (« arracheur de dents ») ou même de l'« empoisonneur ». La profession est stigmatisée comme une profession de riches ou encore d'escrocs à cause de faits d'actualité (comme par exemple certains confrères qui font réaliser leurs prothèses en Chine ou d'autres qui extraient des dents saines afin de poser des implants). Ces jugements généralisés plutôt dégradants par la société induisent une certaine insatisfaction professionnelle chez l'odontologiste.

De plus, une grande partie de la population ne considère pas comme importante la santé bucco-dentaire. Les patients ont souvent une vue réductionniste de la dent et le chirurgien-dentiste n'est que le « médecin de la dent ». Cette dévaluation de la profession induit une diminution de l'accomplissement personnel pour le praticien.

#### 2.2.8. Manque de communication

[26 ; 111]

Lors des soins, les bruits, le masque du praticien et la position bouche ouverte du patient empêchent toute communication verbale et la relation non verbale est minime. Ce manque de communication avec le patient peut induire un sentiment d'isolement et de solitude pour le chirurgien-dentiste.

La solitude et l'isolement sont des facteurs majeurs de burnout. C'est pourquoi le temps de la consultation avant et après les soins est primordiale pour une meilleure relation soignant-soigné et ainsi protéger le praticien de l'épuisement professionnel.

#### 2.2.9. Patient avec droits et devoirs

[11 ; 26 ; 62 ; 92 ; 111]

Les patients ont des droits mais aussi des devoirs. Ils ont le droit à l'accès aux soins, à une prise en charge en urgence... mais ils ont aussi des devoirs : « obligation de souhaiter aller mieux » et coopérer aux soins. Les patients qui ne respectent pas leurs « devoirs » induisent une certaine démotivation chez l'odontologiste. De plus, la réussite des soins ne dépend pas uniquement du praticien mais aussi du suivi des conseils d'hygiène bucco-dentaire et des recommandations par le patient. L'échec de soins dû à un manque de suivi du patient est un facteur de frustration pour le chirurgien-dentiste.

Les patients ont aussi le droit de porter plainte et ils sont de plus en plus procéduriers de nos jours. Plus de la moitié des chirurgiens-dentistes britanniques craignent les éventuels plaintes ou litiges qu'ils peuvent subir, ce qui est un facteur de risque supplémentaire de l'épuisement professionnel.

Enfin, la qualité de la relation chirurgien-dentiste patient a une influence sur la santé du praticien, la qualité des soins, et la santé du patient. Une relation de confiance est primordiale et permet une certaine satisfaction professionnelle.

#### 2.3. Les stressseurs physiques

Les « stressseurs physiques » sont liés à l'environnement et à l'ergonomie du travail en cabinet dentaire et peuvent tous être des facteurs de risque additionnels d'épuisement professionnel pour le chirurgien-dentiste.

### 2.3.1. Le bruit et les odeurs

[7 ; 35 ; 62 ; 103 ; 111]

Le chirurgien-dentiste est régulièrement confronté à des odeurs désagréables : de la simple mauvaise haleine aux émanations d'une cellulite ou d'une parodontite présentes chez le patient ou même de certains produits chimiques lors des soins. Le renouvellement de l'air est très insuffisant dans les cabinets dentaires et est susceptible de causer des maux de tête, de la fatigue et une insatisfaction professionnelle.

A partir de 65 décibels, la nuisance sonore a des effets sur l'organisme, or, dans les cabinets dentaires le bruit dépasse régulièrement les 85 décibels avec notamment la turbine et les ultra-sons. Selon une étude française, 40% des praticiens présentent des troubles auditifs. En plus de cette intense nuisance sonore, les bruits parasites réguliers dus à l'aspiration, au téléphone sont présents dans le quotidien du chirurgien-dentiste. Cette nuisance sonore peut entraîner à long terme des troubles de l'audition mais à court terme, elle induit stress, irritabilité, maux de tête, baisse de la concentration et fatigue nerveuse et peut-être source d'épuisement professionnel.

Pour la moitié des chirurgiens-dentistes britanniques, le bruit empêche occasionnellement, souvent ou toujours d'entendre une conversation à 6 mètres. Il empêche la communication avec le patient ou l'assistante et induit un sentiment d'isolement.

### 2.3.2. Les positions de travail

[10 ; 62 ; 77 ; 102 ; 111]

L'exercice de l'art dentaire oblige parfois ou même régulièrement le chirurgien-dentiste à travailler dans des positions contraignantes (position anti-anatomique de la tête...), asymétriques, (bascule, rotation du dos...) figées, tendues, prolongées, avec des mouvements répétitifs et des vibrations dues aux instruments.

Selon la quasi-totalité des chirurgiens-dentistes britanniques (96%), le travail au fauteuil est réalisé la plupart du temps, ou même toujours dans une position inconfortable. De plus, les soins sont réalisés à l'aide de mouvements répétitifs du bras et à l'aide d'instruments qui occasionnent trop de vibrations dans les mains (pour les 2/3 des praticiens interrogés).

Ces positions inconfortables et ces contraintes mécaniques (se pencher pour mieux voir, le patient qui bouge, le fait de maintenir la langue des patients...) représentent une charge physique importante pour le chirurgien-dentiste qui induit une fatigue physique et des troubles musculo-squelettiques (TMS). Parmi les praticiens néo-zélandais, 59% souffrent de TMS au niveau de la nuque, 57% au niveau du bas du dos et 45% au niveau des épaules. 10% d'entre eux ont déjà ressenti

des douleurs musculaires empêchant l'exécution normale de leur travail. Parmi les confrères britanniques, 68.3% présentent des douleurs au niveau du dos. Ces TMS surviennent le plus souvent après 6 à 10 ans d'exercice mais les étudiants en souffrent déjà, cela montre l'importance de la charge physique dans la chirurgie dentaire. Une étude parmi les odontologistes indiens montre les effets négatifs des TMS sur leur santé globale. Les TMS peuvent être une des causes de l'épuisement professionnel mais peuvent être aussi amplifiés par le burnout.

Des périodes de repos dans la journée de travail, une meilleure ergonomie du cabinet dentaire et une activité physique régulière devraient permettre de diminuer cette fatigue physique et ces TMS dus aux positions difficiles de travail.

### 2.3.3. La vue

[10 ; 35 ; 111]

La zone réduite et plus ou moins sombre de la cavité buccale, l'éclairage insuffisant ou parfois éblouissant (comme les lumières incorporées sur les instruments rotatifs ou la lampe à photopolymériser) et les efforts pour mieux voir induisent une certaine fatigue visuelle pour le chirurgien-dentiste qui peut être une source majeure de fatigue nerveuse. 20% des praticiens français présentaient des troubles visuels en 2002.

Le risque de projections dans les yeux lors des soins à l'aide d'instruments rotatifs par exemple est considérable et peut être un stresser additionnel pour l'odontologiste. 13% des chirurgiens-dentistes néo-zélandais ont déjà eu dans leur carrière une blessure à l'œil et plus de la moitié ont déjà ressenti des douleurs aux yeux.

Afin de diminuer ce stress lié à la fatigue visuelle ou aux risques de projections, un éclairage suffisant sans être éblouissant de la zone de soins et le port de lunettes de protection sont nécessaires.

### 2.3.4. La concentration

[9 ; 111]

La concentration permanente nécessaire sur un champ opératoire restreint dans l'exercice de l'art dentaire induit une fatigue mentale et physique chez le praticien. Cette fatigue entraîne une certaine forme d'hypovigilance nocive pour la qualité des soins.

Le maintien quasi-permanent d'une concentration élevée est un facteur de stress pour 43 % des praticiens néo-zélandais et peut induire un épuisement mental lors de journées trop longues sans pauses.

### 2.3.5. Les risques liés à la contamination biologique

[7 ; 9 ; 35]

La contamination biologique (virus, bactérie ou même champignon) en cabinet dentaire peut se faire par voie cutanée, percutanée, muqueuse ou respiratoire.

La possibilité de contracter une infection virale est un facteur de stress pour 6% des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Zélande. Les risques d'accidents d'exposition au sang sont présents au quotidien dans un cabinet dentaire en raison de la manipulation d'instrument piquant ou tranchant, de possibles éclaboussures, d'un champ opératoire restreint et de mouvements imprévus des patients. Le risque quotidien d'exposition aux infections virales comme le VIH ou l'hépatite B ou C peut-être un facteur de stress dans l'exercice de la dentisterie ; même si ce risque est contrôlé grâce à la vaccination obligatoire contre l'hépatite B et à la prise de mesures de précaution nécessaires lors de chaque soin. La crainte du risque infectieux est ressentie par 80% des femmes et 40% des hommes. Même le risque d'infections virales simples comme la grippe ou l'herpès peut être une source de stress consciente ou inconsciente.

### 2.3.6. Les risques liés à la radioactivité

[7 ; 10]

Les chirurgiens-dentistes ont été formés sur les risques de la radioactivité et les mesures de radioprotection. Cependant, sortir du cabinet pour se protéger des rayons ionisants est souvent perçu comme une perte de temps pour certains praticiens malgré les risques connus pour leur propre santé.

Bien que la dose de rayons ionisants délivrée soit très faible lors de radiographies rétro-alvéolaires, les risques d'effets stochastiques existent et peuvent être une source d'anxiété supplémentaire pour le chirurgien-dentiste.

D'autres risques de maladies professionnelles liés à l'exposition à certains produits sont connus dans un cabinet dentaire comme les dermatites allergiques (près de la moitié des chirurgiens-dentistes néo-zélandais ont eu une dermatite (allergique ou non) durant l'année précédente). Tous ces risques connus (ou même certains risques méconnus ou non prouvés comme celui de l'exposition à des doses très faibles de mercure) et leur prévention peuvent induire un stress quotidien et une certaine fatigue physique et mentale qui sont source d'épuisement professionnel.

## 2.4. Les responsabilités

Le chirurgien-dentiste est en fait « multifonctions ». Ses rôles sont multiples : du rôle d'homme d'affaires, en passant par celui de gestionnaire de ressources humaines, de technicien, de professeur, de psychologue et bien sûr celui de soignant en chirurgie bucco-dentaire. S'il travaille seul, ses responsabilités se multiplient encore en passant du secrétariat (téléphone, accueil...), à la stérilisation et même pour certains au ménage. Cet excès de responsabilités en tout genre oblige le praticien à réaliser plusieurs choses en même temps et peut induire l'épuisement professionnel.

### 2.4.1. Administratives et de gestion

#### 2.4.1.1. Isolement face aux institutions

[23 ; 35 ; 94 ; 111]

Pour certains chirurgiens-dentistes, les institutions comme le conseil de l'ordre, la haute autorité de santé, les syndicats... représentent plus des facteurs de stress que des éléments protecteurs. Ces praticiens ont le sentiment que leur conseil de l'ordre ou leur syndicat ne sont présents dans leur activité uniquement en cas de problème. Même si beaucoup de chirurgiens-dentistes sont syndiqués comparativement aux médecins, les praticiens ont une certaine distance avec leurs syndicats et il y a très peu d'engagement collectif. Certains odontologistes ont une image négative du conseil de l'ordre qui les « sanctionne », et ne se sentent pas assez soutenus par leurs « autorités » qui ne font pas évoluer la profession selon eux et n'améliorent pas leurs conditions de travail.

Selon l'observatoire national de la santé des chirurgiens-dentistes, même leur propre caisse de retraite nie la pénibilité du métier.

Selon une étude de J.Ginisty (35), les relations difficiles avec les caisses d'assurance maladie sont une contrainte psychosociale perçue comme un « stresser » pour 27,5% des chirurgiens-dentistes français. Ils ressentent un certain manque d'autonomie à cause du poids de la sécurité sociale et des mutuelles de plus en plus important dans leurs soins.

La solitude ou la pression ressentie face aux institutions sont des facteurs de risque de burnout. Néanmoins, les praticiens ayant des responsabilités supplémentaires au sein des institutions : syndicats ou conseil de l'ordre sont moins sujets au burnout.

#### 2.4.1.2. « La paperasse »

[62]

Pour de nombreux chirurgiens-dentistes, la paperasserie est une charge administrative stressante vécue comme une corvée à laquelle ils ne sont pas préparés. Ces tâches administratives sont en constance augmentation depuis 20 ans. La paperasserie non clinique est un facteur de stress pour 54% des chirurgiens-dentistes britanniques et 42% d'entre eux sont « stressés » par la paperasserie clinique.

#### 2.4.1.3. Gestion d'une société

[42 ; 62 ; 73 ; 94]

Plus de la moitié des chirurgiens-dentistes hollandais nouvellement qualifiés ne se sentent pas assez préparés quant à la gestion de leur cabinet et sont stressés par les questions de droits et d'assurances, par la gestion de l'organisation et du personnel de leur cabinet. Ce facteur de stress est retrouvé chez 56% des confrères britanniques.

Les chirurgiens-dentistes doivent gérer leur entreprise de A à Z : la santé, la formation et les congés de leurs salariés, les problèmes informatiques éventuels, la réparation des problèmes techniques (électricité, fauteuil...), la comptabilité (même s'ils ont un comptable), les interruptions de travail (vacances, maternité, maladies...) avec des difficultés pour trouver un remplaçant... Ces responsabilités de « manager » sont des facteurs de risque de burnout pour les praticiens qui doivent y être mieux préparé pour les gérer correctement.

#### 2.4.2. Soins

[44]

Les soins, en donnant au praticien le sentiment d'être utile pour le patient, devraient permettre de lutter contre l'épuisement professionnel car les chirurgiens-dentistes ont les compétences manuelles et intellectuelles de soigner, soulager la douleur et redonner un sourire. Ces compétences sont des sources de satisfaction professionnelle. Les résultats des soins immédiats et esthétiques sont des bonnes ressources d'engagement et de satisfaction professionnels pour les chirurgiens-dentistes hollandais. Cependant, la diversité des soins, des problématiques et le trop grand nombre de patients induisent parfois un sentiment d'impuissance et une pression considérable sur les praticiens. Le rythme soutenu empêche parfois les soins de qualité. Aussi, le patient, consommateur de soins, change les règles des soins avec obligation d'information et de justification. Ces conditions de soins parfois difficiles pour le praticien sont des facteurs de risques d'épuisement professionnel.

#### 2.4.2.1. Lourds antécédents des patients

[94]

Les patients atteints d'une pathologie d'ordre générale sont une source de stress importante pour le praticien qui n'est plus « seulement chirurgien-dentiste » mais a une responsabilité supplémentaire d'ordre typiquement médical. Certains chirurgiens-dentistes ont alors tendance à adresser facilement ces patients à risque oslérien ou hémorragique par exemple afin de ne prendre aucun risque et de ne pas subir ce stress. Mais le lieu de travail ne le permet pas toujours, par exemple si le département ne présente pas de service hospitalier d'odontologie ou de faculté de chirurgie-dentaire, le praticien doit alors être capable de gérer ces patients à risque (sauf bien sûr quelques patients avec prise en charge hospitalière obligatoire). Il peut alors se sentir démuni et isolé. Même si les précautions sont prises par les praticiens, certains risques sont toujours présents et sont des sources de stress.

#### 2.4.2.2. Minutie, précision et difficultés des actes

[94 ; 11]

En chirurgie-dentaire, les actes sont précis et minutieux et demandent aux praticiens une extrême concentration quasi-constante qui cause une certaine fatigue mentale et physique. Aux Etats-Unis, les actes difficiles sont délégués aux spécialistes comme les parodontistes ou les endodontistes, en Allemagne, ce sont les actes plus simples qui sont délégués aux hygiénistes. Les praticiens français sont responsables de tous les soins bucco-dentaires des plus simples aux plus complexes, ce qui induit une surcharge de travail et une anxiété supplémentaire lors d'actes compliqués. Avant une intervention complexe, ne pas savoir et oser dire qu'on ne sait pas sont des facteurs de stress surtout pour les jeunes chirurgiens-dentistes. Ils ont parfois peur de l'échec et ne peuvent pas toujours déléguer (dans les départements sans faculté de chirurgie-dentaire par exemple).

#### 2.4.2.3. Théorie versus pratique

[42 ; 93 ; 94]

La différence entre la réalité clinique et les attentes idéales des chirurgiens-dentistes nouvellement qualifiés cause une certaine insatisfaction professionnelle. La perception de leur carrière et la réalité clinique sont bien distinctes. Les nouveaux praticiens ne sont pas toujours assez préparés à la réalité pratique, par exemple le temps de réalisation des soins au cabinet est très court et la perfection apprise n'est pas toujours facile à atteindre. Les soins sont parfois compromis à cause du manque de temps, d'un patient difficile, d'un manque de matériel ou encore à cause des finances limitées de certains patients. Ces actes compromis diffèrent des attentes idéales du praticien et sont sources de frustration et d'épuisement professionnel dès le début de carrière.

#### 2.4.2.4. Obligation de résultats et de qualité

[73 ; 111]

Au niveau juridique, le praticien a une obligation de moyens (obligation de mettre tous les moyens en œuvre pour soigner son patient selon « les connaissances médicales avérées » selon la loi du 4 mars 2002) pour tous ces soins (sauf une obligation de résultats pour la conception et confection d'une prothèse) mais ses patients ou même lui-même posent souvent une obligation de résultats. De plus, l'obligation de qualité devient chez la majorité des praticiens une obligation de perfection. Ces sentiments d'obligation et le sentiment de ne pas avoir le droit à l'erreur sont présents chez la majorité des professionnels consciencieux et ils sont sous pression au quotidien.

Le chirurgien-dentiste ne doit pas oublier que l'erreur est humaine et que la perfection n'est pas toujours possible afin de se protéger contre le syndrome d'épuisement professionnel car les praticiens les plus exigeants envers eux-mêmes sont souvent les plus touchés.

#### 2.4.2.5. Difficulté diagnostique

[11 ; 94]

Le chirurgien-dentiste peut être amené à prendre des décisions en situation d'incertitude (par exemple, le pronostic d'une dent difficile à évaluer, un diagnostic difficile à poser). Il peut se sentir isolé face à ces difficultés de diagnostic. L'échange entre confrères sur ces cas difficiles permettrait de diminuer ce facteur de stress. L'odontologiste doit apprendre à gérer l'incertitude afin de diminuer son niveau de stress.

### 2.4.3. Responsabilité relationnelle

#### 2.4.3.1. Avec les employés

[40 ; 111]

Selon une étude française de 2000, 2/3 des chirurgiens-dentistes travaillent seuls (sans doute moins de nos jours). Mais les employés du cabinet dentaire permettent de faire gagner un temps précieux au praticien et de diminuer ses responsabilités (téléphone...). Les employés pourraient alors protéger le chirurgien-dentiste d'un éventuel épuisement professionnel.

Même si le chirurgien-dentiste emploie un(e) secrétaire et une femme de ménage, sa principale employée est son assistante (la majorité des assistants en chirurgie bucco-dentaire sont des femmes). La qualité de cette relation chirurgien-dentiste assistante est primordiale pour le bien-être du praticien. Si cette relation asymétrique est basée sur la confiance, le respect mutuel, la compréhension... elle est le gage d'une bonne coopération entre les protagonistes et d'une bonne

ambiance au cabinet dentaire. La collaboration réussie entre le praticien et son assistante augmente la capacité et la qualité du travail, et permet l'engagement et la satisfaction professionnels des deux partis les protégeant ainsi de l'épuisement professionnel. Cependant, si l'entente est mauvaise, les relations avec les employés deviennent alors sources de stress et peuvent être une des causes de l'épuisement professionnel du chirurgien-dentiste. Aussi, les relations ambiguës parfois trop amicales ou de séduction peuvent poser quelques difficultés supplémentaires au praticien.

#### 2.4.3.2. Avec les confrères

[36 ; 94]

Travailler en collaboration ou en association avec un ou plusieurs confrères permet de partager les responsabilités, les finances et les stressés. Les relations confraternelles permettent d'éviter l'isolement et de partager les difficultés rencontrées lors des soins. La convivialité entre confrères lors d'exercice de groupe permet une bonne ambiance de travail et diminue ainsi considérablement le stress professionnel pour chacun des praticiens. Cependant, le manque d'interactions entre confrères ou la mauvaise entente dans un cabinet de groupe peuvent être des causes de burnout.

Enfin, d'autres relations professionnelles peuvent être des facteurs de stress pour le chirurgien-dentiste comme avec le prothésiste lors de mauvaises ententes ou de non-respect des délais ou avec les représentants de laboratoire qui « mangent » parfois le temps que le praticien n'a pas...

#### 2.4.4. Finances

[23 ; 36 ; 78 ; 92 ; 94 ; 111]

Même si les chirurgiens-dentistes font partie des professions ayant des revenus au-dessus de la moyenne, les contraintes financières représentent un facteur de stress pour 41.2% des praticiens français. Les relations avec le fisc sont une source d'anxiété pour 18.3% d'entre eux.

De nos jours, malheureusement l'aspect commercial est important, le chirurgien-dentiste devient de plus en plus un prestataire de soins, un homme d'affaire et le patient, un consommateur. Les rapports humains sont pervertis par l'argent.

Le modèle économique des cabinets dentaires est basé sur la rentabilité qui dépend de plus en plus des actes facturés avec dépassement (47.5% du total des honoraires). La non évolution de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) depuis 1960 est une contrainte persistante pour les chirurgiens-dentistes. Même si une légère revalorisation financière a eu lieu le 1<sup>er</sup> février 2013 au niveau des consultations et des examens de prévention, les soins « de base » en France

restent les moins chers d'Europe et ne sont pas rentables pour les cabinets dentaires. Ce modèle induit un stress de rentabilité et de rendement quotidien qui a une mauvaise influence sur le travail. Pour certains, les actes facturés avec dépassement suscitent un certain sentiment de culpabilité tandis que les soins « basiques » de la nomenclature induisent une certaine frustration sur le plan de la rémunération. De plus, le temps du rapport humain, sans doute le plus important dans la relation soignant-soigné, reste non rémunéré et peut susciter un sentiment de frustration. Chez certains dentistes, ce modèle induit une dépersonnalisation des patients et la diminution du temps de la relation humaine dans la consultation.

Le choix du salariat, (par presque 10% des praticiens au 1<sup>er</sup> février 2013) peut permettre d'éviter ce rapport financier dans la relation avec le patient.

Le niveau social au-dessus de la moyenne des chirurgiens-dentistes (revenus supérieurs de 25% par rapport aux médecins généralistes) pourrait protéger contre le burnout. Mais comme selon l'adage, les contraintes financières (lourds investissements de départ, rôle trop important de l'argent dans la relation soignant-soigné, notion de rentabilité...) sont plus des facteurs de risque d'épuisement professionnel.

#### 2.4.5. Face aux contrôles

[23 ; 62 ; 73 ; 94]

Le chirurgien-dentiste doit parfois faire face à des contrôles :

- le contrôle de la caisse primaire d'assurance maladie déclenché suite à une plainte ou à un problème statistique (trop de consultations par exemple)
- le contrôle du conseil de l'ordre par un expert suite à un litige avec un patient
- les contrôles réguliers de l'URSAFF pour vérifier les déclarations
- les contrôles des normes de sécurité et de radiologie
- les contrôles fiscaux
- ...

Les contrôles abusifs déclenchés par des patients malhonnêtes ou des contrôleurs zélés sont des facteurs virulents de risque d'épuisement professionnel. Plus de la moitié des chirurgiens-dentistes britanniques craignent les plaintes et litiges. De plus, les contrôles d'activité de l'assurance maladie ne tiennent souvent pas compte du facteur humain et les mises en cause parfois non fondées des praticiens déjà très stressés peuvent avoir des conséquences terribles (comme le suicide). Les contrôles d'activité devraient alors être plus préventifs que répressifs afin d'éviter une surcharge de stress chez les chirurgiens-dentistes.

Le respect des contraintes techniques et réglementaires en dehors des soins est une responsabilité supplémentaire : les règles d'asepsie et de sécurité, le traitement des déchets, la

traçabilité de la stérilisation, les normes d'appareillage et de radiographie. Il n'est pas toujours facile pour les praticiens d'être dans les règles, par exemple les nouvelles règles obligatoires d'accessibilité aux handicapés prévues en 2015 dans de nombreux cabinets présents dans d'anciens bâtiments. Le respect de toutes les réglementations d'un cabinet dentaire peut être un facteur de stress pour l'odontologiste.

## 2.5. Démographie professionnelle

[9 ; 22 ; 78]

Dans le milieu médical en France, nous sommes face à un problème de démographie professionnelle important que nous retrouvons chez les chirurgiens-dentistes. Les disparités énormes par département, par exemple entre le nord et le sud, induisent des conditions de travail différentes. La densité de chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants est de 64 en moyenne avec des départements à moins de 35 et d'autres à plus de 90. D'après les projections de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), la densité moyenne devrait tomber à 40. Ce manque de praticiens est un facteur de stress et d'inquiétude pour l'avenir de la profession. Le vieillissement et la féminisation de la profession peuvent également être source d'inquiétude dans le sens où les chirurgiens-dentistes plus âgés auront des difficultés à retrouver un reprenneur de leur cabinet et les odontologistes féminines travaillent moins que leurs confrères masculins.

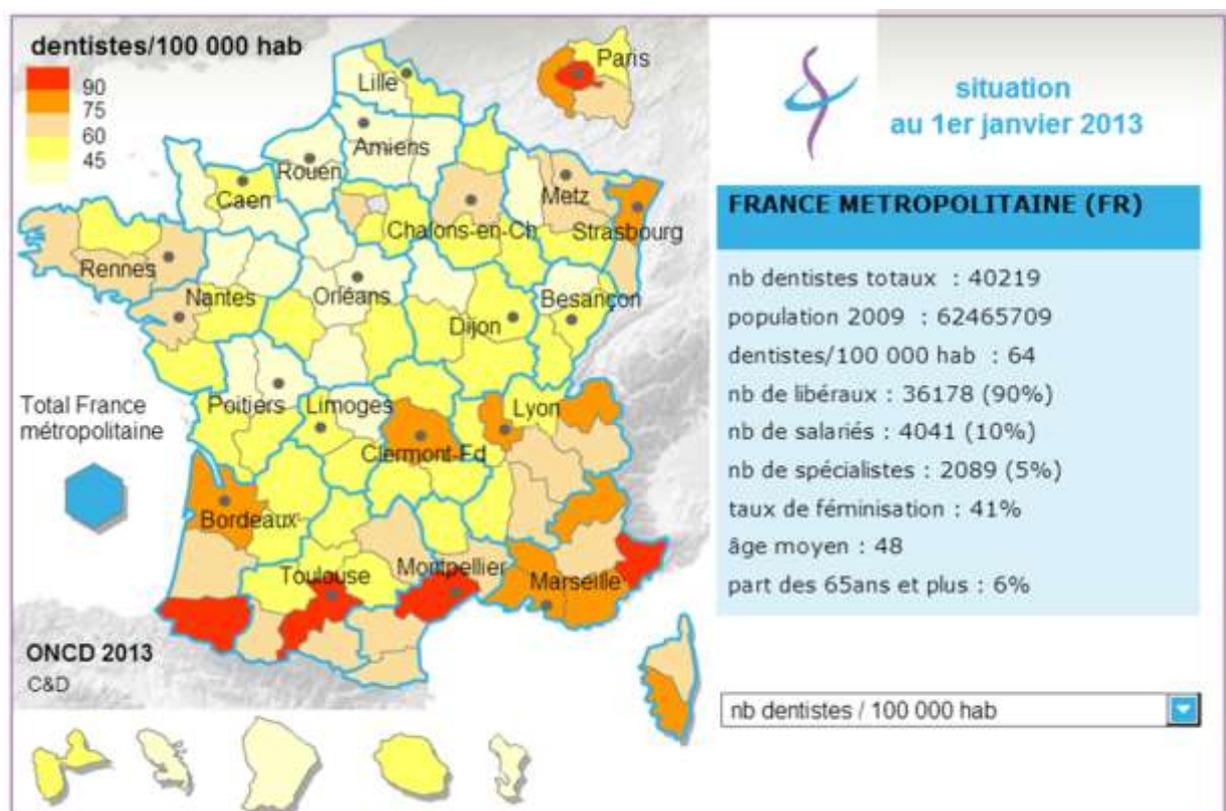


Figure n°4 : **Différence de densités (nombre de dentistes pour 100 000 habitants) sur le territoire national au 1<sup>er</sup> janvier 2013**

Aussi, les différences météorologiques et de paysage (proximité de la mer ou de la montagne...) en fonction des départements font partie des critères de choix d'installation des chirurgiens-dentistes. Cependant, il serait intéressant de savoir si les praticiens travaillant où le climat est plus clément ou en bord de mer sont moins sujets au burnout que leurs confrères ou non ? Aucune étude n'a été faite en ce sens. Toutefois, les vertus du soleil sur la dépression par exemple sont reconnues...

Une autre caractéristique démographique entre en jeu : travailler en milieu rural, en milieu urbain ou mixte. En Nouvelle-Zélande, nous retrouvons différents stressseurs en fonction du lieu du cabinet dentaire : en ville, le manque de reconnaissance et le fait de ne pas avoir le droit à l'erreur, en campagne, le manque de confrères et les difficultés à vendre. En France, le manque de praticiens ressenti dans certains départements ou dans les milieux ruraux est vécu comme une pression supplémentaire pour les chirurgiens-dentistes. Le nombre de patients à soigner dans ces déserts médicaux est parfois ingérable, c'est un facteur de stress quotidien. Dans les zones déficitaires, le trop grand nombre de patients représente le principal facteur de stress tandis que dans les zones non déficitaires c'est plus le problème de rentabilité.

## 2.6. Formations

[36 ; 42 ; 111]

La formation initiale jugée parfois insuffisante (par exemple le manque de préparation à la gestion administrative) et l'obligation de se former continuellement peuvent être des sources de stress professionnel pour le chirurgien-dentiste. Le fait de devoir se former constamment à l'arrivée de nouvelles technologies qu'il ne maîtrise pas crée une pression constante liée au changement sur le chirurgien-dentiste. Cependant, la formation continue est aussi une source de satisfaction professionnelle permettant de « sortir » de l'enceinte du cabinet.

Enfin, même si la profession est en constante évolution, le manque d'opportunités professionnelles et le peu de perspective de carrière peuvent induire une certaine frustration chez le chirurgien-dentiste.

En définitive, tous ces stressseurs liés à la profession ne sont pas tous ressentis en même temps par un même praticien, la superposition ou l'enchaînement de quelques-uns suffit pour déclencher le syndrome d'épuisement professionnel chez le chirurgien-dentiste.

Bien que la majorité des chirurgiens-dentistes soient satisfaits de leur vie professionnelle, le syndrome d'épuisement professionnel est retrouvé chez plus de 10% d'entre eux (pourcentage très variable selon les études comme nous l'avons vu précédemment) avec des réactions et des symptômes physiologiques, psychologiques et somatiques différents. Plus de 130 symptômes du burnout peuvent être retrouvés mais ils varient en fonction des études, des professionnels, des observations cliniques et des outils de mesure. Même si le lien entre certaines maladies et le burnout n'est pas encore clairement établi et parfois inexplicé, de nombreuses études ont montré qu'il a des effets nocifs sur la santé mentale et physique des chirurgiens-dentistes, ainsi que des conséquences nuisibles sur leurs compétences au cabinet dentaire. De plus, le syndrome d'épuisement professionnel évolue de manière insidieuse, et les premiers symptômes ne sont souvent même pas détectés par l'individu atteint, c'est pourquoi il faut savoir les repérer.

L'épuisement professionnel et les problèmes de santé peuvent être associés directement (predisposition ou aggravation des maladies), indirectement (le stress professionnel augmente les comportements défavorables à la santé comme l'alcool, l'isolement...).

### 3.1. Réactions du chirurgien-dentiste

[9 ; 11 ; 46 ; 85 ; 111 ; 114]

Le chirurgien-dentiste peut réagir de manière différente à l'épuisement professionnel et utiliser des stratégies d'adaptation positives ou négatives. Ces stratégies aboutissent à un ajustement ou à un non-ajustement : soit le chirurgien-dentiste arrive à faire face soit il « abandonne » (phase finale du burnout).

Les praticiens qui ont des ressources personnelles et sociales importantes (sentiment d'auto-efficacité, soutien social...) développent des stratégies de « coping » positives plus efficaces afin d'affronter les stressors. Tandis que les praticiens atteints d'un niveau sévère de burnout ont peu de ressources (baisse de l'estime d'eux-mêmes...) et adoptent des stratégies de « coping » défensives ou négatives. Les stratégies d'adaptation actives, positives peuvent permettre de diminuer le niveau de burnout dans un premier temps tandis que les stratégies plutôt passives ou négatives ont tendance à élever le niveau de burnout.

Pour faire face au stress chronique, les chirurgiens-dentistes néozélandais mettent en place des stratégies de « coping » plutôt actives comme le soutien social pour 78 % d'entre eux ou la pratique sportive pour 64% d'entre eux mais d'autres utilisent des stratégies passives comme l'oubli du travail pour 59% d'entre eux.

Se plonger davantage dans le travail pour oublier l'épuisement est une stratégie active souvent utilisée par les professionnels de santé mais qui n'est efficace qu'à court terme et aggrave le phénomène ensuite.

Face aux stressés liés à la relation avec les patients, le chirurgien-dentiste adopte une stratégie d'évitement, il pose une distance avec ses patients. Il passe d'un sentiment d'empathie à celui d'apathie voire même d'antipathie. Cette stratégie de désengagement relationnel induit chez le praticien, un sentiment d'isolement et une baisse de son estime personnelle qui augmentent en fait le degré d'épuisement professionnel.

Certaines stratégies d'adaptation dysfonctionnelles négatives face au stress chronique sont présentes dès le début chez les étudiants en chirurgie-dentaire comme l'augmentation de leur consommation d'alcool. Plus de 25% des chirurgiens-dentistes néozélandais soulagent le stress par l'alcool et ceux qui boivent le plus seraient moins soumis aux intimidations des patients (stratégie d'adaptation). Le tabac est une stratégie pour diminuer le stress chez 4% d'entre eux, plus chez les hommes. Les femmes font plutôt face à l'aide de certains comportements alimentaires (boulimie ou anorexie).

Les actions pour faire face à l'épuisement professionnel centrées sur le problème (chercher la solution) ou sur le soutien social sont plus efficaces que celles centrées sur l'émotion (cacher ses émotions induit l'épuisement émotionnel) et sur la fuite.

Le déni du mal-être professionnel est souvent retrouvé dans le milieu médical : le soignant s'interdit d'être malade. Le déni est la principale réaction du chirurgien-dentiste face à l'épuisement professionnel mais il empêche parfois le professionnel de trouver de nouveaux modes d'adaptation et d'accepter la réalité afin de se « soigner ».

Les signes et symptômes physiologiques des praticiens atteints de burnout sont nombreux. Selon une étude prospective, plusieurs biomarqueurs ont été associés au burnout, cependant aucun biomarqueur potentiel n'a été trouvé en raison de l'incomparabilité des études. Cependant, de nombreux auteurs s'accordent sur le dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysaire retrouvé lors d'un épuisement professionnel. En fonction des études, nous pouvons retrouver chez les professionnels atteints de burnout les symptômes physiologiques suivants :

- une augmentation de la fréquence cardiaque
- une tension artérielle anormale
- un taux anormal d'adrénaline
- une augmentation des réactions inflammatoires avec des taux anormaux des molécules de l'inflammation (comme l'interleukine 2 ou la PGE2...)
- un taux anormal de cortisol
- une augmentation du taux de l'hormone DHEA
- une augmentation de la glycémie
- une augmentation du cholestérol
- ...

Le taux anormal de cortisol salivaire ou sanguin est sans doute le signe physiologique le plus fréquemment retrouvé dans les études. Par exemple, dans une étude de G.Grossi (47), les patients atteints d'un niveau élevé de burnout présentent un taux de cortisol élevé au réveil (surtout chez les femmes) et une augmentation du taux de TNF $\alpha$  (une des molécules liée à l'inflammation).

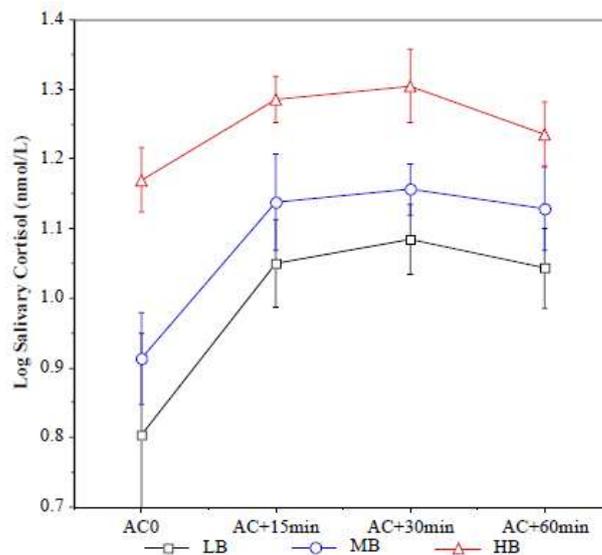


Figure n°5 : Taux de cortisol salivaire en fonction du temps et du niveau de burnout chez les participants femmes de l'étude de G.Grossi (47)

Selon une étude prospective de D.Korczak (64), le burnout est toujours lié à l'augmentation des marqueurs de l'inflammation ou à un dérèglement même si le lien avec les maladies n'est pas toujours certain.

La charge allostatique, définie précédemment comme un dérèglement physiologique cumulatif, est élevée en cas d'épuisement professionnel, les mesures des biomarqueurs (comme l'insuline, le cholestérol, le cortisol, le pourcentage de graisses, la fréquence cardiaque...) se rapprochent de l'anormalité ou sont anormales.

Sur le plan cardiaque, les chirurgiens-dentistes atteints de burnout présentent une augmentation de l'activité sympathique, une diminution du tonus vagal, une variabilité cardiaque irrégulière, une faible cohérence cardiaque et un faible pourcentage de cohérence émotionnelle.

Néanmoins, la cause de ces dérèglements physiologiques n'est pas toujours le burnout, les biomarqueurs varient en fonction des individus et de l'environnement.

L'épuisement professionnel peut induire l'épuisement des glandes surrénales (aussi appelé « fatigue surrénalienne » lorsque l'organisme ne gère plus le stress chronique) qui a de nombreuses conséquences d'ordre général (des troubles mentaux comme la dépression ou encore des troubles physiques comme des rhumes, une fatigue chronique, un diabète de type 2, des troubles

alcooliques...). La fatigue surrénalienne (même si elle est non reconnue par la médecine scientifique) et le syndrome d'épuisement professionnel sont étroitement liés.

### 3.3. Manifestations et risques physiques

#### 3.3.1. Symptômes physiques

[2 ; 10 ; 11 ; 17 ; 24 ; 25 ; 26 ; 38 ; 62 ; 64 ; 69 ; 77 ; 81 ; 86 ; 101 ; 112]

90% des chirurgiens-dentistes britanniques estiment que leur mauvaise santé est liée à leur travail. Aussi, les confrères hollandais avec un risque de burnout élevé rapportent plus de plaintes de leur santé que ceux qui ont un risque faible. Dans une étude parmi les chirurgiens-dentistes espagnols, le lien entre la détresse psychologique au travail et les symptômes somatiques est clairement établi. Les trois dimensions du burnout sont liées à des problèmes de santé. L'association entre l'épuisement professionnel et ces problèmes de santé diffère selon les âges des chirurgiens-dentistes.

Les dérèglements physiologiques causés par le stress chronique (comme le taux anormal de cortisol ou l'augmentation de la glycémie...) ont des conséquences sur la santé globale du chirurgien-dentiste épuisé : hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, fatigue, diabète de type 2... Les mécanismes de protection de l'organisme sont altérés par l'épuisement professionnel avec une augmentation des réactions inflammatoires et des taux anormaux de molécules de l'inflammation.

La **diminution des défenses immunitaires** (baisse des lymphocytes par exemple) chez les praticiens épuisés augmente le risque d'infections : rhumes, maladies pseudo-grippales, gastro-entérites...

La **fatigue** persistante et le « **mal de dos** » (présents chez 68% des chirurgiens-dentistes britanniques) peuvent être reconnus comme les symptômes principaux et récurrents du syndrome d'épuisement professionnel et sont spécialement liés à la détérioration de la santé globale. Cependant, ils ne permettent en aucun cas le diagnostic différentiel car ces plaintes sont très communes... L'asthénie est progressive et constante. Le chirurgien-dentiste atteint n'a plus d'énergie au travail.

Le burnout aggrave les **troubles musculo-squelettiques** mais n'est pas la cause unique. La quasi-totalité des chirurgiens-dentistes ont souffert, souffrent ou souffriront de ces TMS. Ils sont la cause de 25% des arrêts de travail des praticiens mais le lien avec le stress professionnel n'est pas toujours démontré.

Les **troubles digestifs** ou les nausées inexpliquées peuvent être également des symptômes retrouvés chez les praticiens atteints de burnout. 60.4% des chirurgiens-dentistes britanniques ont des maux d'estomac ou d'intestin.

Des **problèmes cutanés**, comme le psoriasis peuvent également être liés au stress professionnel.

Les **maux de tête** sont un symptôme fréquent chez les professionnels atteints. 63% des praticiens néozélandais ont eu des maux de tête dans les 12 derniers mois, le même pourcentage (58%) est retrouvé chez leurs confrères britanniques.

Le syndrome d'épuisement professionnel avec ses actions physiologiques sur le système cardio-vasculaire (augmentation de l'activité sympathique, augmentation de la pression artérielle...) est un facteur de risque de **maladies cardio-vasculaires** (aggravé chez les personnalités de type A).

Entre les enquêtes de 1996 et 2005 d'EJ.Kay et JC.Lowe (62), les auteurs ont observé une nette diminution de la proportion des femmes chirurgiens-dentistes qui participent aux examens de prévention contre le cancer (mammographie). Or, le risque pour leur santé est important. La cause de ce phénomène inquiétant n'est pas directement due à un éventuel épuisement professionnel mais surtout à un manque de temps pour soi.

De plus, les chirurgiens-dentistes présentent un risque relatif élevé de développer des **cancers** (cerveau, poumons...).

Les chirurgiens-dentistes atteints de burnout ont aussi une mauvaise hygiène de vie (qui peut être à la fois une cause et une conséquence) : **manque d'activité physique**, troubles alimentaires, troubles du sommeil et troubles addictifs, responsables de problèmes de santé (**problèmes de poids** par exemple...).

Le syndrome d'épuisement professionnel est lié aux **troubles du sommeil** dans les deux sens. Le burnout détériore le sommeil, et induit des insomnies et une sensation de fatigue au réveil. Selon une étude de HL.Myers (77), à cause du stress chronique, 60% des chirurgiens-dentistes britanniques ont des difficultés à s'endormir et près de la moitié se sentent fatigués sans raison. Les confrères lituaniens se plaignent de réveils nocturnes.

Enfin, ces symptômes physiques sont la conséquence relative du syndrome d'épuisement professionnel car ils sont aussi les causes possibles.

### 3.3.2. Risques physiques

#### 3.3.2.1. Les addictions : tabac, alcool, médicaments...

[10 ; 35 ; 38 ; 62 ; 77 ; 110 ; 120]

Les chirurgiens-dentistes utilisent certaines drogues (tabac, alcool, médicaments) en consommation parfois excessive afin de pouvoir faire face au burnout. Ces mécanismes d'adaptation (vu précédemment) risquent d'entraîner des comportements addictifs dangereux.

Selon une étude hollandaise de RC.Gorter (41) et une étude britannique de HL.Myers (77), le stress et la consommation d'alcool sont liés chez les chirurgiens-dentistes, cette consommation a tendance à devenir excessive sous l'effet du stress. Près de 80% des chirurgiens-dentistes néozélandais consomment de l'alcool et 6% des confrères britanniques ont un problème d'alcoolisme. Cependant, selon une enquête parmi les praticiens australiens (en Australie, les consommateurs d'alcool sont 2 à 4 fois plus nombreux chez les chirurgiens-dentistes que dans la population générale), les facteurs de vulnérabilité personnelle sont de plus forts prédicteurs de la consommation dangereuse d'alcool que le stress lui-même. D'après une étude parmi les chirurgiens-dentistes français, 40% consomment de l'alcool mais le lien n'est pas clairement établi avec l'épuisement professionnel. Peu de chirurgiens-dentistes sont addicts au tabac, seulement 4 % des praticiens britanniques en consomment. Rappelons que ces addictions peuvent être la conséquence de l'épuisement professionnel mais aussi une des causes. De plus, les facteurs de personnalité, ou même tout simplement le plaisir peuvent être également les raisons de ces addictions.

Le recours facile à l'automédication est un phénomène inquiétant chez les soignants. 15% des praticiens en Ile de France consomment des psychotropes. Selon une autre étude française de J.Ginisty (35), près de 50% des chirurgiens-dentistes ont recours aux myorelaxants, 1/3 des femmes prennent des anxiolytiques et plus de 10% d'entre eux sont sous sédatifs... En Nouvelle-Zélande, 1% des confrères consomment même des drogues récréatives.

Ces différentes formes d'addictions liées au stress et aux conditions de travail des chirurgiens-dentistes peuvent avoir des conséquences dramatiques sur leur santé.

Le risque physique le plus important et le plus grave est le karoshi, forme extrême du burnout avec l'épuisement total des ressources de l'individu. Même si aucun cas n'a été rapporté en France, certains chirurgiens-dentistes ne sont pas à l'abri de cette mort par surtravail.

Selon une étude longitudinale sur des employés industriels, l'épuisement professionnel est un facteur de risque de mortalité toutes causes confondues chez les jeunes de moins de 45 ans (non démontré chez les plus âgés). Aussi, d'après une étude réalisée à Taiwan, les chirurgiens-dentistes ont un taux plus élevé de mortalité toutes causes confondues (maladies cardio-vasculaires, cancers, suicide...) que les médecins internistes (il n'est pas plus élevé que celui de la population générale). Cependant, le lien entre le taux de mortalité élevé et les agents dangereux (environnement de travail, stress...) n'a pas été clairement établi. Des études plus poussées seraient nécessaires afin de savoir comment le stress professionnel augmente le risque de mortalité (de manière directe avec les maladies cardio-vasculaires par exemple, ou de manière indirecte avec l'augmentation de la consommation d'alcool par exemple...) chez les chirurgiens-dentistes.

La mortalité est associée au burnout par plusieurs mécanismes mais ce lien dépend beaucoup des facteurs sociodémographiques.

### 3.4. Manifestations et risques psychiques

#### 3.4.1. Symptômes psychiques

[26 ; 32 ; 64 ; 69 ; 110]

Principalement, le burnout induit une fatigue émotionnelle et affecte le sentiment d'efficacité personnelle. Les manifestations et symptômes psychiques du syndrome d'épuisement professionnel forment une liste non exhaustive :

- épuisement mental
- anxiété, sentiment d'inquiétude
- baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi (« je ne sers à rien », « je n'y arrive pas »...)
- sentiments négatifs
- diminution de l'enthousiasme
- culpabilité
- hypersensibilité
- dysphorie
- irritabilité
- colères spontanées
- pensées suicidaires
- ...

La dimension de l'épuisement émotionnel du burnout induit également des complications émotionnelles comme l'alexithymie (difficulté à exprimer verbalement ces émotions), l'anéthonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives), la labilité émotionnelle...

En définitive, le chirurgien-dentiste atteint est « vidé de l'intérieur » et ne croit plus en lui... Les troubles psychiques sont la cause de 17% des arrêts de travail des chirurgiens-dentistes français.

Tous ces symptômes confondus du syndrome d'épuisement professionnel ressemblent alors à un trouble psychique chronique et intense de l'humeur : la dysthymie. Et l'aggravation de ces symptômes mène à la dépression.

### 3.4.2. Risques psychiques

#### 3.4.2.1. La dépression

[49 ; 72]

Comme nous l'avons vu précédemment, la dépression peut être la conséquence de l'aggravation de l'épuisement professionnel. Le lien réciproque entre la dépression et le syndrome d'épuisement professionnel a été démontré chez les chirurgiens-dentistes dans une étude finlandaise : la dépression est le plus souvent la conséquence du burnout et rarement l'inverse.

Le taux de dépression parmi les chirurgiens-dentistes américains est de 9%, mais seulement 15% des praticiens dépressifs se font soigner. Comme la majorité des soignants, les odontologistes atteints de dépression ont tendance à ne pas se faire soigner et à continuer d'exercer. Or la dépression non traitée est une maladie mentale grave et une des causes de suicide.

#### 3.4.2.2. Le suicide

[3 ; 16 ; 50 ; 83 ; 97 ; 112]

Le syndrome d'épuisement professionnel augmente le risque d'idées suicidaires et peut amener le chirurgien-dentiste au suicide.

Les professionnels de santé sont plus touchés par le suicide que la population générale. Par exemple, selon une étude de 2003 du conseil de l'ordre national français des médecins, 14% des décès des médecins sont dus au suicide, tandis que dans la population générale 5.9% des décès y sont liés. Ce taux de suicide plus élevé est retrouvé chez les chirurgiens-dentistes danois par exemple et peut être induit par une accessibilité aux médicaments plus facile et une absence de traitement des troubles psychiques chez la majorité des soignants.

De nombreuses études montrent un taux de suicide particulièrement élevé chez les chirurgiens-dentistes par rapport aux autres professions mais elles manquent parfois de vérification et de poids scientifique. Il n'existe pas de preuve valide que les praticiens seraient plus à risque de suicide que la population générale, toutefois les femmes chirurgiens-dentistes seraient plus vulnérables. Selon une étude américaine, les odontologistes et médecins femmes et les plus âgés auraient un taux de suicide plus élevé que la population générale. Mais cette différence n'a pas été retrouvée chez les jeunes, ce qui, selon ces auteurs, pourrait expliquer les désaccords dans la littérature. Cependant, l'impact du stress professionnel sur l'incidence du suicide des chirurgiens-dentistes n'a pas été prouvé.

Le burnout est un des facteurs de risque de suicide du chirurgien-dentiste. Afin d'éviter ces conséquences dramatiques, le praticien se doit de trouver les solutions pour soigner son burnout et

ses troubles psychiques. L'aide de l'entourage et d'un spécialiste est indispensable chez le chirurgien-dentiste atteint d'un niveau extrême de burnout pour éviter ce stade fatal.

### 3.5. Manifestations et risques au cabinet dentaire

#### 3.5.1. Travail difficile

[10 ; 17 ; 38 ; 51 ; 60 ; 62 ; 93 ; 110]

Le chirurgien-dentiste épuisé n'a plus d'intérêt pour son travail et ne l'aime pas dans ces conditions. Le praticien atteint de burnout présente des troubles de l'attention, de la mémoire, de la vigilance et également des difficultés de concentration et de jugement. Il a le sentiment d'être incompetent, hésite et reste indécis face à certains soins ou traitements et est parfois obnubilé par des problèmes de moindre importance. Ces perturbations cognitives peuvent induire des erreurs, des oublis ou des maladresses. Les liens avec les confrères et les employés se détériorent. Il est complètement démotivé (diminution de l'engagement professionnel) et se sent coincé dans sa profession.

Un terme récent surtout utilisé dans les entreprises a été créé pour définir le présentéisme : le « burn-in ». Le chirurgien-dentiste est physiquement présent dans son cabinet dentaire mais il est épuisé. Nous retrouvons cette présence abusive qui induit le surmenage juste avant l'extrême burnout. Le praticien travaille jusqu'à épuisement total mais il est de moins en moins productif. Il augmente même son temps de travail mais sa productivité diminue (baisse de la qualité de travail et des revenus). Cette baisse d'efficacité est souvent le premier signe professionnel du burnout et peut permettre de le diagnostiquer avant l'arrivée des conséquences plus dramatiques.

La majorité des chirurgiens-dentistes épuisés nient leurs symptômes afin de cacher leur vulnérabilité. Très peu de dentistes néozélandais s'arrêtent de travailler en cas de problèmes de santé (et 82% des praticiens en arrêt de travail le sont à cause de leur profession), en moyenne ils ont travaillé au moins 5 jours par an en ayant mal ou en étant mal. C'est souvent un sentiment de culpabilité qui les empêche de s'arrêter.

9% des chirurgiens-dentistes britanniques pensent changer de travail afin d'améliorer leur santé. La plupart du temps ils changent pour l'enseignement, la médecine ou le milieu de l'entreprise pour se protéger du stress chronique et du burnout lié au cabinet dentaire. La retraite anticipée ou le changement d'orientation professionnelle sont en fait des stratégies d'adaptation utilisées par le chirurgien-dentiste face au stress et à l'épuisement professionnel. Les odontologistes sont plus nombreux à partir en retraite anticipée que les autres professionnels de santé, les causes principales sont la dépression, le stress et les troubles musculo-squelettiques. L'âge moyen des chirurgiens-

dentistes britanniques qui avaient pris leur retraite prématurément est de 51.5 ans. Toutefois 1/3 d'entre eux aurait aimé continuer à travailler mais à temps partiel et 1/3 ont trouvé un autre emploi.

### 3.5.2. Face au patient

[16 ; 26 ; 64 ; 110 ; 114]

Le stress professionnel du chirurgien-dentiste se situe dans un contexte thérapeutique et a des répercussions directes et négatives sur le patient lui-même. Face au patient, le chirurgien-dentiste atteint de burnout est indifférent, apathique ou impatient, irritable et même agressif et peut perdre le contrôle de ses émotions. Il a plus de difficultés à communiquer avec ses patients qu'il considère comme des cas, des problèmes ou du travail supplémentaire.

Afin de faire face à l'épuisement de ses ressources émotionnelles, le praticien met en place une sorte de retrait psychologique et comportemental face à ses patients. Ce désengagement relationnel est encore plus marqué lorsque le patient est non compliant.

Les soignants avec un haut niveau d'épuisement professionnel font plus d'erreur médicale que leurs confrères non atteints. Avec la pauvre qualité de ses soins et l'augmentation du risque d'erreur médical lié à l'épuisement professionnel, le chirurgien-dentiste épuisé est alors dangereux pour ses patients. Les mauvais soins, les mauvaises décisions ou les indécisions sont une forme de maltraitance envers les soignés.

Ainsi, le burnout touche non seulement le chirurgien-dentiste concerné mais il affecte aussi les personnes environnantes comme les patients mais aussi les proches.

## 3.6. Problèmes relationnels dans la vie privée

### 3.6.1. Conflits familiaux

[64 ; 91 ; 110 ; 112]

Le syndrome d'épuisement professionnel a des répercussions négatives sur la vie privée des chirurgiens-dentistes. Le burnout entraîne des relations conflictuelles au sein du couple par exemple en augmentant l'irritabilité et la nervosité du praticien et en diminuant sa libido.

Les praticiens épuisés peuvent avoir une attitude de retrait vis-à-vis du milieu familial. Près de 3/4 des praticiens lituaniens indiquent que le stress et les problèmes professionnels les rendent nerveux à la maison. Près de la moitié d'entre eux pensent qu'ils ne passent pas assez de temps avec leur famille à cause du travail et qu'il est plutôt difficile de coordonner sa vie professionnelle et sa vie familiale. De plus, le praticien atteint de burnout répercute son stress sur son entourage qui devient

à son tour « plus stressé ». Diminuer les heures passées au cabinet dentaire pourrait éviter ces effets négatifs.

Toutefois, les chirurgiens-dentistes épuisés qui se replient sur leur vie privée afin de faire face au burnout, ne se protègent pas, ils aggravent même leur niveau de burnout.

### 3.6.2. Isolement

[65 ; 82 ; 87 ; 111]

A la suite des tensions familiales, le burnout peut induire le divorce et l'isolement. 1 chirurgien-dentiste français sur 3 a divorcé.

Le syndrome d'épuisement professionnel dégrade la vie privée et détériore les liens amicaux et familiaux. La détérioration de ces liens et le burnout sont liés dans les deux sens : les conflits de la vie privée peuvent aggraver le burnout. Aussi, le praticien épuisé consacre de moins en moins de temps à sa vie privée et à ses loisirs, cela induit une certaine forme d'isolement.

Cependant, c'est bien le chirurgien-dentiste épuisé qui s'isole et non les autres qui le repoussent car aucune preuve d'une stigmatisation éventuelle des personnes atteintes d'épuisement professionnel n'a été retrouvée.

## TROISIEME PARTIE : L'ENQUETE

### 1. Objectifs et hypothèses de travail

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les facteurs psycho-sociaux et la prévalence du burnout parmi deux populations : les chirurgiens-dentistes du Loiret et les chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique. Nous souhaitons rechercher d'éventuels liens entre le burnout et les données sociodémographiques et professionnelles obtenues dans ces deux échantillons, et les comparer aux données actuelles de la littérature scientifique. Grâce à cette enquête psycho-sociale, nous avons étudié les éventuels facteurs prédictifs du burnout, les stratégies d'adaptation, et les conséquences éventuelles chez les praticiens.

Ainsi, plusieurs hypothèses de travail ont été posées :

- *Le pourcentage de chirurgiens-dentistes atteints par le burnout (niveau élevé) est le même dans le Loiret et en Loire-Atlantique : environ 10% comme dans la littérature actuelle. (1)*
- *Certaines caractéristiques individuelles, sociodémographiques et professionnelles influent sur le syndrome d'épuisement professionnel. (2)*
- *Les conditions de travail différentes d'un département à l'autre jouent un rôle sur la prévalence du burnout. (3)*

### 2. Matériels et Méthodes

#### 2.1. Population recrutée

[22 ; 78 ; 84]

Avant de commencer notre enquête, nous avons choisi de cibler la population des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique et du Loiret. Le 44 est le département de ma formation et le 45, sans doute celui de ma future installation. Outre mes préoccupations personnelles, ces départements sont bien distincts l'un de l'autre sur de nombreux points démographiques et météorologiques (cf tableau n°2 et figure n°6). Nous voulions savoir si ces différences (proximité de la mer ou de la faculté...) peuvent avoir un impact sur l'apparition du burnout et son intensité. De plus, les chirurgiens-dentistes du Loiret participent rarement à ce genre d'études à cause de leur éloignement des lieux de formation. Nous avons alors exclu de l'étude les confrères des autres départements ainsi que les praticiens non thésés et les orthodontistes exclusifs (moins touchés par le burnout d'après notre analyse de la littérature). Ainsi, seuls les omnipraticiens en exercice au moment de notre enquête, dans ces deux départements, sont inclus.

	Loire-Atlantique (44)	Loiret (45)
<b>Nombre d'habitants (2009)</b>	1266358	653510
<b>Nombre de dentistes</b>	889	285
<b>Densité (dentistes/100000 hab)</b>	70	44
<b>Nombre de libéraux</b>	811 (91%)	265 (93%)
<b>Nombre de salariés</b>	78 (9%)	20(7%)
<b>Nombre de spécialistes</b>	50 (6%)	14(5%)
<b>Taux de féminisation</b>	46%	41%
<b>Age moyen</b>	46	51
<b>Part des 65 ans et plus</b>	2%	6%
<b>Faculté de chirurgie dentaire</b>	oui	Non

Tableau n°2 : **Caractéristiques sociodémographiques des départements du Loiret et de la Loire-Atlantique au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (78)**



Figure n°6 : **Revenu moyen des chirurgiens-dentistes par régions en 2003 (22)**

Avant de commencer le recueil des données, nous avons réalisé une analyse statistique afin de connaître le nombre de sujets minimum nécessaire pour la validité de notre étude (50 sujets par département).

## 2.2. Moyens de recrutement

Afin de recruter nos sujets, nous avons utilisé les listes des chirurgiens-dentistes du conseil de l'ordre des deux départements présentes sur les sites des conseils régionaux respectifs. Nous avons numéroté ces listes et par une méthode randomisée (choix au hasard de 55 numéros dans chaque département), nous avons recruté 55 praticiens dans le Loiret et 55 en Loire-Atlantique.

## 2.3. Recueil des données

### 2.3.1. Elaboration du questionnaire (présenté en annexe n°3) [23]

Le questionnaire a été élaboré à l'aide de l'enquête de l'observatoire nationale de la santé du chirurgien-dentiste réalisée en 2011. Il a également été enrichi à partir d'outils validés comme le MBI, le PSS, le BCSQ 36 et de données de la littérature actuelle.

### 2.3.2. Entretien téléphonique

Afin d'obtenir plus de réponses et d'inciter les praticiens à participer, nous avons choisi de réaliser le questionnaire par téléphone. Cela nous permet d'avoir un contact direct et une approche centrée sur le praticien en tant que personne. Nous avons garanti, aux praticiens interrogés, l'anonymat de leurs données. Nous avons proposé aux chirurgiens-dentistes de répondre de suite, ou de convenir d'un rendez-vous téléphonique, ou en dernier recours s'ils n'ont pas le temps : par mail. Ce premier contact a été réalisé par quatre intervenants différents et calibrés tandis que le questionnaire a toujours été mené par la même personne (Natacha Hautefeuille). Les « consultations téléphoniques » ont été effectuées entre le 15 novembre 2012 et le 15 janvier 2013.

## 2.4. Analyse statistique :

Elle a été réalisée avec le logiciel SYSTAT 10.5.

### a. Analyse descriptive :

Pour les variables qualitatives ou semi quantitatives, l'estimation de fréquences et de pourcentages est réalisée avec un seuil d'erreur  $\alpha=0.05$ .

Pour les variables quantitatives, l'estimation médianes moyennes et écart-type a été effectuée avec  $\alpha$  à 5%. La répartition gaussienne des variables quantitatives sera analysée par un test de lilliefors.

Les deux dernières questions ouvertes seront analysées par mot clé afin de faciliter leur interprétation.

### b. Test de comparaison entre les 2 groupes :

Afin de voir si les 2 échantillons présentent les mêmes caractéristiques, nous avons procédé à des tests de comparaison statistiques.

Pour les variables qualitatives ou semi quantitatives, nous avons utilisé le test de  $\text{Chi}^2$  avec un seuil d'erreur  $\alpha=0.05$ .

Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé le test de Student pour les variables normales et celui de Mann Whitney pour les variables non paramétriques, avec un  $\alpha$  à 5%.

### c. Analyse bivariée : lien entre le score de burnout et les variables étudiées.

Etant donné le nombre important de variables étudiées, nous avons fait une présélection des variables qui auraient un lien significatif avec le score de burnout au moyen du test de  $\text{Chi}^2$ .

### d. Analyse multivariée par régression logistique :

Le modèle multi-varié est obtenu par régression logistique à l'aide de l'analyse du lien entre les facteurs identifiés lors de l'analyse bivariée (variables présélectionnées avec le test du  $\text{Chi}^2$ ) et le burnout.

### 3. Résultats

#### 3.1. Taux de réponses

Nous avons contacté 55 chirurgiens-dentistes en Loire-Atlantique et 55 dans le Loiret. Au total, nous avons eu 40 réponses mais deux n'ont pu être exploitées car elles ont été reçues après la réalisation de l'analyse statistique. Le taux de réponses exploitables est de 34.5% au total : taux de réponse de 49% dans le Loiret et de 20% en Loire Atlantique. Tous les répondants ont donné leur consentement éclairé.

#### 3.2. Analyse descriptive : caractéristiques des praticiens interrogés

##### 3.2.1. Le burnout

##### 3.2.1.1. Les praticiens du Loiret

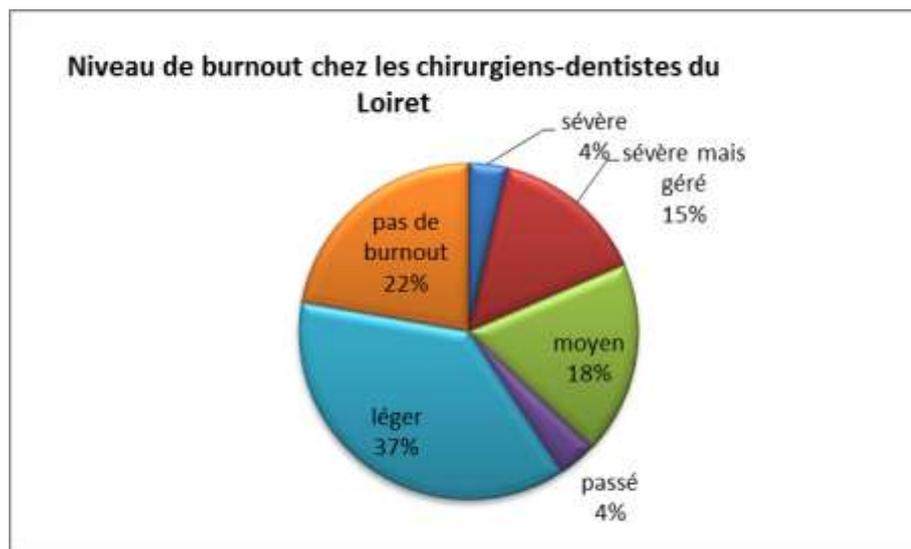


Figure n°7 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret selon le degré subjectif de burnout.

Près de trois praticiens du Loiret sur quatre (74%) sont actuellement atteints du syndrome d'épuisement professionnel, néanmoins 37% sont touchés par un faible niveau de burnout.

### 3.2.1.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

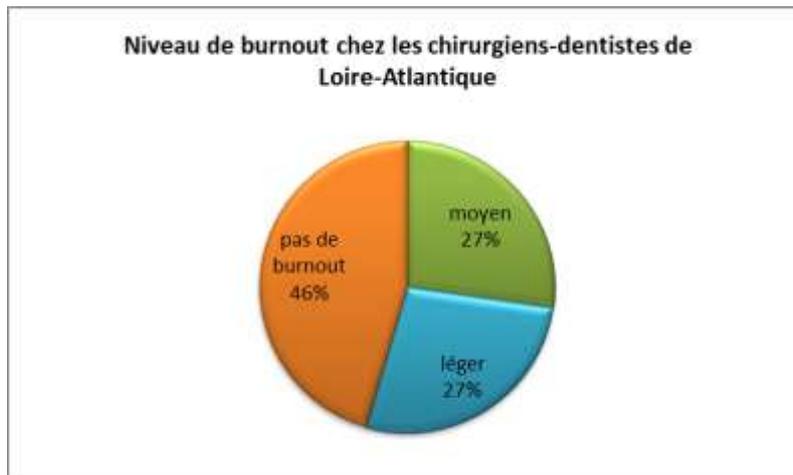


Figure n°8 : Répartition des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique selon le degré subjectif de burnout.

Plus d'un praticien de Loire-Atlantique sur deux (54%) est atteint du syndrome d'épuisement professionnel, mais aucun praticien ne présente un degré sévère de burnout.

### 3.2.1.3. Comparaison des deux groupes

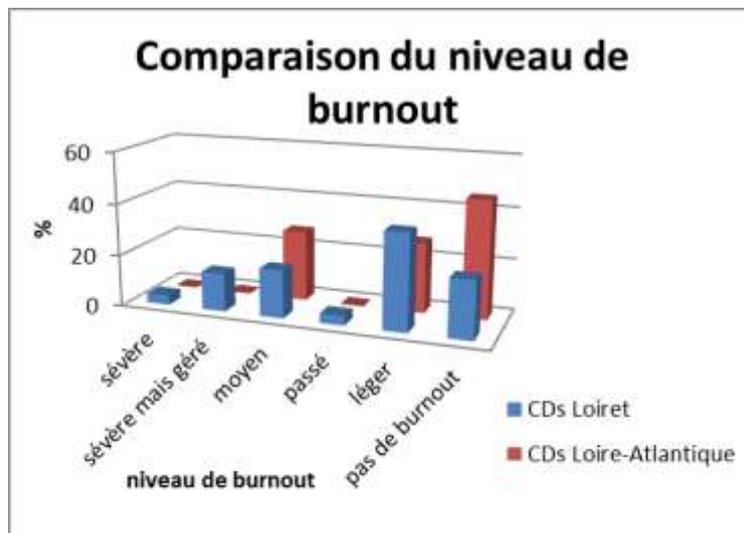


Figure n°9 : Comparaison du niveau de burnout entre les deux échantillons ( $p=0.001$ )

Les deux groupes diffèrent de manière significative selon leur degré de burnout.

### 3.2.2. Caractéristiques sociodémographiques

#### 3.2.2.1. Les praticiens du Loiret

Les praticiens recrutés dans le Loiret sont majoritairement des hommes (70.4%) (cf figure n°10). La tranche d'âge la plus représentée est celle de plus de 45 ans et les plus de 65 ans représentent 11% de l'échantillon (cf figure n°12). Ils sont à 77.7% mariés ou en couple (cf figure n°13). 11% des chirurgiens-dentistes n'ont pas d'enfants, les autres en ont entre 1 et 4, la majorité en a 3 (cf figure n°15).

#### 3.2.2.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Les praticiens recrutés en Loire-Atlantique sont majoritairement des femmes (63.6%) (cf figure n°11). Les tranches d'âges les plus représentés sont celles des plus de 35 ans et des moins de 35 ans (cf figure n°12). Aucun praticien n'a plus de 65 ans. Ils sont à 91% mariés ou en couple (cf figure n°14). 18.2% n'ont pas d'enfants, les autres en ont entre 1 et 5, la majorité en a 3 (cf figure n°16).

#### 3.2.2.3. Comparaison des deux groupes

Même si les deux groupes semblent différents concernant leurs caractéristiques sociodémographiques, une différence significative n'a été trouvée que pour une seule de ces variables : l'âge avec  $p=0.03$ .



Figures n°10 et 11 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret (à gauche) et de Loire-Atlantique selon le genre

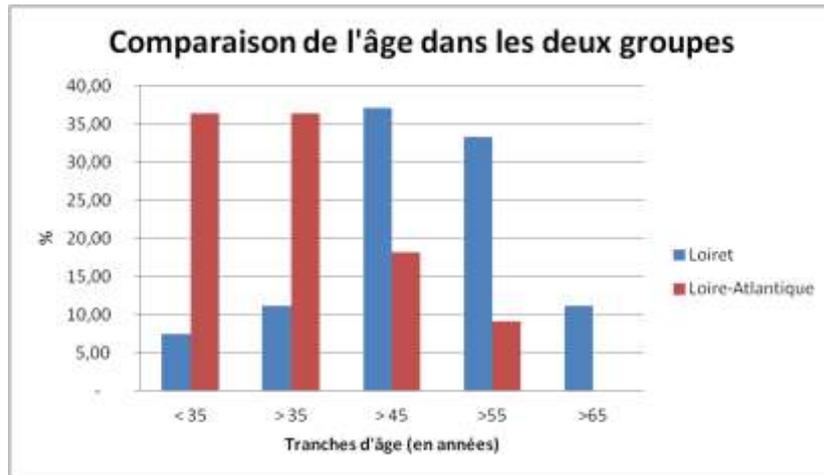
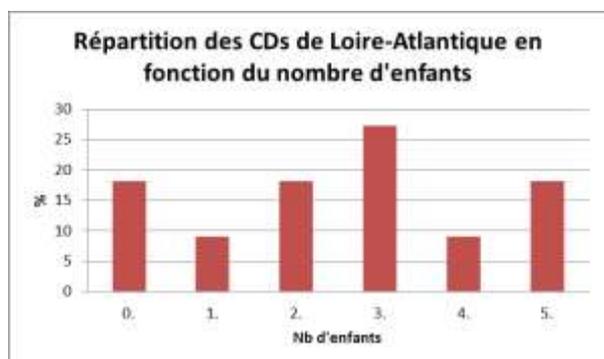
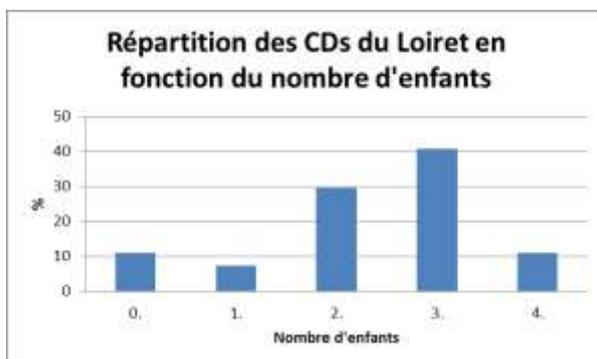


Figure n°12: Comparaison de la répartition des deux groupes selon l'âge des praticiens ( $p=0.03$ )



Figures n°13 et 14 : Répartition des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leur statut marital



Figures n°15 et 16: Répartition des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction du nombre d'enfants

### 3.2.2.4. Lien avec le burnout

Le statut marital est corrélé de manière significative au niveau de burnout ( $p=0.031$ ).

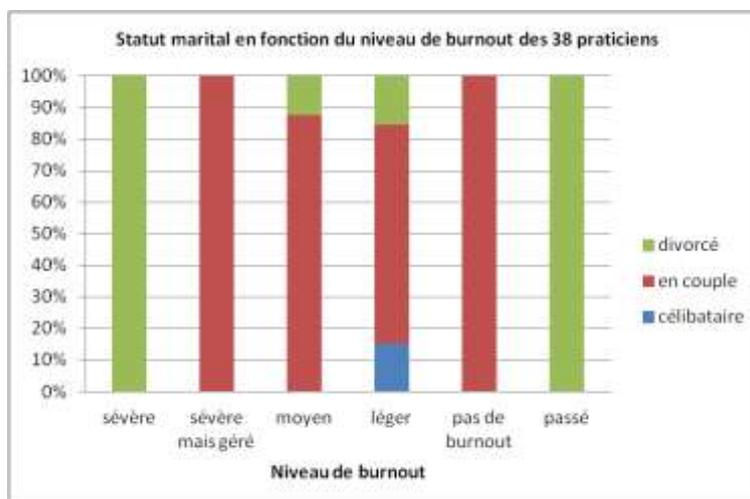


Figure n°17 : Statut marital en fonction du niveau de burnout des 38 praticiens

### 3.2.3. Les conditions et le temps de travail

#### 3.2.3.1. Les praticiens du Loiret

Près de la moitié des odontologistes du Loiret travaillent seul sans collaborateur ni associé (48%), les autres ont entre 1 et 3 associés ou collaborateurs (cf figure n°18). La majorité d'entre eux ont une assistante (78%), 15 % n'en ont pas et 7% en ont 2.

Variabiles quantitatives	N	Valeur minimale	Valeur maximale	moyenne	médiane	Ecart-type
Collaborateurs (5)	27	0	3	0.926	1	1.107
Assistante (6)	27	0	2	0.889	1	0.424
Nombre de jours travaillés (9)	27	3	6	4.074	4	0.781
Nombre d'heures travaillées (10)	27	6	13	8.9	9	1.5
Rythme de travail (11)	27	1	4	2.3	2	0.679
Vacances (13)	27	4	16	7.6	8	2.527
Formation (14)	26	0	20	5.346	4	4.381

Tableau n°3 : Analyse des variables quantitatives sur les conditions de travail des praticiens du Loiret

Ils travaillent en moyenne 4 jours par semaine (+/- 0.781) (cf figure n°19) et 9 heures par jour (+/-1.5), avec un rythme moyen de 2.3 patients par heure. Ils prennent en moyenne près de 8 semaines de vacances par an (+/- 2.5) et se forment plus de 5 journées par an (+/-4).

7.5% des praticiens travaillent en milieu mixte, 44.5% en milieu rural et 48% en milieu urbain.

Seuls 11% d'entre eux exercent une autre fonction en plus de celle d'omnipraticien (attaché hospitalier, ¼ d'orthodontie...).

### 3.2.3.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Près de la moitié des odontologistes de Loire-Atlantique ont deux collaborateurs ou associés (45.4%), 18% en ont plus de deux, 18% n'en ont pas et 18% en ont un (cf figure n°18). Tous les praticiens de Loire-Atlantique ont une assistante et 18% en ont 2.

<b>Variables quantitatives</b>	<b>N</b>	<b>Valeur minimale</b>	<b>Valeur maximale</b>	<b>Moyenne</b>	<b>médiane</b>	<b>Ecart-type</b>
<b>Nombre de jours travaillés (9)</b>	11	2	4	3.364	3	0.674
<b>Nombre d'heures travaillées (10)</b>	11	7	10	8.364	8	0.809
<b>Rythme de travail (11)</b>	11	1	3	2	2	0.632
<b>Vacances (13)</b>	11	5	10	7	7	1.342
<b>Formation (14)</b>	11	0	12	5.182	4	3.656

Tableau n°4 : **Analyse des variables quantitatives sur les conditions de travail des praticiens de Loire-Atlantique**

Ils travaillent en moyenne 3.4 jours par semaine (+/-0.67) (cf figure n°19) et 8.3 heures par jour (+/-0.81), avec un rythme moyen de 2 patients par heure (+/-0.63). Ils prennent en moyenne 7 semaines de vacances par an (+/-1.34) et se forment plus de 5 jours par an (+/-3.66).

36.5% des praticiens travaillent en milieu mixte, le même pourcentage en milieu rural et 27% en milieu urbain.

Aucun des praticiens interrogés n'exerce une autre fonction que celle d'omnipraticien.

### 3.2.3.3. Comparaison des deux groupes

Les deux groupes diffèrent selon leurs conditions et leur temps de travail de manière significative : sur le nombre de collaborateurs ( $p=0.055$ , borderline), le nombre de jours travaillés ( $p=0.017$ ) et le rythme de travail ( $p=0.043$ ).

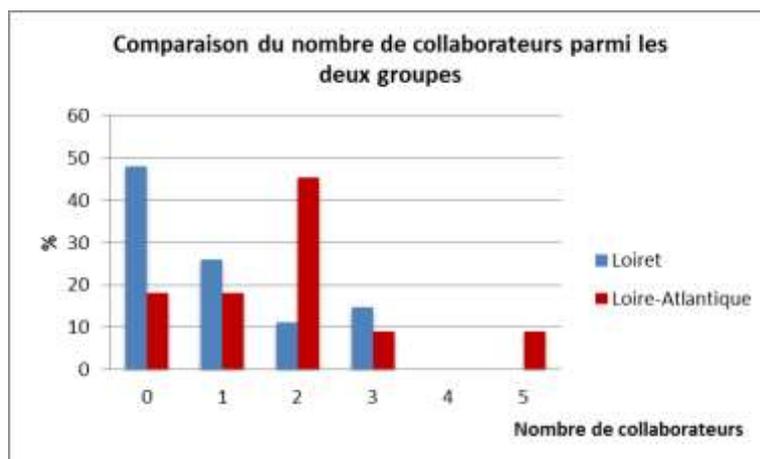


Figure n°18 : Répartition des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction du nombre de collaborateurs

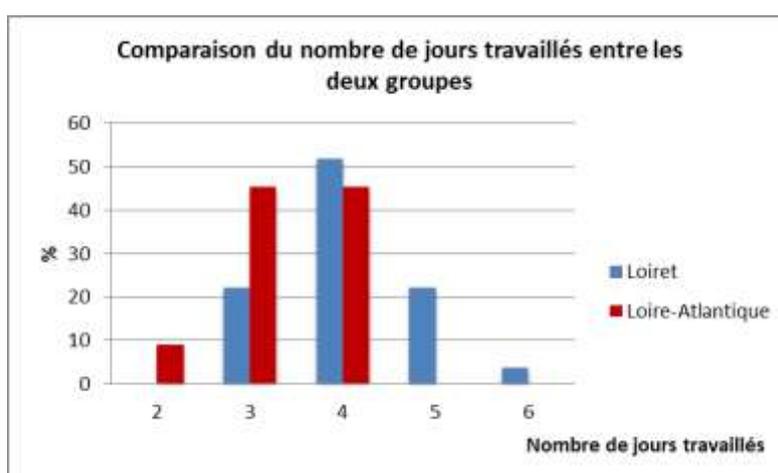


Figure n°19 : Répartition des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction du nombre de jours travaillés

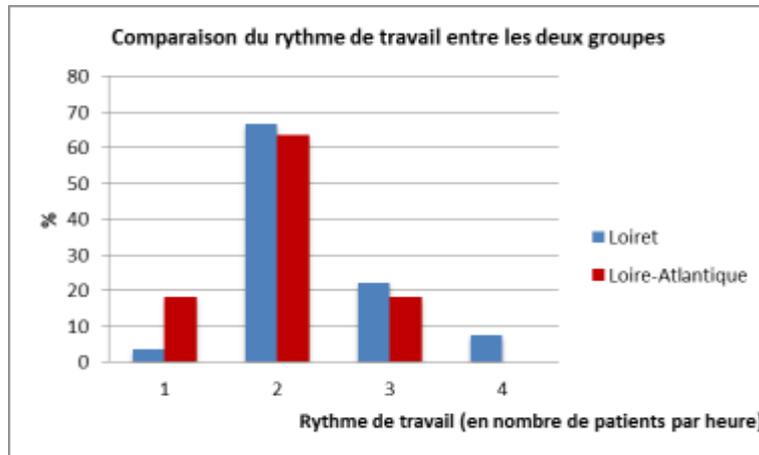


Figure n°20 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction de leur rythme de travail

#### 3.2.3.4. Lien avec le burnout

L'emploi du temps et la gestion du temps des chirurgiens-dentistes sont liés au burnout selon plusieurs variables : l'exercice d'une autre fonction ( $p=0.025$ ), le nombre de jours travaillés ( $p=0.004$ ), le nombre d'heures travaillées par jour ( $p=0.003$ ), le rythme de travail ( $p=0.07$ ) et le nombre de semaines de vacances ( $p=0.014$ ).

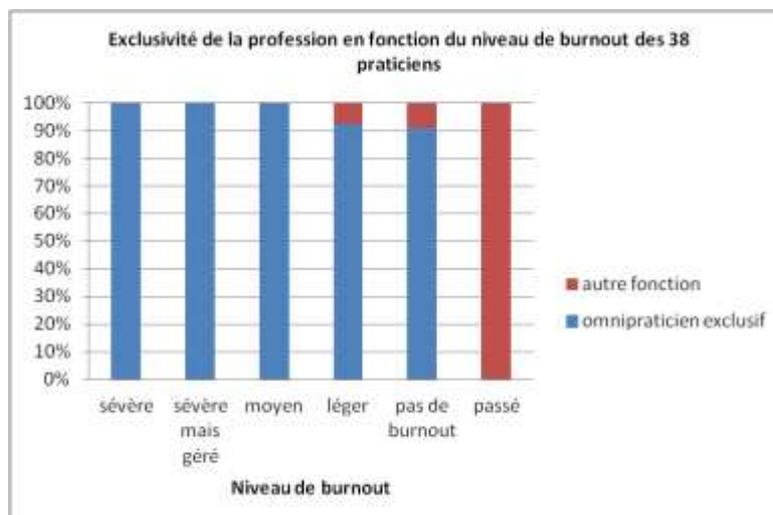
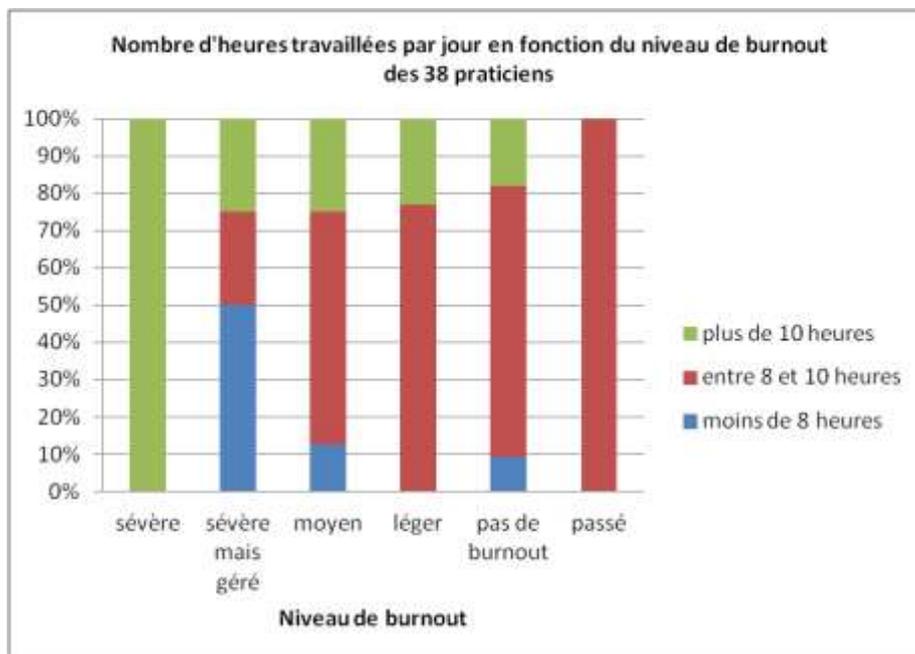
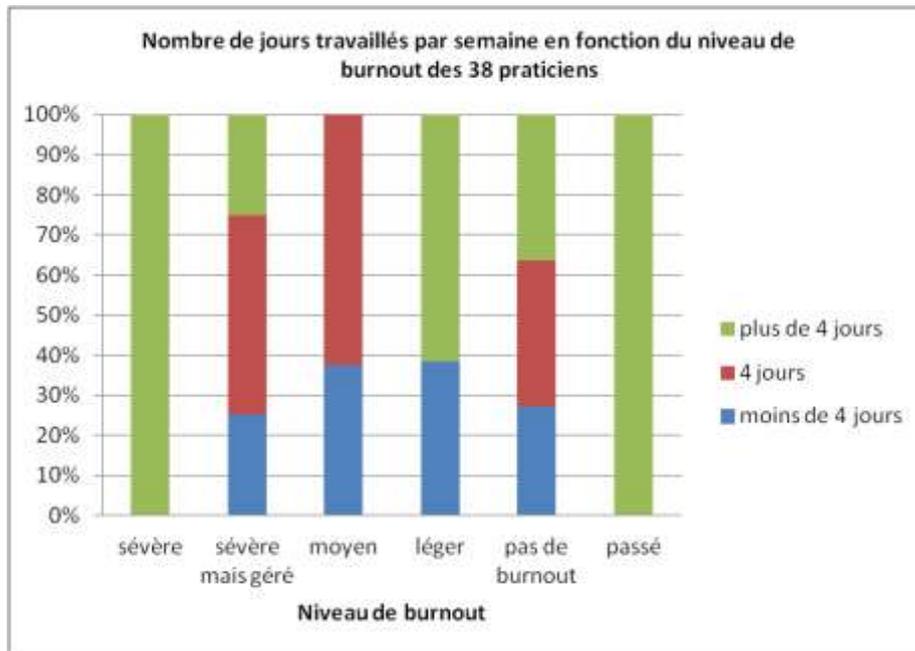
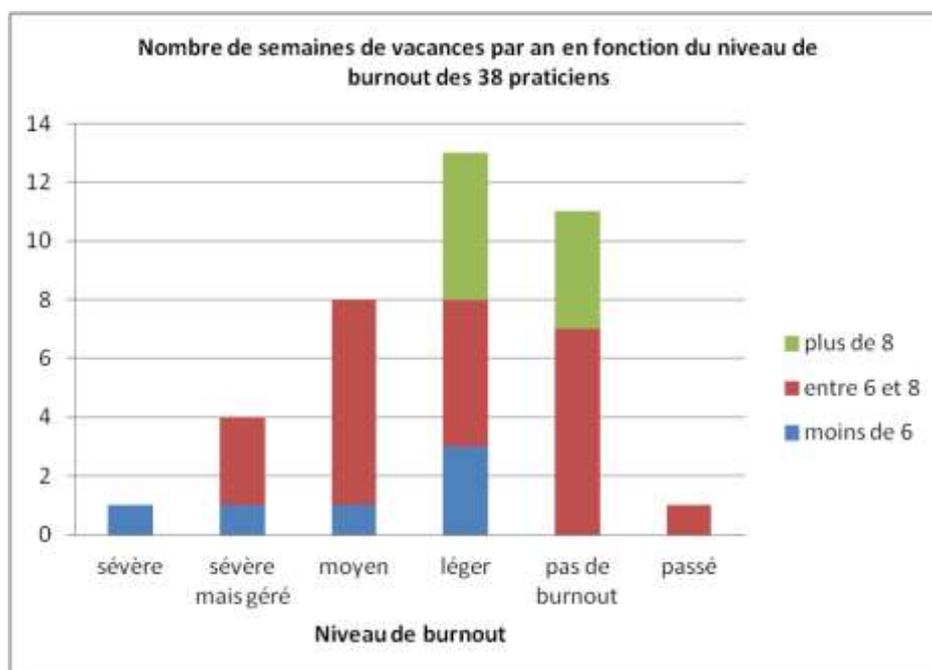
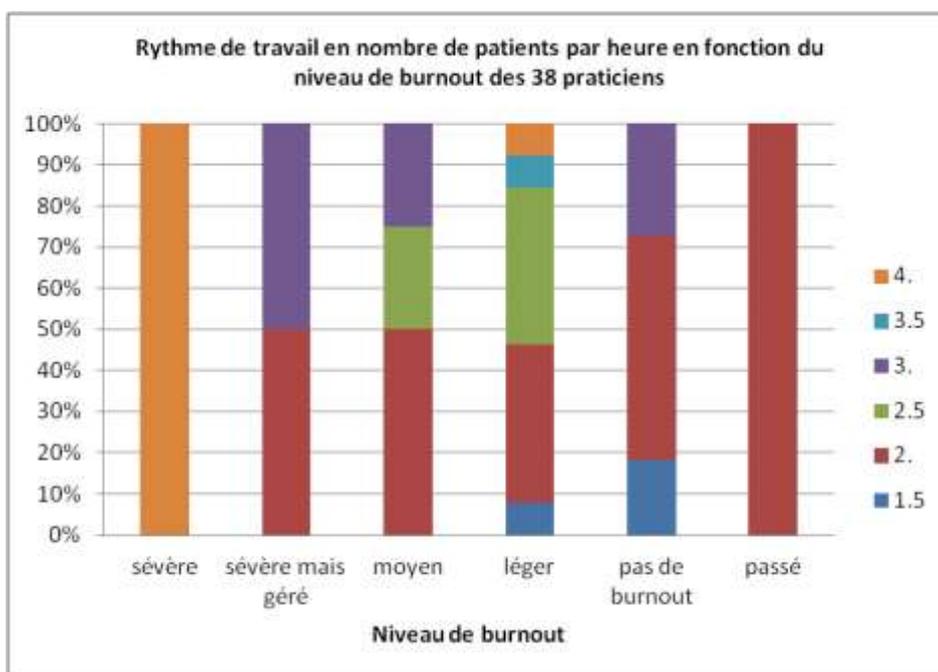


Figure n°21: Représentation de l'effet protecteur d'une autre fonction sur le burnout



Figures n°22 et 23: **Emploi du temps et niveau de burnout**



Figures n°24 et 25 : Emploi du temps et niveau de burnout

### 3.2.4. Les activités et le sommeil

#### 3.2.4.1. Les praticiens du Loiret

En ce qui concerne les loisirs, 81.5% des praticiens exercent une activité physique et sportive. Les sports les plus cités sont le jogging et le golf. On retrouve également l'équitation, le vélo, la randonnée, l'aviron, la danse, les sports de raquettes, la plongée et le football. 49% d'entre eux pratiquent une activité culturelle. Elles sont souvent artistiques comme la peinture ou le théâtre par exemple. Ils sortent entre une et sept fois par mois (3.6 fois en moyenne +/- 1.5). (cf tableau n°5)

Concernant le sommeil, les chirurgiens-dentistes du Loiret dorment entre 4h et 9h30 par nuit (6.9 heures en moyenne +/- 1). Pour 55% d'entre eux, leur sommeil est bon ou plutôt bon. (cf figure n°28)

<b>Variables quantitatives</b>	<b>N</b>	<b>Valeur minimale</b>	<b>Valeur maximale</b>	<b>moyenne</b>	<b>médiane</b>	<b>Ecart-type</b>
<b>Temps consacré à l'activité sportive</b>	27	0	15	2.889	2	3.620
<b>Temps consacré à l'activité culturelle</b>	27	0	20	2.259	0	4.248
<b>Temps consacré à l'activité de détente</b>	27	0	20	8.389	10	5.248
<b>Nombre de sorties par mois</b>	27	1	7	3.574	4	1.542
<b>Nombre d'heures de sommeil</b>	27	4	9,5	6.907	7	1.038

Tableau n°5 : **Analyse des variables quantitatives sur les activités et le sommeil des praticiens du Loiret**

#### 3.2.4.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

En ce qui concerne les loisirs, 81.8% des praticiens exercent une activité physique et sportive. Les sports les plus cités sont par ordre décroissant : jogging, salle de sport, vélo... 18.2% d'entre eux pratiquent une activité culturelle. Ils sortent entre 2 et 15 fois par mois (5.2 fois en moyenne +/- 3.6). (cf tableau n°6)

Concernant leur sommeil, les chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique dorment entre 5h30 et 9h par nuit (7.3 heures en moyenne +/- 1). Pour près de 65% d'entre eux, leur sommeil est bon ou plutôt bon. (cf figure n°28)

Variabiles quantitatives	N	Valeur minimale	Valeur maximale	moyenne	médiane	Ecart-type
Temps consacré à l'activité sportive	11	0	5	1.727	2	1.489
Temps consacré à l'activité culturelle	11	0	1	0.182	0	0.405
Temps consacré à l'activité de détente	11	2	20	10.182	10	6.063
Nombre de sorties par mois	11	2	15	5.227	4	3.643
Nombre d'heures de sommeil	11	5.5	9	7.273	7	1.034

Tableau n°6 : Analyse des variables quantitatives sur les activités et le sommeil des praticiens de Loire-Atlantique

### 3.2.4.3. Comparaison des deux groupes

Les deux groupes diffèrent selon leurs activités et leur sommeil de manière significative sur trois variables : le temps passé aux activités culturelles ( $p=0.046$ ), la pratique ou non d'activités de détente ( $p=0.00$ ) et la qualité de leur sommeil ( $p=0.00$ ).

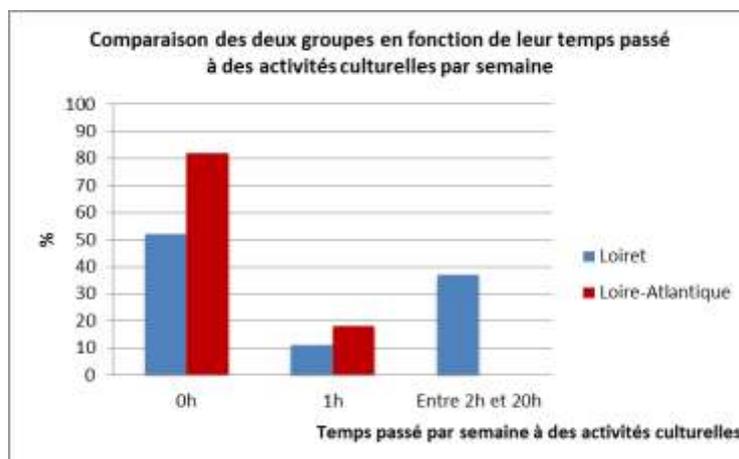


Figure n°26 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction de leur temps passé par semaine à des activités culturelles



Figure n°27 : Répartition des praticiens des deux groupes selon la pratique ou non d'activités de détente

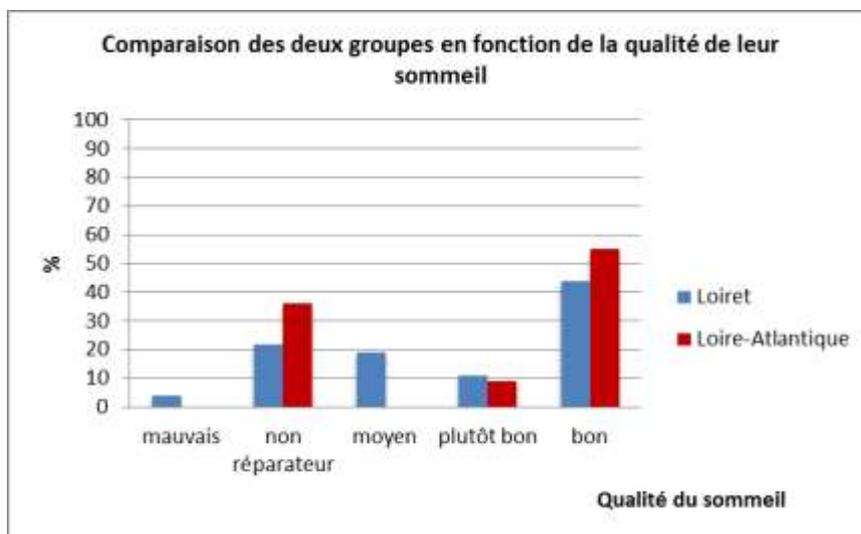


Figure n°28 : Répartition des praticiens des deux groupes selon la qualité de leur sommeil

### 3.2.4.4. Lien avec le burnout

Les activités et le sommeil sont liés au burnout selon le temps passé par semaine à la pratique d'une activité culturelle ( $p=0.015$ ), le nombre d'heures de sommeil par nuit ( $p=0.000$ ) et la qualité du sommeil ( $p=0.000$ ).

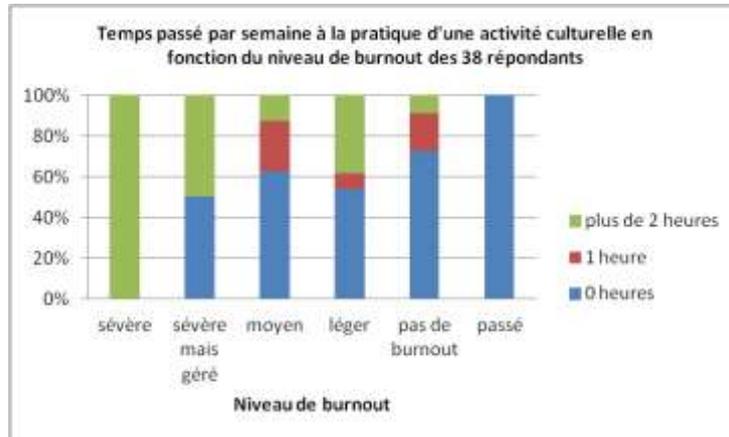
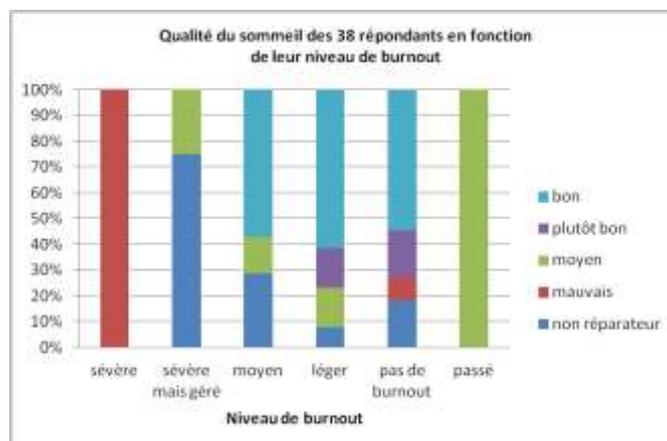


Figure n°29 : Activité culturelle et burnout



Figures n°30 et 31 : Sommeil et burnout

### 3.2.5. Leur personnalité

#### 3.2.5.1. Les praticiens du Loiret

	<i>non</i>	<i>plutôt non</i>	<i>plutôt oui</i>	<i>oui</i>	<i>total</i>
<b><i>stress (20)</i></b>	22%	15%	19%	44%	100(27)
<b><i>perfectionnisme (21)</i></b>	0%	0%	37%	63%	100(27)
<b><i>optimiste (22)</i></b>	15%	7%	26%	52%	100(27)
<b><i>reconnaissance (23)</i></b>	15%	19%	36%	30%	100(27)
<b><i>rien faire (24)</i></b>	63%	22%	0%	15%	100(27)
<b><i>culpabilité (25)</i></b>	31%	15%	12%	42%	100(26)
<b><i>relationnel (26)</i></b>	4%	4%	26%	66%	100(27)

Tableau n°7 : Réponses aux questions sur la personnalité des chirurgiens-dentistes du Loiret

Des traits de personnalité majeurs ressortent de ces réponses. 63% des chirurgiens-dentistes du Loiret sont des personnes facilement stressées ou plutôt facilement stressées. (cf figure n°32) La totalité des praticiens sont perfectionnistes ou plutôt perfectionnistes. Plus de la moitié d'entre eux (52%) sont optimistes. Près de 70% d'entre eux ont besoin ou plutôt besoin de reconnaissance. 63% ne peuvent rester assis sans rien faire. Plus de la moitié d'entre eux culpabilisent facilement (42%) ou plutôt facilement (11.5%). Seulement 2 chirurgiens-dentistes estiment ne pas avoir un bon contact relationnel (8%).

### 3.2.5.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

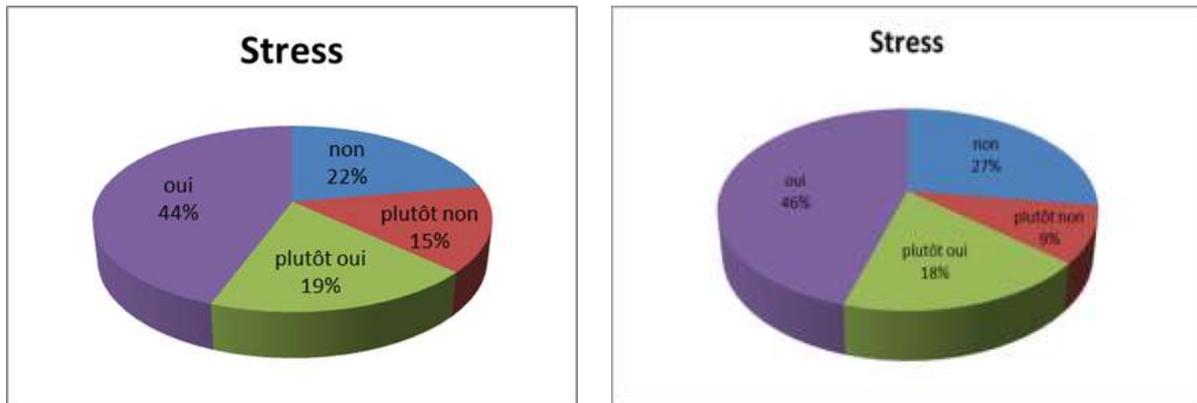
	<i>non</i>	<i>plutôt non</i>	<i>plutôt oui</i>	<i>oui</i>	<i>total</i>
<b>stress (20)</b>	27%	9%	18%	46%	100(11)
<b>perfectionnisme (21)</b>	0%	0%	64%	36%	100(11)
<b>optimiste (22)</b>	27%	9%	9%	55%	100(11)
<b>reconnaissance (23)</b>	27%	0%	18%	55%	100(11)
<b>rien faire (24)</b>	55%	36%	0%	9%	100(11)
<b>culpabilité (25)</b>	0%	36%	28%	36%	100(11)
<b>relationnel (26)</b>	0%	0%	18%	82%	100(11)

Tableau n°8 : Réponses aux questions sur la personnalité des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique

De ces réponses se dessinent quelques traits de personnalité. 64% des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique sont des personnes facilement stressées ou plutôt facilement stressées (cf figure n°33). La totalité des praticiens sont perfectionnistes ou plutôt perfectionnistes. 36% d'entre eux sont pessimistes ou plutôt pessimistes. Plus de 70% d'entre eux ont besoin ou plutôt besoin de reconnaissance. 54.5% ne peuvent rester assis sans rien faire. Plus de la moitié d'entre eux culpabilisent facilement (36.4%) ou plutôt facilement (27.3%). Aucun chirurgien-dentiste n'estime avoir un mauvais contact relationnel.

### 3.2.5.3. Comparaison des deux groupes

Les deux groupes diffèrent selon certaines variables de leur personnalité : le stress ( $p=0.033$ ), l'optimisme ( $p=0.001$ ), l'hyperactivité ( $p=0.001$ ), et le contact relationnel ( $p=0.000$ ).



Figures n°32 et n°33 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret (à gauche) et de Loire-Atlantique selon leur réponse à la question « Etes-vous une personne facilement stressée ? ».

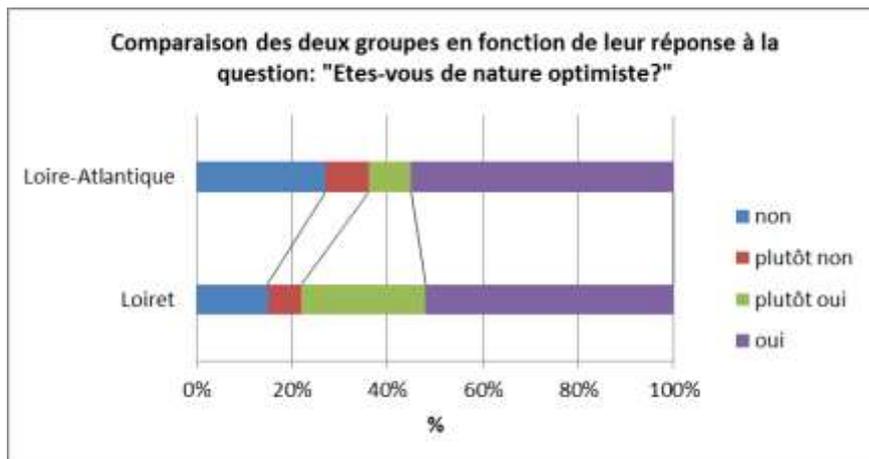


Figure n°34 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leur nature optimiste

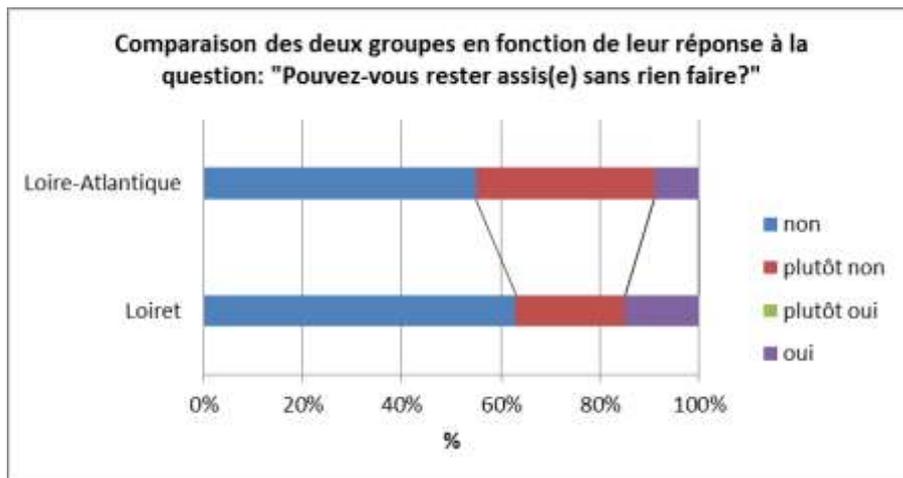


Figure n°35 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leur hyperactivité

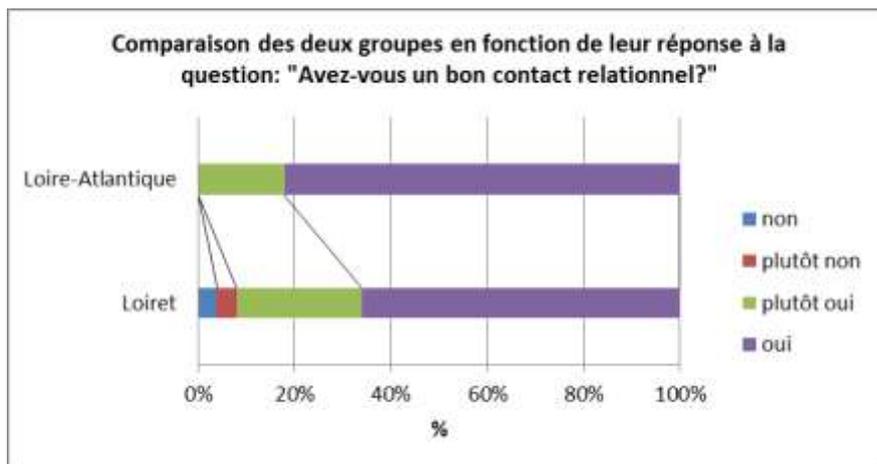
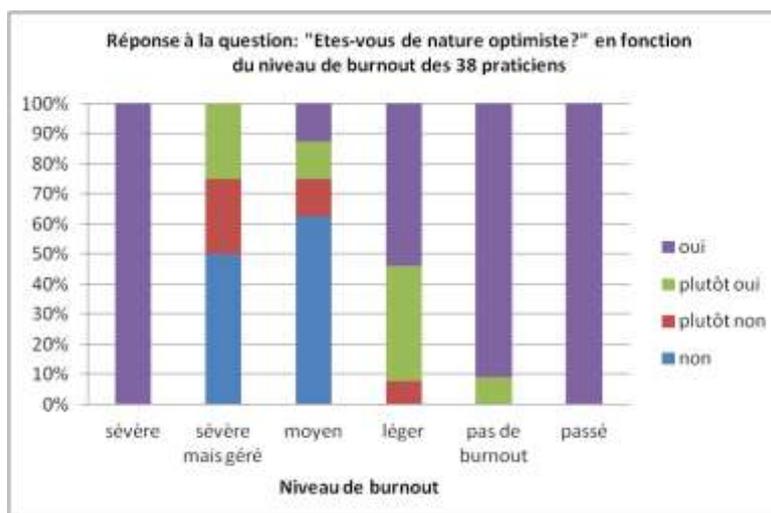
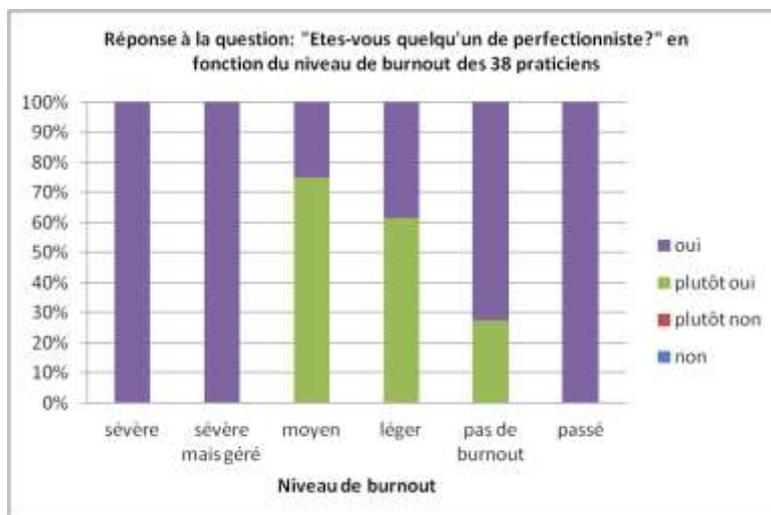
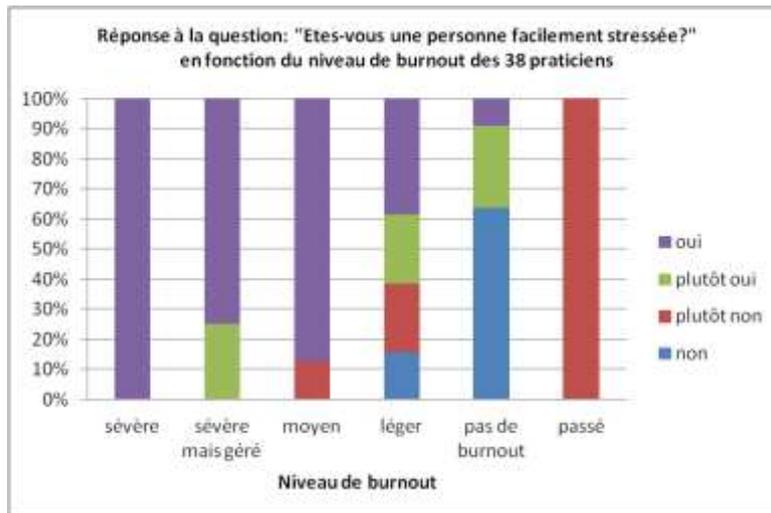


Figure n°36 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leurs aptitudes relationnelles

#### 3.2.5.4. Lien avec le burnout

Trois traits de personnalité sont liés au burnout : le stress ( $p=0.009$ ), le perfectionnisme ( $p=0.059$ ) et l'optimisme ( $p=0.012$ ).



Figures n°37, 38 et 39 : Traits de personnalité et burnout

### 3.2.6. Au cabinet

#### 3.2.6.1. Les praticiens du Loiret

Concernant les questions d'ordre professionnel, la grande majorité des praticiens aiment leur profession (93%) (cf figure n°42). Malgré tout, près de 30% des sujets ne sont pas enthousiastes à venir travailler et 18% ont plutôt tendance à ne pas l'être non plus (cf figure n°40). Aussi, 40.7% pensent plutôt ne pas recevoir assez de respect et d'estime dans leur profession. (cf figure n°43)



Figure n°40 : Réponse à la question : « Etes-vous enthousiaste à venir travailler ? » des chirurgiens-dentistes du Loiret

Au niveau de leur « planning », 37% d'entre eux n'ont pas de place pour un rendez-vous avant au moins 1 mois sauf pour les urgences et 18.5% n'ont pas de place du tout. De plus, 63% des chirurgiens-dentistes du Loiret sont débordés ou plutôt débordés et 18.5% des praticiens interrogés sont régulièrement en retard.

Côté médical, 27% d'entre eux voient régulièrement une différence entre la qualité de travail qu'ils souhaitent et celle qu'ils obtiennent et 18.5% d'entre eux pensent qu'ils n'ont pas le droit à l'erreur. Seulement 2 praticiens (7.4%) pensent accomplir des choses qui n'en valent pas la peine dans leur travail. Plus de la moitié (52%) ont le sentiment de ne pas arriver à gérer à la fois tout le côté médical et tout le côté administratif. Côté finances, près de 70% d'entre eux estiment gagner assez d'argent.

### 3.2.6.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Sur le plan professionnel, la majorité des praticiens aiment leur profession (81.8%) et tous les chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique pensent plutôt recevoir assez de respect et d'estime dans leur profession (cf figure n°42 et n°43). Cependant, près de 46% des sujets ne sont pas enthousiastes à venir travailler. (cf figure n°41)

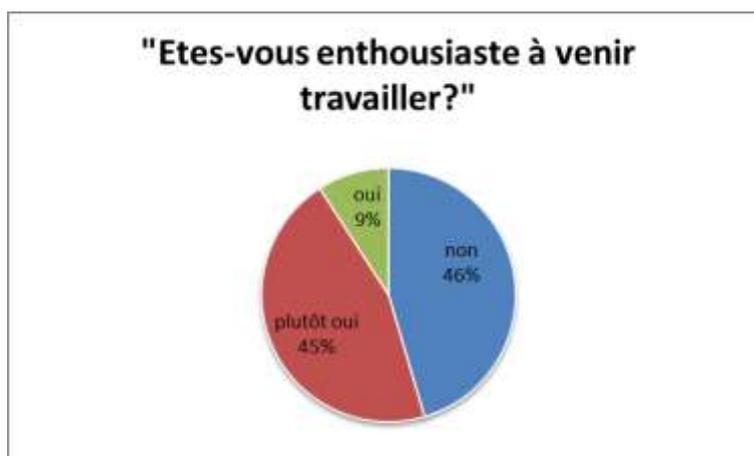


Figure n°41 : Réponse à la question : « Etes-vous enthousiaste à venir travailler ? » des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique

Concernant leur planning, 45.5% d'entre eux n'ont pas de place pour un rendez-vous avant au moins 1 mois sauf pour les urgences. De plus, 36.4% des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique sont débordés ou plutôt débordés et 18.2% des praticiens interrogés sont régulièrement en retard.

Côté médical, 27% d'entre eux voient régulièrement une différence entre la qualité de travail qu'ils souhaitent et celle qu'ils obtiennent et 18.2% d'entre eux pensent qu'ils n'ont pas le droit à l'erreur. Tous les odontologistes de Loire-Atlantique pensent accomplir des choses qui en valent la peine dans leur travail. 70% d'entre eux ont le sentiment de ne pas arriver à gérer à la fois tout le côté médical et tout le côté administratif. Côté finances, près de 63.5% d'entre eux estiment gagner assez d'argent.

### 3.2.6.3. Comparaison des deux groupes

Sur le plan professionnel, dans leur cabinet, les deux groupes se distinguent selon deux variables de manière significative : l'estime de leur profession ( $p=0.000$ ), et le respect de leurs patients ( $p=0.027$ ).



Figure n°42 : Comparaison des deux échantillons en fonction de leur réponse à la question : « Aimez-vous votre profession ? »

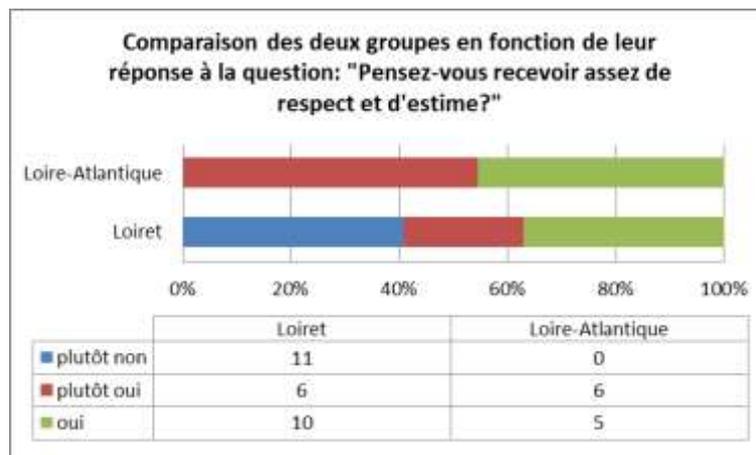


Figure n°43 : Comparaison des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Pensez-vous recevoir assez de respect et d'estime ? »

#### 3.2.6.4. Lien avec le burnout

L'épuisement professionnel est lié au sentiment d'être débordé ( $p=0.040$ ), au sentiment d'accomplissement ( $p=0.006$ ) et au sentiment d'être respecté et estimé ( $p=0.026$ ).

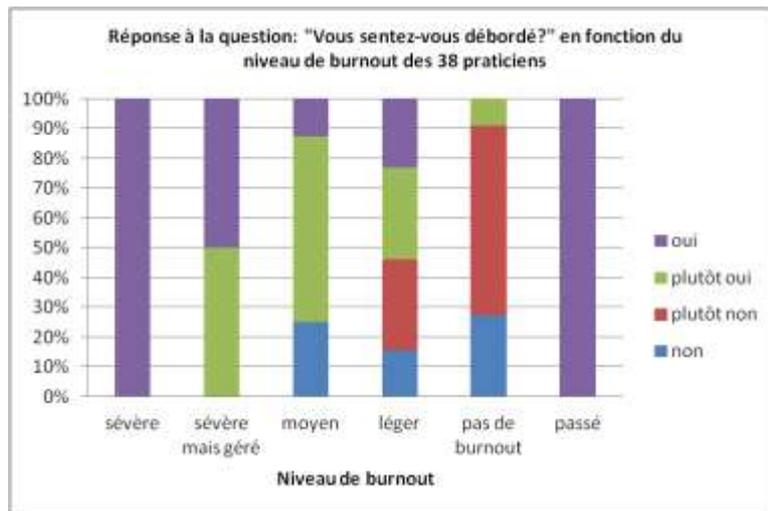


Figure n°44 : Lien significatif entre le sentiment d'être débordé et le burnout

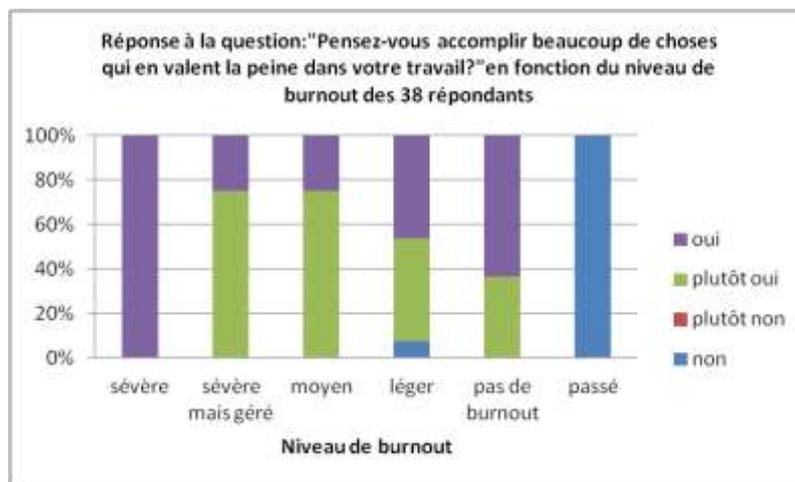


Figure n°45 : Accomplissement et burnout

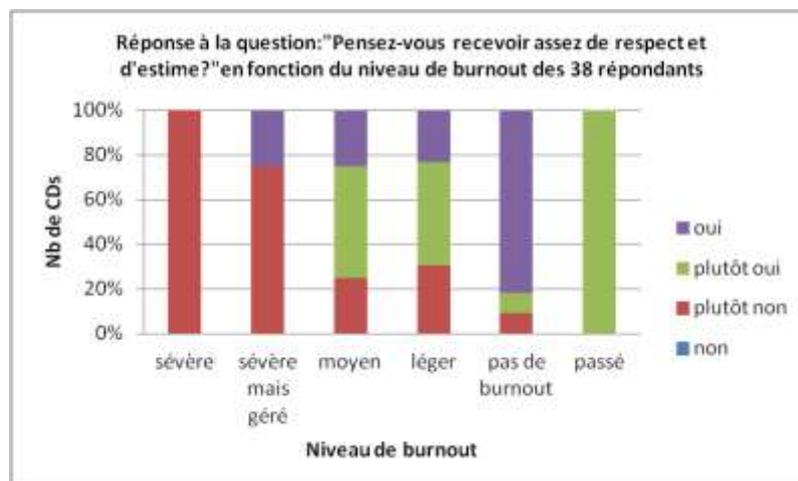


Figure n°46 : Sentiment de respect et d'estime et niveau de burnout

### 3.2.7. Les relations avec les patients

#### 3.2.7.1. Les praticiens du Loiret

Concernant le relationnel avec les patients, plus d'1/4 des chirurgiens-dentistes du Loiret ont peur ou sont stressés devant certains patients. Tous les praticiens (sauf un) se sentent plutôt mal aimés.

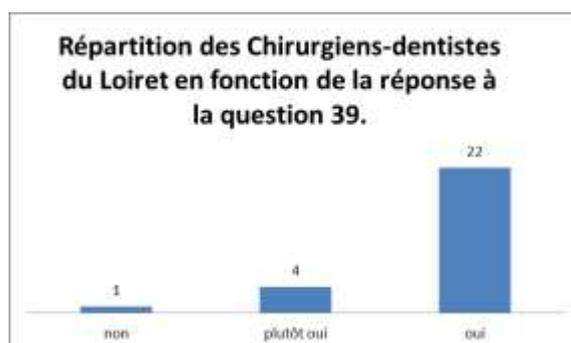


Figure n°47 : Réponse à la question : « Vos patients vous disent-ils qu'il n'aime pas le dentiste ou qu'ils ne vous aiment pas ? » des praticiens du Loiret

Près des 2/3 des chirurgiens-dentistes du Loiret font face à des marques d'incivilité de la part de leurs patients comme les rendez-vous manqués et 26% d'entre eux doivent souvent ou parfois faire face à des réflexions désagréables des patients. 11.1% d'entre eux ont le sentiment de ne pas pouvoir comprendre facilement ce que leurs patients ressentent et 63% ont l'impression ou plutôt l'impression de se détacher de leurs patients.

#### 3.2.7.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Sur le plan relationnel avec les patients, 45.5% des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique sont souvent ou parfois stressés ou ont peur devant certains patients. Et tous (sauf un) se sentent mal aimés en tant que professionnel de santé.

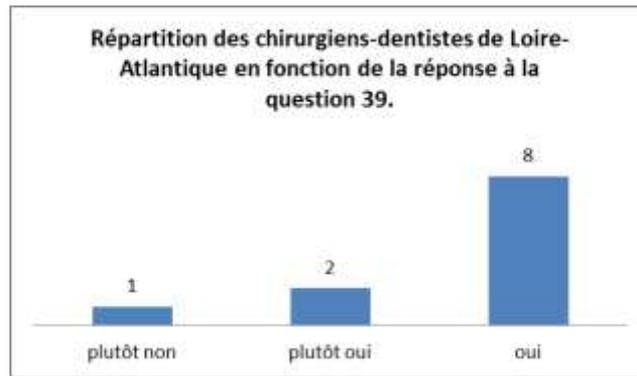


Figure n°48 : Réponse à la question : « Vos patients vous disent-ils qu'il n'aime pas le dentiste ou qu'ils ne vous aiment pas ? » des praticiens de Loire-Atlantique

Près des 2/3 des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique font face à des marques d'incivilité de la part de leurs patients comme les rendez-vous manqués mais ils sont rarement soumis à des réflexions désagréables des patients. Tous les praticiens ont le sentiment de pouvoir comprendre facilement ce que leurs patients ressentent toutefois 27% d'entre eux ont l'impression ou plutôt l'impression de se détacher de leurs patients.

#### 3.2.7.3. Comparaison des deux groupes

Sur le plan relationnel avec la patientèle, aucune différence significative entre les deux échantillons n'a été trouvée. Ils sont sensiblement identiques sur ce point.

#### 3.2.7.4. Lien avec le burnout

Sur ce point, nous ne retrouvons pas de lien significatif avec le burnout.

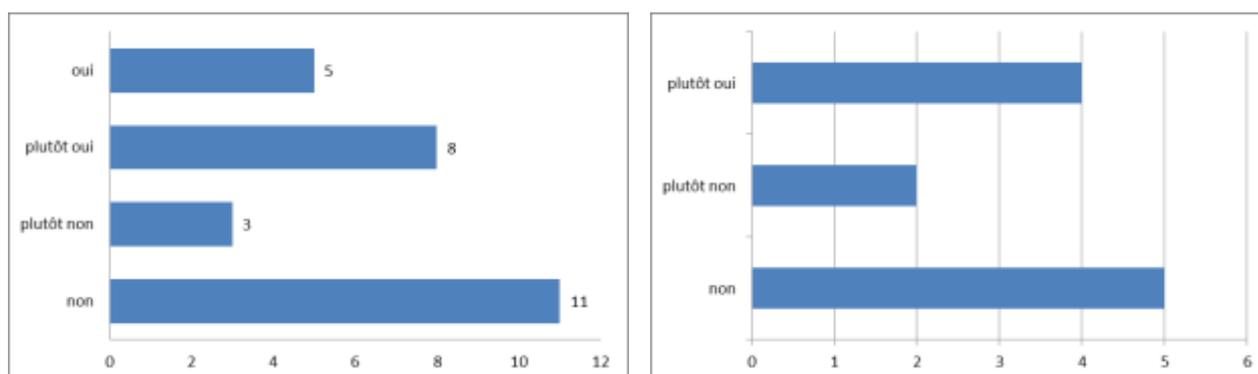
#### 3.2.8. Contact avec les institutions

Concernant le lien avec les institutions, 11% des praticiens du Loiret et 9% des praticiens de Loire-Atlantique (un praticien) n'ont pas de contact avec les différentes administrations (ordre, syndicats...).

### 3.2.9. Entourage

#### 3.2.9.1. Données des deux groupes et comparaison

En ce qui concerne la vie privée, 44.4% des sujets du Loiret et 27% de ceux de Loire-Atlantique ont l'impression de faire moins attention à leur famille et/ou à leurs amis à cause de leur travail.



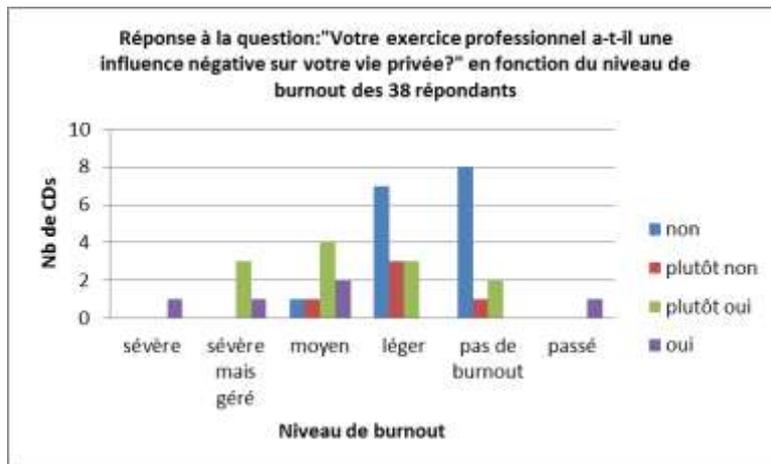
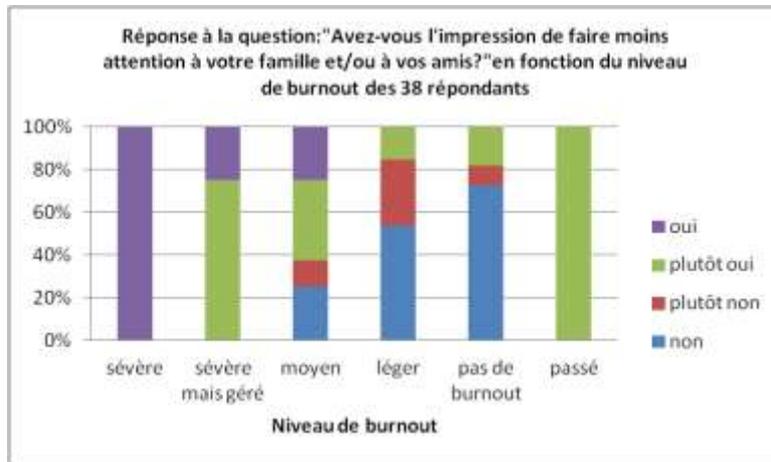
Figures n°49 et n°50 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret (à gauche) et de Loire-Atlantique (à droite) en fonction de leur réponse à la question : « Votre exercice professionnel a-t-il une influence négative sur votre vie privée ? »

Près de la moitié des sujets du Loiret (48.1%) et 36.4 % de ceux de Loire-Atlantique pensent que leur exercice professionnel a une influence négative sur leur vie privée. De plus, 48.1% des praticiens du Loiret et 54.5% de Loire-Atlantique avouent se plaindre souvent ou parfois de leur travail à leur famille ou à leurs amis.

Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été trouvée sur ce point.

### 3.2.9.2. Lien avec le burnout

L'épuisement professionnel a une influence sur la vie privée ( $p=0.023$  et  $p=0.013$ ).



Figures n°51 et 52 : Lien entre burnout et entourage

### 3.2.10. Santé physique

#### 3.2.10.1. Les praticiens du Loiret

Sur le plan de leur santé physique, 70% des praticiens du Loiret ressentent des raideurs ou des douleurs en fin de journée et 26% d'entre eux ont des maux de tête et/ou des troubles gastro-intestinaux. Tous les sujets interrogés sauf un se sentent fatigués en fin de journée. (cf figure n°53) 1 chirurgien-dentiste sur 3 a du mal à supporter les bruits du cabinet. Seul 1 praticien se sent souvent inefficace, et 26% se sentent parfois inefficaces.

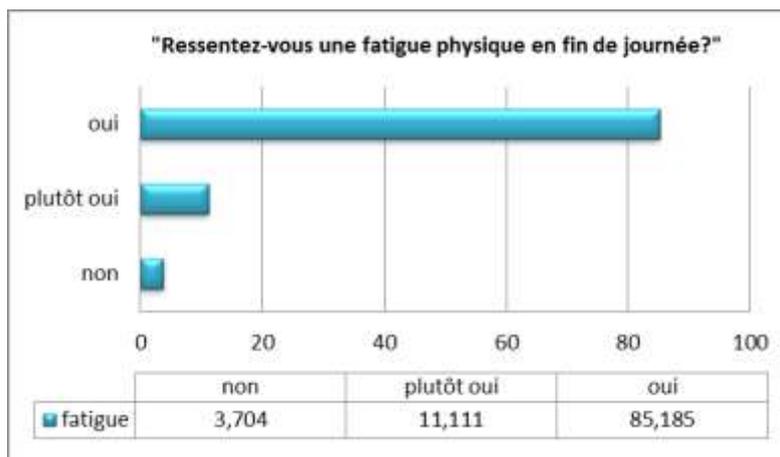


Figure n°53 : Répartition en % des chirurgiens-dentistes du Loiret en fonction de la réponse à la question 44.

### 3.2.10.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Concernant leur santé physique, 36% des praticiens de Loire-Atlantique ressentent des raideurs ou des douleurs en fin de journée, autant d'entre eux ont des maux de tête et/ou des troubles gastro-intestinaux. Tous les sujets interrogés en Loire-Atlantique, sauf 2 se sentent fatigués physiquement en fin de journée. (cf figure n°54) Près d'1 chirurgien-dentiste sur 3 a du mal à supporter les bruits du cabinet. Seul 1 praticien se sent souvent inefficace, et 27% se sentent parfois inefficaces.

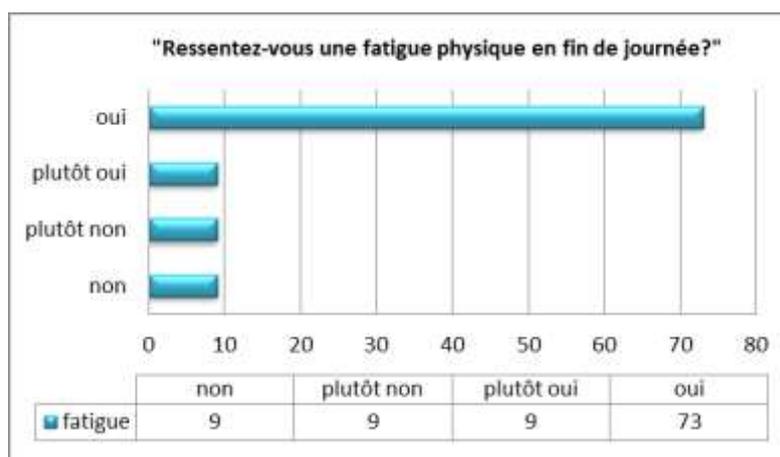


Figure n°54 : Répartition en % des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique en fonction de la réponse à la question 44.

### 3.2.10.3. Comparaison des deux groupes

Les deux groupes diffèrent de manière significative (mais borderline) sur le plan de leur santé physique selon une variable : les douleurs ou raideurs ressenties en fin de journée ( $p=0.060$ ).

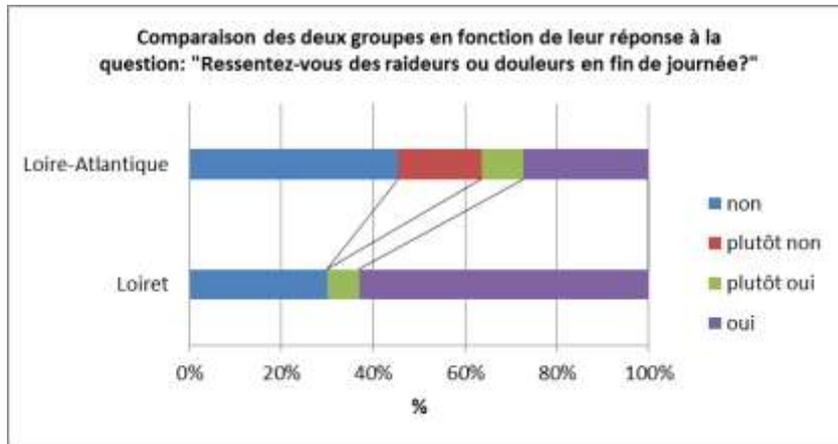


Figure n°55 : Comparaison des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Ressentez-vous des raideurs ou des douleurs en fin de journée ? » ( $p=0.060$ )

### 3.2.10.4. Lien avec le burnout

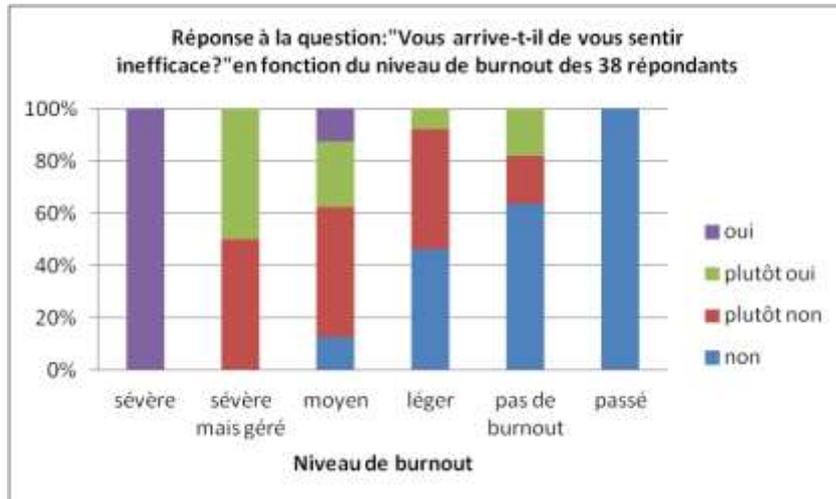


Figure n°56 : Sentiment d'inefficacité et burnout ( $p=0.007$ )

### 3.2.11. Comportement

#### 3.2.11.1. Les praticiens du Loiret

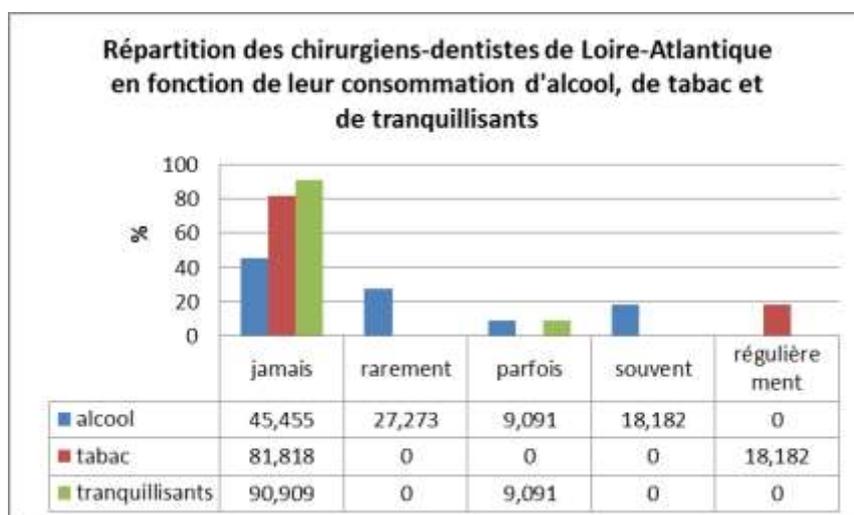
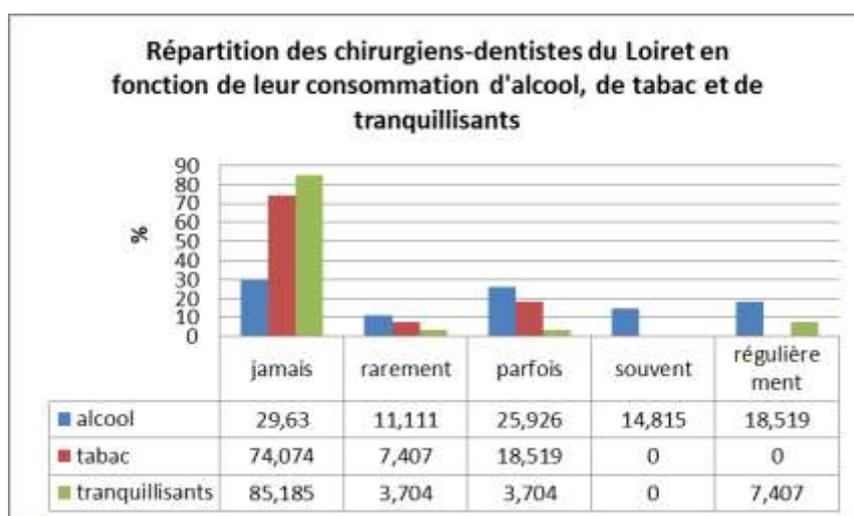
Au niveau de leur comportement, 22% des praticiens du Loiret ne font pas attention à leur posture lorsqu'ils travaillent et 2/3 d'entre eux ne prennent pas le temps de faire des pauses dans leur journée de travail. 40.7% des chirurgiens-dentistes du Loiret ne font pas attention ou rarement à leur sommeil et 22.2% d'entre eux ne font pas attention à leur équilibre hydro-alimentaire. Un tiers d'entre eux (33.3%) consomment souvent ou régulièrement de l'alcool, 25.9% consomment rarement ou parfois du tabac et 7,4% utilisent régulièrement des tranquillisants (cf figure n°57).

#### 3.2.11.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Concernant leur comportement, 36% des praticiens de Loire-Atlantique ne font pas attention ou rarement à leur posture lorsqu'ils travaillent et 54.5% d'entre eux ne prennent pas le temps de faire des pauses dans leur journée de travail. 27.3% des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique font rarement attention à leur sommeil et un praticien sur les 11 répondants ne fait pas attention à son équilibre hydro-alimentaire. 18.2% d'entre eux consomment souvent de l'alcool, 18,2% consomment régulièrement du tabac et 9% utilisent parfois des tranquillisants (cf figure n°58).

### 3.2.11.3. Comparaison des deux groupes

Les deux groupes se distinguent sur le plan de leur comportement selon une seule variable : leur consommation de tabac ( $p=0.00$ ).



Figures n°57 et 58 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret et de Loire Atlantique en fonction de leur consommation d'alcool, de tabac et de tranquillisants

#### 3.2.11.4. Lien avec le burnout

L'épuisement professionnel est lié à des comportements.

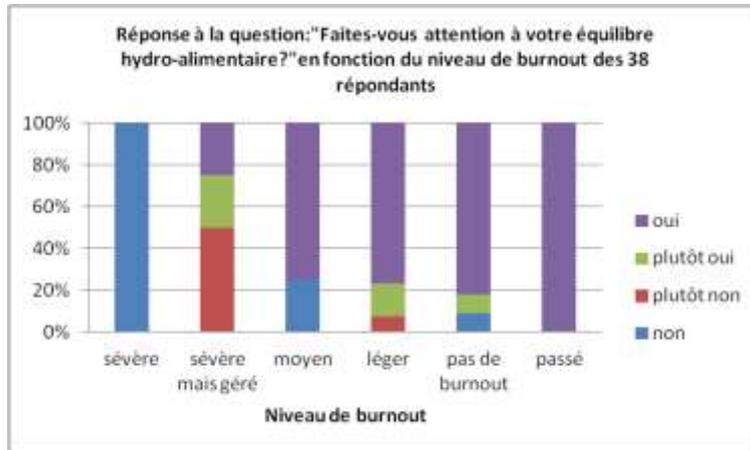


Figure n°59 : Attention portée à son équilibre hydro-alimentaire et burnout (p=0.036)

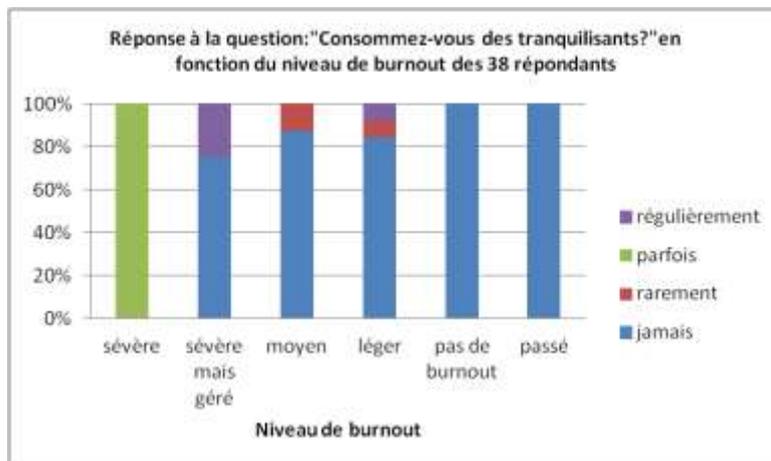


Figure n°60 : Consommation de tranquillisants et burnout (p=0.000)

#### 3.2.12. Santé psychique

##### 3.2.12.1. Les praticiens du Loiret

Au niveau de leur santé psychique, 26% des chirurgiens-dentistes du Loiret sont souvent ou parfois tristes sans raison et plus d'un praticien sur dix éprouve parfois ou souvent des sensations de peur. Plus d'1/4 d'entre eux ne se sentent pas heureux (cf figure n°61) et 18.5% d'entre eux perdent parfois le contrôle de leurs émotions. 11.1% ont déjà pensé au suicide. (cf figure n°62)

### 3.2.12.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Concernant leur santé psychique, 27% des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique sont souvent ou parfois tristes sans raison mais aucun praticien n'éprouve des sensations de peur (un seul rarement). Un seul d'entre eux se sent plutôt malheureux (9%) (cf figure n°61) et 18.2% d'entre eux perdent parfois le contrôle de leurs émotions. Un seul a déjà pensé au suicide (9%). (cf figure n°62)

### 3.2.12.3. Comparaison des deux groupes

Aucune différence significative n'a été révélée entre les échantillons au niveau de leur santé psychique.

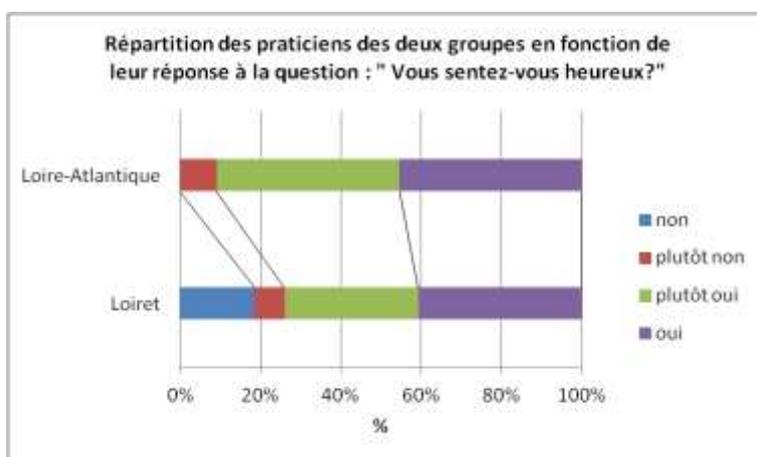


Figure n°61 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Vous-sentez vous heureux ? »

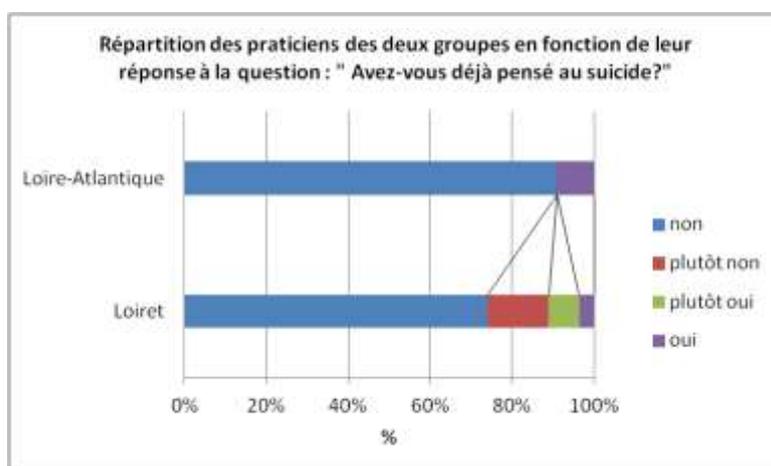
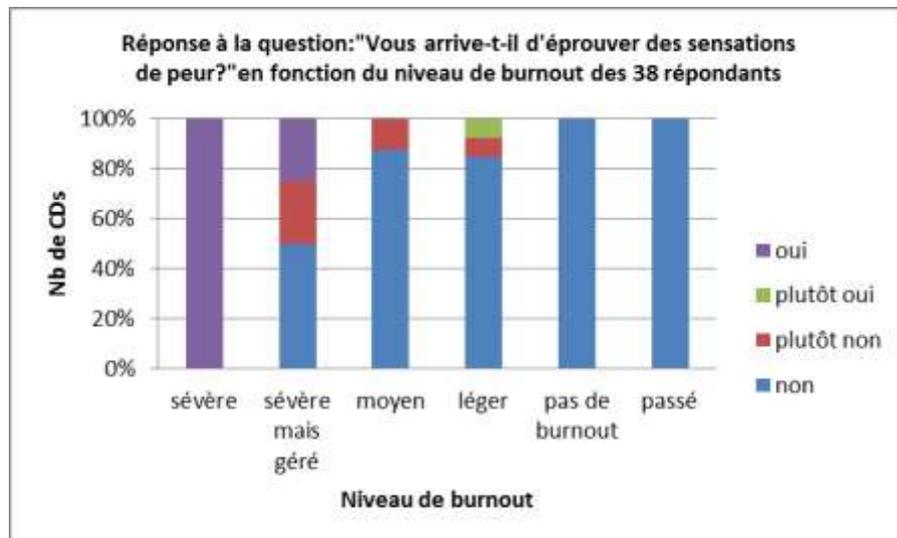
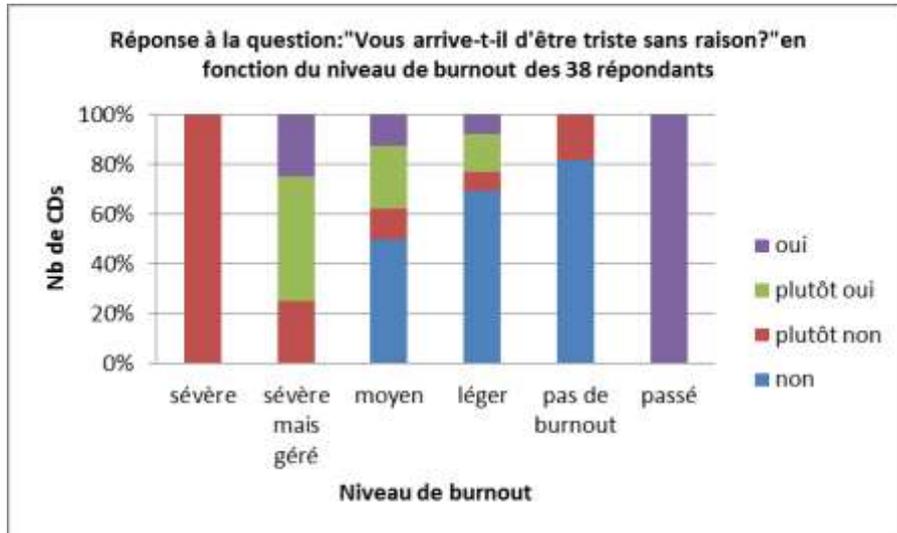


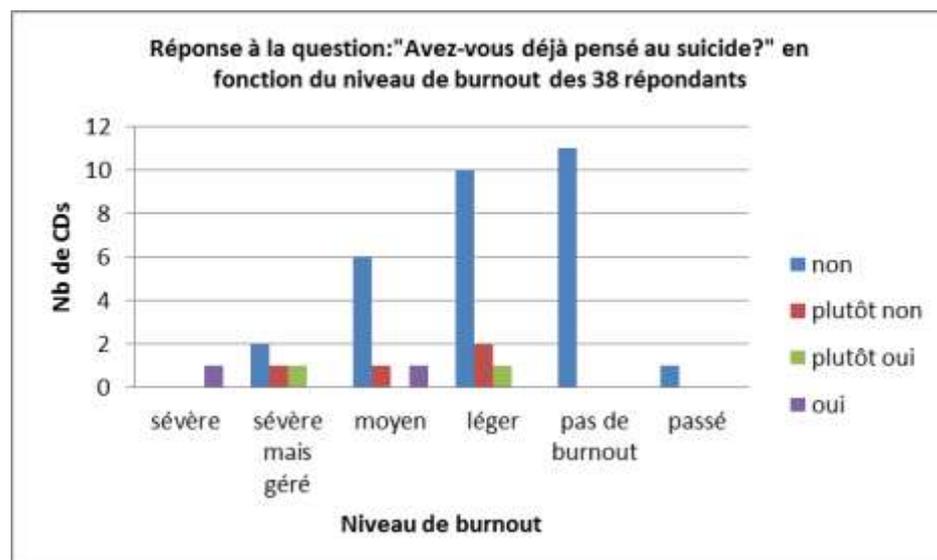
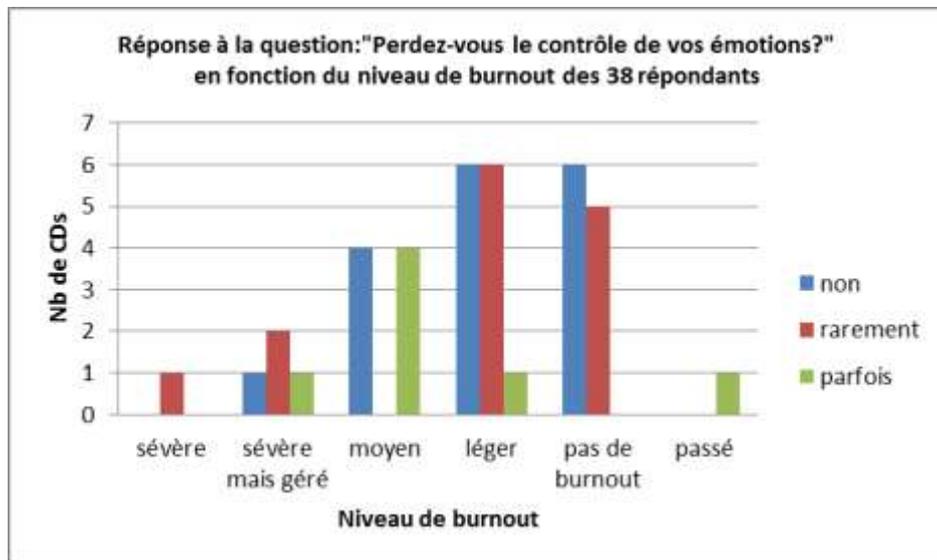
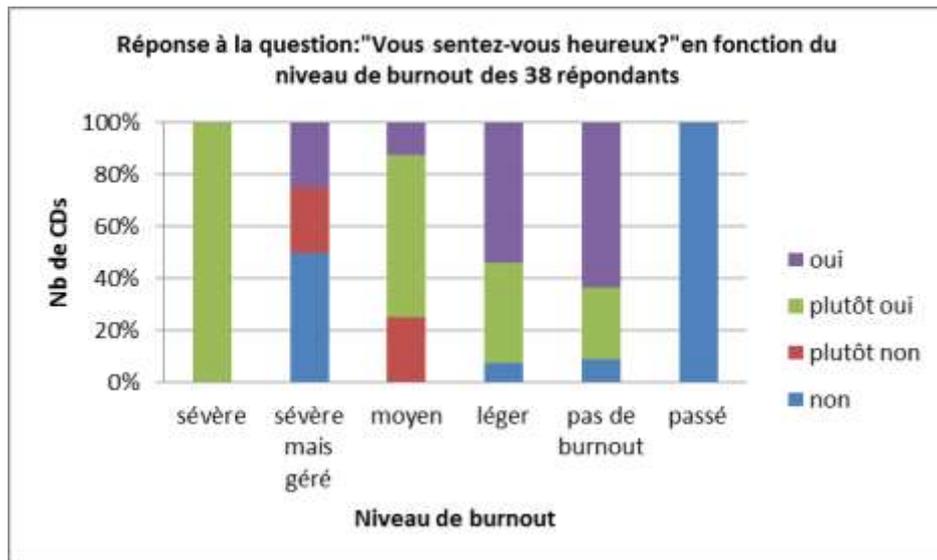
Figure n°62 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction d'éventuelles pensées suicidaires

### 3.2.12.4. Lien avec le burnout

Le burnout est lié de manière significative à la santé psychique des praticiens.



Figures n°63 et 64 : Santé psychique et niveau de burnout.



Figures n°65, 66 et 67 : Santé psychique et niveau de burnout.

### 3.2.13. Lieu de travail

#### 3.2.13.1. Les praticiens du Loiret

En ce qui concerne leur lieu d'exercice, le fait de travailler dans un département sans faculté de chirurgie dentaire est plutôt un inconvénient pour 53.8% des chirurgiens-dentistes du Loiret. Tous (sauf un) ressentent un manque de praticiens dans leur département (cf figure n°68). Près de 9 odontologistes du Loiret sur 10 sont satisfaits de leur lieu géographique d'installation.

#### 3.2.13.2. Les praticiens de Loire-Atlantique

Concernant leur lieu d'exercice, le fait de travailler dans un département avec une faculté de chirurgie dentaire est plutôt un avantage pour 54.5% des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique. Moins de la moitié d'entre eux (45%) ressentent un manque de praticiens dans leur département. (cf figure n°68) Tous les odontologistes de Loire-Atlantique sont satisfaits de leur lieu géographique d'installation.

#### 3.2.13.3. Comparaison des deux groupes

Sur les questions concernant leur lieu de travail, les deux groupes diffèrent de manière significative selon une variable : le manque de praticiens ressenti dans leur département ( $p=0.00$ ).

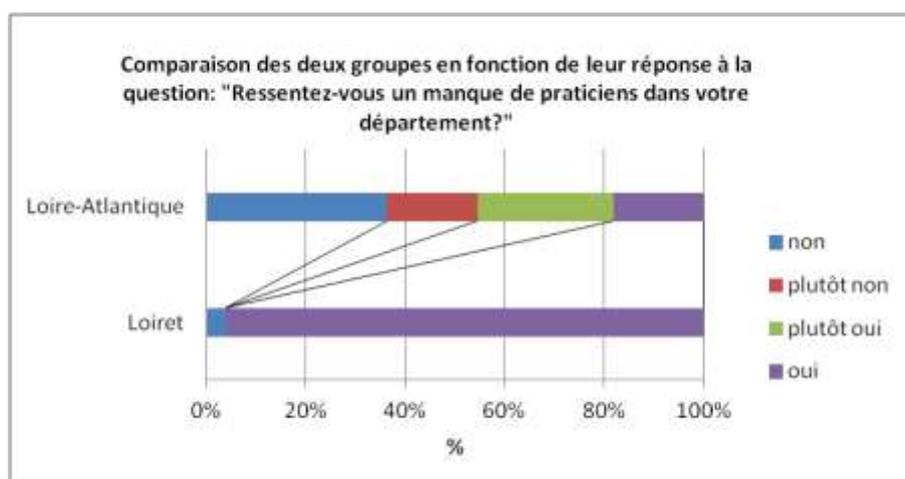


Figure n°68 : **Comparaison des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Ressentez-vous un manque de praticiens dans votre département ? »**

#### 3.2.13.4. Lien avec le burnout

Les données concernant le lieu de travail ne sont pas liées significativement au burnout dans notre enquête.

### 3.3. Modèle multivarié

Selon le modèle multivarié obtenu par régression logistique, nous obtenons les résultats suivants, classés dans un tableau en fonction de leur valeur de p (du plus au moins significatif) :

<b>FACTEURS PREDICTIFS DU BURN OUT</b>	<b>Valeur de p</b>
Nature pessimiste	0.008
Rythme de travail	0.008
Manque de respect	0.009
Absence d'accomplissement de soi	0.015
Inefficacité	0.021
Débordé	0.029
Nombre d'Enfants	0.031
Stress	0.054 border line
Peu de semaines de vacances	0.054 border line

Tableau n°9 : **Résultats de l'analyse multivariée**

La variable burnout dépend de ces différents facteurs indépendants. **L'association de ces facteurs induit le syndrome d'épuisement professionnel et augmente son intensité.**

## 4. Discussion

### 4.1. Biais et limites

#### 4.1.1. Réponses

[9 ; 23 ; 78 ; 108]

Dans un premier temps, nous avons eu un premier contact oral avec chaque praticien ou leur assistante et nous leur proposons de répondre de suite ou de convenir d'un rendez-vous. Nous voulions recueillir nos données uniquement par téléphone afin d'avoir un contact particulier avec chaque praticien, même si nous avons peur du problème de sincérité. Cette démarche s'est avérée être un échec dans de nombreux cas : certains praticiens nous opposaient un refus net sans raison, d'autres par manque de temps ou d'autres devaient nous recontacter... Nous avons alors décidé de proposer une possibilité de réponse supplémentaire : par mail, mais cette démarche n'a pas été beaucoup plus fructueuse, malgré une à deux relances en moyenne par praticien (11 réponses supplémentaires et deux tardives).

Même si le rendez-vous téléphonique de 10 minutes minimum et la longueur du questionnaire ont découragé certains praticiens à répondre, ceux qui l'ont accepté ont encouragé cette démarche. Ils étaient satisfaits du temps accordé en tant que personne et pas seulement en tant que chirurgien-dentiste. Ils étaient contents qu'on s'intéresse à eux en tant qu'humain avant tout et qu'on s'occupe d'eux, certains sont même restés en communication près de 50 minutes.

Le **faible taux de réponse** dans le Loiret (à peine 50%) reste toutefois sensiblement identique à celui d'autres études de ce genre (59% parmi les chirurgiens-dentistes hollandais, 65% parmi les néozélandais). Le taux de réponse en Loire-Atlantique est très bas (20%) peut-être à cause du nombre important d'enquêtes avec la proximité de la faculté ? Toutefois, ces taux sont supérieurs à ceux de l'enquête de l'ONSCD. Une des explications probables de ce taux de non réponse est le fait que les praticiens soient débordés (ceux qui refusent par manque de temps n'ont même pas 10 minutes...). Ce manque considérable de temps ou d'énergie peut être même révélateur de burnout chez certains praticiens. La prévalence du burnout est alors sans doute sous-estimée. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, il est difficile pour les soignants de s'avouer malade, certains praticiens peuvent alors préférer ne pas répondre plutôt que de devoir faire face à leur état d'épuisement professionnel avéré.

En conséquence, malgré la garantie de l'anonymat et de la confidentialité, l'enquête pourrait être entachée d'un biais de réponses plus ou moins important : l'honnêteté des praticiens pour certaines réponses peut être quelquefois remise en question, d'autant plus que les professionnels de santé ont tendance à nier certains de leurs problèmes (par exemple : « *moi je ne suis pas atteint de*

*burnout* », « *je ne bois pas* », « *je fais des journées de formation* »...). La réponse à certaines questions (par exemple : avez-vous déjà pensé au suicide ?) peut également être délicate ou gênante en direct au téléphone.

Enfin, ces biais de réponses peuvent induire **une sous estimation non négligeable de la prévalence du burnout par rapport aux populations cibles**. Toutefois, ces biais étant identiques pour nos deux échantillons, ils ne nuisent pas à leur comparaison.

#### 4.1.2. Questionnaire

[36]

Le questionnaire a été réalisé d'après un travail personnel et n'est ni reconnu ni validé par les scientifiques. La reproductibilité ou la comparaison avec d'autres études peuvent alors être limitées et la formulation des questions peut être discutable. Malgré tout, le questionnaire couvre quelques notions du MBI et des aspects spécifiques du stress professionnel dans la dentisterie, comme dans le DEWSS de RC.Gorter (36) qui sont des outils d'évaluation reconnus et validés.

Par ailleurs, le questionnaire intégral du MBI n'a pas été utilisé pour des raisons pratiques (net allongement de la conversation téléphonique) et finalement par choix (pour des questions plus proches des chirurgiens-dentistes). Grâce à ce diagnostic personnel, nous pouvons évaluer si le chirurgien-dentiste est atteint ou non par le burnout, et à quel degré, contrairement au MBI qui évalue seulement des scores (faibles, moyens ou élevés) dans chacune des dimensions. Toutefois, comme évoqué précédemment, la réponse peut-être biaisée par la subjectivité et l'honnêteté du praticien qui peuvent cacher ou exagérer ces problèmes.

Après discussion avec certains praticiens, nous avons constaté l'omission dans notre questionnaire de certaines notions. La question de **l'addiction éventuelle aux jeux** (qui augmente de nos jours avec les paris en ligne par exemple) n'a pas été posée alors que cette addiction peut avoir un lien avec l'épuisement professionnel et induire l'isolement. La notion de **qualité des relations avec l'assistante ou les confrères** n'a pas été soulevée, alors que l'entourage professionnel joue un rôle important dans l'apparition du burnout (toutefois la question sur le respect et l'estime en cabinet dentaire est d'ordre général). La question du **nombre de fauteuils** n'a pas été posée alors qu'elle peut montrer une surcharge de travail et des consultations dont on peut s'interroger sur la qualité de la relation patient-praticien.

#### 4.1.3. Représentativité de l'échantillon étudié et évaluation

Notre enquête est une étude comparative réalisée pour comparer deux groupes de praticiens et explorer le lien entre les facteurs psycho-sociaux et le burnout mais elle n'apporte pas la preuve du sens de la causalité. Malgré nos petits effectifs, nos résultats mettent quand même en évidence des corrélations significatives entre le syndrome d'épuisement professionnel et certaines variables.

Un biais d'évaluation est également possible, l'enquête a été réalisée à un instant t (avant, pendant ou après la journée de travail) et les résultats peuvent en être influencés. Le praticien est plus fatigué après une journée de travail ou plus stressé à la suite d'un acte compliqué. De plus, l'étude a été réalisée pendant les périodes de fêtes et de froid qui peuvent avoir un impact sur les résultats ; le chirurgien-dentiste peut-être plus heureux à l'idée des vacances qui approchent ou des retrouvailles en famille, ou au contraire, ces fêtes peuvent être vécues comme des stressseurs et les périodes hivernales peuvent être une cause de dépression (dépression saisonnière...).

Enfin, les chirurgiens-dentistes qui sont au stade extrême du burnout, n'exerçaient sans doute pas au moment de l'étude et n'ont pu être interrogés.

#### 4.2. Des résultats obtenus

##### 4.2.1. De la prévalence du burnout [23 ; 27 ; 33 ; 37]

Tout d'abord, rappelons que dans notre enquête, la présence ou l'absence, ainsi que le degré de burnout ont été évalués par chaque praticien de manière subjective. Et comme nous l'avons vu dans notre analyse de la littérature, il est difficile de comparer la prévalence de l'épuisement professionnel entre les études en raison de différences quant à l'évaluation, du diagnostic et de la sévérité des symptômes des praticiens interrogés... Toutefois, nous avons noté l'intérêt de tous les praticiens pour les résultats de notre étude, et certains veulent même connaître le département avec le plus grand pourcentage de praticiens touchés par le burnout.

Dans le groupe des praticiens du Loiret, la prévalence du burnout (tous les degrés inclus) est de 78%, bien au-dessus de celle de l'étude de l'ONSCD (27%). Toutefois la moitié des sujets touchés sont atteints par un degré léger d'épuisement professionnel. 19% sont atteints d'un degré sévère du burnout dont 4% sont extrêmement épuisés ; ces taux sont proches de ceux de l'étude de RC.Gorter (37) de 1999 avec 21% des praticiens hollandais qui présentaient un score élevé de burnout et 2.5% étaient très épuisés. Comme dans une étude concernant les chirurgiens-dentistes britanniques, le

pourcentage de praticiens du Loiret atteints d'un niveau moyen d'épuisement professionnel est de 18%. Un seul sujet (4%) a été touché par le burnout, et s'en est sorti à la date de l'étude.

Dans le groupe des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, la prévalence de l'épuisement professionnel (tous scores confondus) est de 54%. 27% des sujets sont atteints d'un degré moyen, ce taux est légèrement supérieur à celui retrouvé parmi les praticiens d'Ile de France (22%). Cependant, aucun praticien n'est atteint d'un degré sévère.

Ainsi, selon notre étude, **les chirurgiens-dentistes du Loiret sont plus atteints et avec un degré plus élevé par le syndrome d'épuisement professionnel que leurs confrères de Loire-Atlantique** ( $p=0.001$ ). Ces résultats sont relativement inquiétants pour l'avenir de notre profession et montrent les inégalités entre les départements.

Contrairement à notre hypothèse de départ (1) qui était : « le pourcentage de chirurgiens-dentistes atteints par le burnout (niveau élevé) est le même dans le Loiret et en Loire-Atlantique : environ 10% comme dans la littérature actuelle », le pourcentage des chirurgiens-dentistes du Loiret atteints d'un degré élevé de burnout (19%) est bien plus élevé que les 10 ou 12.5% en moyenne retrouvés dans la littérature et que celui observé chez leurs confrères de Loire-Atlantique (0%). Cette différence peut peut-être s'expliquer par des conditions de travail différentes, des conditions météorologiques différentes... Le désert médical plus marqué dans le Loiret joue-t-il un rôle sur la prévalence du burnout ?

#### 4.2.2. Des données de chaque échantillon, et de leurs éventuelles corrélations avec le burnout

Tout d'abord, nos deux échantillons semblent homogènes sur la majorité des variables mais diffèrent de manière significative sur certaines de leurs caractéristiques : l'âge, le nombre de collaborateurs, le nombre de jours travaillés, le rythme de travail, le temps consacré à une activité culturelle, la pratique d'activités de détente, la qualité du sommeil, le stress, l'optimisme, l'hyperactivité, le contact relationnel, « l'amour de la profession », le sentiment d'être respecté et estimé, les douleurs, la consommation de tabac et le sentiment de désert médical. Ces différences peuvent-elles expliquer les différents degrés de burnout entre les deux départements ? Le niveau de burnout est corrélé de manière significative à 25 variables de notre étude : le statut marital, l'exercice d'une autre fonction, le nombre de jours travaillés, le nombre d'heures travaillés, le rythme de travail, le nombre de semaines de vacances, le temps passé à une activité culturelle, le nombre d'heures de sommeil, la qualité du sommeil, le stress, le perfectionnisme, l'optimisme, le fait « d'être débordé », le sentiment d'accomplissement professionnel, le sentiment d'être respecté et estimé,

l'attention à l'entourage, l'influence négative sur la vie privée, le sentiment d'inefficacité, l'attention portée à l'équilibre hydro-alimentaire, la consommation de tranquillisants, la tristesse, la sensation de peur, le bonheur, la perte de contrôle des émotions, et les idées suicidaires.

#### 4.2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

[41 ; 62 ; 70 ; 78 ; 91]

Les résultats de l'enquête permettent de situer notre échantillon par rapport à la population-cible selon les données du conseil de l'ordre. Notre échantillon du Loiret est sensiblement moins féminin et plus âgé que la population dont il est tiré, mais il tend vers le même profil sociodémographique : la part des plus de 65 ans est de 11% dans notre échantillon contre 6% dans la population cible et le taux de féminisation est de 29.6% contre 41% dans la population cible). Notre échantillon de Loire-Atlantique semble moins représentatif de la population dont il est tiré en étant majoritairement féminin (63.6%) et plus jeune (la tranche d'âge moyenne est celle de plus de 35 ans) ; ceci pourrait être imputable au fort taux de non réponse dans ce département.

Même si les échantillons des deux départements restent faibles et plus ou moins représentatifs, ils ont les mêmes tendances que leurs populations-cibles : les sujets du Loiret sont globalement plus âgés et moins féminins que leurs confrères de Loire-Atlantique. **Une différence statistiquement significative est retrouvée au niveau de l'âge ( $p=0.03$ )** : plus de 70% des praticiens interrogés de Loire-Atlantique ont moins de 45 ans tandis que plus de 80% des praticiens interrogés du Loiret ont plus de 45 ans.

Nos données confirment la tendance nationale : féminisation (en Loire-Atlantique) et vieillissement (dans le Loiret) de notre profession. Par ailleurs, les praticiens du Loiret, globalement plus âgés, sont plus touchés que ceux de Loire-Atlantique. Cependant, comme dans la littérature, nous ne retrouvons **pas de corrélation significative entre l'épuisement professionnel et l'âge et le sexe des praticiens.**

Concernant le statut marital de nos échantillons, les praticiens du Loiret sont plus nombreux à être divorcés (18%) que ceux de Loire-Atlantique (0%) et un seul praticien de chaque groupe est célibataire.

Tous les praticiens divorcés et les célibataires de notre recherche, ont tous (ou ont eu) un certain degré d'épuisement professionnel et, ceux qui ne sont pas touchés par le burnout, sont tous en couple ( $p=0.031$ ). Comme dans les études d'AA.Martinez (70) et d'EJ.Kay (62), **le célibat semble être un facteur de risque du burnout** dans notre enquête. Pareillement aux études lituaniennes, hollandaises ou britanniques, être en couple semble protéger contre le burnout dans un premier temps. Mais, même un faible degré d'épuisement professionnel peut induire des relations

conflictuelles et jouer un rôle dans l'échec du mariage : « *j'ai failli divorcer à cause du cabinet* ». Ainsi, l'épuisement professionnel a réellement une influence sur la vie personnelle et inversement.

Les praticiens des deux groupes ont en moyenne 3 enfants. Le nombre d'enfants chez les praticiens de Loire-Atlantique est de 1 à 5, mais ils sont plus nombreux à ne pas avoir d'enfants, sans doute parce qu'ils sont globalement plus jeunes. Nous ne **retrouvons pas de lien significatif entre le burnout et le nombre d'enfants sauf en association avec d'autres variables** dans l'analyse multivariée. Ainsi ce paramètre, pris isolément, n'est pas un facteur du burnout, mais il peut être un facteur aggravant s'il s'ajoute à d'autres facteurs responsables de l'épuisement professionnel. Aucune étude de la littérature n'a été faite dans ce sens.

#### 4.2.2.2. Les conditions et le temps de travail [9 ; 31 ; 77 ; 84 ; 88 ; 94]

Tous les praticiens de nos deux échantillons travaillent en libéral. Le taux de salariat dans notre enquête est de 0% dans les deux départements, contrairement aux données du conseil de l'ordre. Cette différence est sans doute liée au taux important de non réponse. Les praticiens du Loiret ont significativement ( $p=0.055$ ) moins de collaborateurs que ceux de Loire-Atlantique. Près de 65 % de ces derniers en ont plus de deux, tandis que près de la moitié des praticiens du Loiret travaillent seul (48%). Tous les sujets de Loire-Atlantique ont une assistante tandis que 15% de ceux du Loiret n'en ont pas.

Même si nous ne retrouvons pas de lien significatif entre le burnout et ces deux dernières variables, **ces conditions professionnelles plus isolées des praticiens du Loiret sont sans doute une des causes de leur degré de burnout plus élevé que leurs confrères**. Même si les collaborateurs ou les employés sont des responsabilités supplémentaires pour le professionnel de santé, elles le protègent contre l'isolement et peuvent diminuer le stress professionnel si les relations sont bonnes. Les sujets interrogés prônent la **nécessité « d'une bonne équipe »** comme dans l'étude d'E.Rigal et J.Micheau (94).

Si selon une étude néozélandaise, les facteurs de stress sont différents entre le milieu rural et le milieu urbain, nous ne retrouvons **pas de corrélation significative entre le milieu de travail et le burnout** dans notre enquête.

Selon les études de F.Pirillo (84) ou d'AA.Martinez (70), certains facteurs professionnels ont un effet protecteur sur le burnout : un rôle supplémentaire d'enseignant ou une partie de l'activité en orthodontie. Nous retrouvons ce lien significatif ( $p=0.025$ ) dans notre étude. **Les praticiens qui**

**exercent une autre fonction que celles d'omnipraticien exclusif, semblent protéger contre l'épuisement professionnel.** De plus, les praticiens ayant été atteints dans le passé s'en sont peut-être sortis grâce à une autre activité professionnelle.

Concernant leur emploi du temps, les praticiens du Loiret travaillent significativement plus que leurs confrères de Loire-Atlantique (4 jours en moyenne par semaine contre 3,4 jours) ( $p=0.017$ ). Plus de 75 % de notre échantillon du Loiret travaillent 4 jours ou plus contre 45% dans notre échantillon de Loire-Atlantique. Le rythme de travail moyen des chirurgiens-dentistes du Loiret est sensiblement plus élevé ( $p=0.043$ ) que celui de Loire-Atlantique.

Comme l'étude d'A.Puriene (88), dans notre enquête, **l'allongement du temps de travail (nombre élevé de jours travaillés  $p=0.004$ , nombre d'heures important  $p=0.003$ , peu de semaines de vacances  $p=0.014$ ) et un rythme de travail trop intense ( $p=0.07$ ) sont des facteurs de risque du burnout.** Selon les sujets interrogés, le facteur temps est un stress très présent dans la profession : « *le temps nous glisse entre les doigts comme le sable* », « *c'est un métier qui mange...* ».

A la question : « combien de jours ou d'heures travaillez-vous ? », la quasi-totalité des praticiens ont eu un temps de réflexion, ils répondent : « *je ne sais pas, je fais 9h-12h, 14h-20h...* », et me font compter leurs heures... Ces réponses montrent qu'ils ne « comptent pas leurs heures »... En moyenne, les praticiens qui sont atteints de degrés plus élevés d'épuisement professionnel travaillent plus que les autres (en nombre de jours, d'heures et en rythme de travail). Toutefois, les sujets atteints d'un niveau sévère et conscients de leur épuisement, essaient de travailler un peu moins.

En moyenne, plus le degré d'épuisement professionnel est élevé, plus les praticiens ont un rythme de travail important (4 patients par heure pour le praticien atteint d'un niveau sévère, 2.5 pour ceux atteints d'un niveau sévère mais géré, et 2.18 pour ceux qui ne sont pas touchés).

Les vacances ont également un rôle important dans l'apparition du burnout, même si selon HJ.Freudenberger (31) elles n'empêchent pas le burnout ; son degré diminue pendant celles-ci mais remonte juste après. Dans notre enquête, tous ceux qui prennent moins de 6 semaines de congés par an sont atteints par le burnout (d'un niveau léger à sévère) tandis que les sujets « échappant » au cabinet plus de 8 semaines par an ne sont pas touchés par le fléau, ou seulement par un degré léger.

Dans les deux départements, nous retrouvons des **difficultés liées au planning et à la surcharge de travail** : un praticien sur 5 est souvent en retard, et plus de 60% d'entre eux ne prennent pas le temps de faire des pauses dans leur journée de travail. Même si aucune différence

significative n'a été trouvée sur ce point entre les deux groupes, les chirurgiens-dentistes de notre échantillon du Loiret semblent avoir plus de souci d'organisation et d'emploi de temps : 18.5% n'ont plus de place du tout pour les urgences avant 1 mois (aucun en Loire-Atlantique) et 63% sont débordés contre 36% en Loire-Atlantique. Comme dans une étude britannique où le retard et la surcharge de travail (*jobstrain*) sont des sources de stress pour 2/3 des chirurgiens-dentistes, tous les praticiens atteints de niveaux sévères de burnout se sentent débordés ou plutôt débordés ( $p=0.040$ ). Tandis que seulement 10% des praticiens non touchés par l'épuisement professionnel ont ce sentiment. **Ce sentiment de surcharge de travail est alors très lié au burnout.**

En ce qui concerne la formation continue, nous pouvons penser que, grâce à la proximité d'une faculté, les praticiens de Loire-Atlantique participaient plus aux journées de formation que ceux du Loiret grâce à la proximité d'une faculté. Cette idée s'avère fautive avec 5 jours de formation par an en moyenne pour les deux groupes. Même si selon notre analyse de la littérature, la **formation continue** peut avoir un effet protecteur sur le burnout, nous ne retrouvons **pas de lien significatif dans notre enquête.**

Globalement, les conditions de travail des chirurgiens-dentistes du Loiret sont plus à risque de burnout : isolement (moins de collaborateurs et certains sans assistante), temps et surcharge de travail plus importants que celles de leurs confrères de Loire-Atlantique. Elles peuvent expliquer la différence de prévalence entre les deux groupes et confirment ainsi nos hypothèses : « Certaines caractéristiques individuelles, sociodémographiques et professionnelles influent sur le syndrome d'épuisement professionnel » et « les conditions de travail différentes d'un département à l'autre jouent un rôle sur la prévalence du burnout ». Selon nos données du conseil de l'ordre, le nombre de patients par praticien en moyenne est bien plus élevé dans le Loiret. Ainsi, les chirurgiens-dentistes de ce département, en tentant de répondre à cette demande de soins plus importante, se retrouvent régulièrement en surcharge de travail et sont alors plus à risque d'épuisement professionnel. Une bonne organisation de son emploi du temps avec des plages de repos dans la journée, dans la semaine et dans l'année, est nécessaire afin de se protéger contre le burnout.

#### 4.2.2.3. Les activités et le sommeil

[26 ; 38 ; 77]

Contrairement à une étude hollandaise où 40% des praticiens manquent d'activité physique, près de 82% des praticiens de nos deux échantillons pratiquent une activité physique et sportive (2.8h par semaine en moyenne pour les chirurgiens-dentistes du Loiret contre 1.7h pour leurs

confrères de Loire-Atlantique). Toutefois un praticien dit par exemple « *ne plus faire d'équitation à cause du cabinet* ». Le sport le plus cité est le jogging (« *c'est plus facile à pratiquer* »).

Concernant les loisirs culturels, 49% des praticiens du Loiret pratiquent une activité culturelle (2h par semaine en moyenne) mais seulement 18.2% en Loire-Atlantique (0.2h en moyenne) ( $p=0.046$ ). **La corrélation significative ( $p=0.0015$ ) retrouvée entre le temps passé à une activité culturelle et le niveau de burnout peut paraître discutable** : ceux qui pratiquent une activité culturelle plus d'une heure ont un niveau de burnout majoritairement plus élevé que ceux qui n'en font pas. Des activités culturelles plutôt intellectuelles et non reposantes comme la philosophie, l'écriture ou une activité municipale et un nombre d'heures important (un praticien par exemple joue dans un groupe de musique 6 heures par semaine) peuvent expliquer ce lien. Toutefois, ne pas pratiquer du tout d'activité culturelle peut également être un facteur de risque de burnout.

Nous avons aussi observé que les deux praticiens qui ont un lien plus ou moins direct avec le conseil de l'ordre ne sont pas atteints du tout par l'épuisement professionnel (même si aucun lien significatif n'a été trouvé). Comme les groupes « Balint », **les regroupements professionnels pourraient alors protéger contre le burnout.**

Tous les praticiens de Loire-Atlantique pratiquent des activités de détente, alors que 7.5% de leurs confrères du Loiret n'ont pas de temps à y consacrer ( $p=0.000$ ). Ils sortent en moyenne plus que ceux du Loiret (5.2 fois par mois contre 3.6 fois par mois).

Sur le plan de leur sommeil, les praticiens de Loire-Atlantique dorment sensiblement plus (en moyenne 7.3h contre 6.9h pour ceux du Loiret) même si nous ne retrouvons pas de différence significative. Par ailleurs, ils jugent globalement leur sommeil de meilleure qualité ( $p=0.000$ ) : 65% d'entre eux le jugent bon ou plutôt bon contre 55% chez les praticiens du Loiret.

Comme une étude de HL.Myers (77) où les troubles de sommeil du chirurgien-dentiste sont liés au stress au travail, **le lien entre le sommeil et le burnout est significatif dans notre enquête** ( $p=0.000$ ). 13.4% des praticiens sont en hyposomnie ou hypersomnie et 26 % jugent leur sommeil de mauvaise qualité. Ces pourcentages sont proches de ceux d'une étude hollandaise avec 14% des professionnels de santé atteints de trouble du sommeil.

Tous les praticiens qui dorment plus de 8 heures par nuit (hypersomnie) ou moins de 6 heures (hyposomnie) sont atteints par le burnout (d'un degré léger à sévère). A contrario, tous ceux qui ne sont pas touchés par l'épuisement professionnel dorment entre 6 et 8 heures par nuit. De plus, les chirurgiens-dentistes qui ont des degrés élevés de burnout ont majoritairement un sommeil de moins bonne qualité que les autres.

En synthèse, un manque ou un excès d'activité physique culturelle ou de détente, et un manque ou un excès de sommeil influent sur le syndrome d'épuisement professionnel du chirurgien-dentiste et peuvent être une des causes ou un des symptômes du burnout.

#### 4.2.2.4. Leur personnalité

Comme dans la littérature, notre enquête met en exergue des traits de personnalité typiques de notre profession : type A. Les praticiens de nos échantillons sont en majorité : **stressés** (63% dans le Loiret et 64% en Loire-Atlantique) («*je suis un grand stressé, j'arrive le matin j'ai les tripes nouées*»), **perfectionnistes ou plutôt perfectionnistes** (100% dans le Loiret et en Loire-Atlantique), **hyperactifs** (63% dans le Loiret et 54.5% en Loire-Atlantique), **avec un besoin important de reconnaissance** (70 % dans le Loiret et en Loire-Atlantique), et **un sentiment prononcé de culpabilité** (53.5% dans le Loiret et 63.7% en Loire-Atlantique). Selon la littérature, ces traits de personnalité sont des facteurs de risque d'épuisement professionnel confirmés par nos résultats.

Notre étude montre que les praticiens touchés par le burnout sont des personnes stressés en règle générale ( $p=0.009$ ). La totalité des sujets atteints d'un degré d'épuisement professionnel élevé et près de 90% des sujets atteints d'un niveau moyen sont des personnes stressées, tandis que la majorité des praticiens en bonne santé ne sont pas stressés (63%).

Les chirurgiens-dentistes atteints d'un burnout élevé ou passé, sont tous des sujets très perfectionnistes ( $p=0.059$ ). La recherche permanente de la perfection est un facteur de risque important de stress professionnel. Selon un praticien interrogé : «*la formation par l'excellence est une chance mais elle est difficile à appliquer et stressante dans un cabinet dentaire*».

A l'exception d'un praticien, les chirurgiens-dentistes avec un niveau sévère ou moyen sont à plus de **70% pessimistes ou plutôt pessimistes** tandis que tous les sujets en bonne santé sont optimistes. ( $p=0.012$ )

**Ainsi, le caractère stressé, le perfectionnisme et le pessimisme peuvent être alors considérés comme des éléments de la personnalité déclencheurs du burnout.**

Cependant, les différences entre les deux groupes sur la personnalité ne confirment pas nos hypothèses, les praticiens de Loire-Atlantique sont légèrement plus stressés ( $p=0.033$ ), légèrement plus hyperactifs ( $p=0.001$ ) et plus pessimistes ( $p=0.001$ ) que leurs confrères du Loiret. Aussi, ces différents traits de personnalité peuvent impliquer **des stratégies de coping différentes.**

Malgré les difficultés rencontrées dans la profession, « l'amour de l'art dentaire » des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique reste intact : respectivement 93% et 82% d'entre eux aiment leur profession. Même si les pourcentages diffèrent entre les deux départements ( $p=0.000$ ), seuls 2 praticiens de chaque groupe n'aiment pas leur profession. Une plus grande majorité des praticiens de Loire-Atlantique aiment leur profession (réponse oui). Cependant, près de la moitié des sujets dans les deux échantillons ne sont pas enthousiastes à venir travailler.

Au niveau des soins pratiqués, les deux groupes sont similaires. Selon un praticien interrogé : « on observe un grand écart entre ce qu'on peut faire et ce que l'on devrait faire car les contraintes physiques, psychiques et financières sont bien là : c'est le plus délicat à gérer ». Plus d'un quart des praticiens interrogés voient régulièrement une différence entre la qualité de travail souhaitée et celle obtenue. Cette différence, selon une étude hollandaise, est une grande **source d'insatisfaction professionnelle** chez les jeunes chirurgiens-dentistes. Aussi, elle peut-être une conséquence de l'apparition du burnout avec des répercussions dramatiques sur les patients : « en ce moment je suis fatigué, je fais de la m... ». Un praticien sur cinq se met également une **pression constante** en s'interdisant toute erreur et avec une obligation constante de résultats. Pareillement à une étude britannique où la gestion administrative est un facteur de stress pour plus de la moitié des praticiens britanniques, la majorité des chirurgiens-dentistes interrogés ont le sentiment de ne pas arriver à gérer le côté administratif de leur travail et « ne se sentent pas préparés à la gestion d'entreprise ». Même si ces résultats ne sont pas significativement liés à l'épuisement professionnel dans notre enquête, ils confirment les difficultés professionnelles rencontrées au cabinet dentaire. Comme pour l'enquête de J.Ginisty (35), les praticiens soulignent aussi la pression exercée sur eux par les mutuelles, les caisses d'assurance maladie et les autorités : « peur du poids des mutuelles de plus en plus important », « la dynamique de la sécu et du gouvernement est mauvaise pour le domaine de la santé ».

La question de l'accomplissement personnel et professionnelle reprise du MBI et introduisant la troisième dimension du burnout est parfois mal comprise dans les études. Dans notre enquête, tous les praticiens (à l'exception de deux d'entre eux) pensent accomplir beaucoup de choses qui en valent la peine. Ils se sentent majoritairement utiles même si parfois les demandes de plus en plus esthétiques ou les détartrages leur paraissent futiles. **Cette source d'insatisfaction professionnelle est corrélée au burnout** ( $p=0.006$ ). Excepté le praticien atteint d'un degré sévère, les « moins accomplis » sont plus touchés par l'épuisement professionnel (ou ont été touchés).

**Le sentiment d'être non respecté et mesestimé en tant que professionnel de santé joue un rôle important dans l'apparition du burnout** ( $p=0.026$ ). Tous les praticiens de Loire-Atlantique pensent recevoir assez d'estime et de respect dans leur profession, tandis que plus de 41 % de leurs confrères du Loiret n'ont pas ce sentiment ( $p=0.027$ ). Les patients des deux départements sont-ils différents ? La proximité de la faculté à Nantes incite peut-être les confrères de Loire-Atlantique à plus de rencontres, de respect et d'entraide... Les praticiens du Loiret ont tout simplement moins de temps à accorder à leurs confrères et à chacun de leurs patients ; le manque d'échanges pourrait induire un manque de respect et d'estime des patients.

Le respect et l'estime reçus en tant que professionnel de santé semble protéger contre l'épuisement professionnel : plus de 90 % des praticiens non touchés par le burnout se sentent respectés et estimés.

Sur le plan financier, malgré les différences de revenus retrouvées selon l'étude de M.Collet et D.Sicart (22) entre les deux départements (plus de 5% supplémentaires en moyenne dans le Loiret), nous ne retrouvons pas de différence significative entre les deux départements concernant leur sentiment d'être assez payé. La majorité d'entre eux (63.5% en Loire-Atlantique et 70% dans le Loiret) pensent être assez rémunérés. Toutefois, leurs commentaires contredisent un peu cette impression majoritaire : « *les soins sont sous rémunérés alors qu'ils requièrent une technologie et un niveau manuel bien plus importants que la prothèse* », « *l'endo à 80€ est un gros problème* », « *je dois 14000€ à l'URSAFF...* », « *penser rentabilité : fatigue* »... Comme dans l'étude de J.Ginisty (35) où les contraintes financières sont un « stresser » pour 41.2% des praticiens interrogés, la rentabilité reste un facteur de stress permanent chez les chirurgiens-dentistes de notre étude.

#### 4.2.2.6. Relationnel avec les patients

[26 ; 113]

Presque tous les praticiens des deux groupes ressentent quotidiennement le « désamour » de la part de leurs patients, de manière indirecte ou directe de la part de leur patient. Ils sont frustrés à cause de **l'image négative de la profession** : « *nous sommes mal perçus* », « *mal aimés* »... à tel point qu'ils ne conseillent pas ce métier à leurs enfants.

Deux tiers des chirurgiens-dentistes interrogés font régulièrement face à des formes d'irrespect ou d'incivilité et ils sont même parfois stressés ou ont peur devant certains patients (26% dans le Loiret et 45.5% en Loire-Atlantique). Même si nous n'avons trouvé **aucun lien significatif entre le relationnel avec les patients et le burnout**, ces problèmes relationnels de plus en plus fréquents (« *l'agressivité des patients : je n'avais jamais vu ça avant* », « *un seul patient peut bousiller ma journée* ») peuvent induire un **épuisement émotionnel** et la deuxième dimension : **la**

**dépersonnalisation.** Afin de faire face à ces complications relationnelles et se protéger contre le burnout, les professionnels de santé mettent en place **une stratégie de coping** : ils mettent à distance leurs patients, s'en détachent ( 63% des praticiens du Loiret contre 27 % en Loire-Atlantique) : « *Maintenant je me détache de mes patients : leur bouche c'est leur problème* », « *je deviens apathique envers mes patients* », « *c'est les patients ou moi* », « *je n'ai plus d'empathie pour les patients : c'est plus facile à gérer* ». Mais cette stratégie d'adaptation s'avère souvent inefficace, comme le montre notre étude.

#### 4.2.2.7. Entourage

[91]

La vie professionnelle d'un chirurgien-dentiste a un impact conséquent sur sa vie privée (temps, stress...) ; près de 3/4 des praticiens lituaniens se sentent nerveux à la maison à cause du stress lié au cabinet. Près de la moitié des praticiens des deux groupes se plaignent de leur travail à leur famille ou à leurs amis. Le soutien social dans la vie privée, indispensable pour le bien-être personnel du chirurgien-dentiste, est parfois difficile à trouver : « *quand je parle de mes problèmes à mes amis, ils ne comprennent pas que je puisse souffrir car je gagne de l'argent* ». Même si nous ne retrouvons pas de différence significative entre les deux groupes, les chirurgiens-dentistes du Loiret sont plus nombreux à penser que leur activité professionnelle a une influence négative sur leur vie privée (48.1%) et ont plus le sentiment de faire moins attention à leur entourage à cause de leur travail (44.4%). Cette différence peut-être liée au fait qu'ils travaillent plus en moyenne, ou que la taille de l'échantillon soit insuffisante.

Sans pouvoir établir un sens de la causalité, les praticiens atteints de niveaux élevés d'épuisement professionnel (ou d'un burnout passé) ont tous le sentiment de **faire moins attention à leur entourage** ( $p=0.023$ ) et l'impression que leur travail a une **influence négative sur leur vie privée** ( $p=0.013$ ). La majorité des sujets non touchés pensent le contraire. Le manque de temps pour l'entourage, l'activité professionnelle qui empiète sur la vie privée peuvent induire l'épuisement professionnel. Inversement, le burnout a des conséquences néfastes sur l'entourage : conflits, isolement.

#### 4.2.2.8. Santé physique

[38 ; 77]

La profession de chirurgien-dentiste est éprouvante sur le plan psychique et physique, la quasi-totalité des praticiens britanniques estiment que leur mauvaise santé est liée à leur travail. Pratiquement tous les praticiens de notre enquête se sentent fatigués physiquement après leur

journée de travail. Les conséquences des stressseurs physiques comme le bruit (1 praticien sur 3 le supporte mal) ou les positions de travail ont été régulièrement évoquées dans les conversations téléphoniques : « *je porte une protection auditive* », « *même le bruit du scialytique me gêne* », « *j'ai mal partout* », « *je vais chez l'ostéo régulièrement* ». Les praticiens du Loiret souffrent plus de douleurs en fin de journée (70%) que leurs confrères de Loire-Atlantique (36%) ( $p=0.060$ ). Même si l'air marin peut avoir une influence, les chirurgiens-dentistes de notre groupe du Loiret sont globalement plus âgés et travaillent plus. Ces douleurs peuvent être également une des conséquences d'un éventuel épuisement professionnel. Contrairement à l'étude de RC.Gorter (38), nous ne retrouvons **pas de lien significatif entre le burnout et les problèmes de santé physique**, probablement parce que les problèmes de santé touchent tous les praticiens dans notre enquête et pas seulement ceux qui sont épuisés.

Les sujets de nos deux groupes sont moins touchés par les maux de tête et les troubles gastro-intestinaux que leurs confrères britanniques.

Les chirurgiens-dentistes atteints de degrés plus élevés d'épuisement professionnel sont plus nombreux à se sentir inefficaces que les praticiens en bonne santé ( $p=0.007$ ). Comme dans la littérature, **le sentiment d'inefficacité est alors étroitement lié au burnout** et plus particulièrement à la troisième dimension. Plus le praticien est touché par le stress professionnel, plus il se sent inefficace et inversement.

#### 4.2.2.9. Comportement

[33 ; 38 ; 62 ; 77]

Une grande partie des chirurgiens-dentistes interrogés ne font pas attention et ne prennent pas soin d'eux : par exemple, 22% des praticiens du Loiret et 36% en Loire-Atlantique ne font pas attention à leur posture. Plus de la moitié des deux groupes ne prennent pas de pauses dans leur journée de travail.

Comme pour les études de RC.Gorter (38) et HL.Myers (77) montrant que le stress et l'alcool sont liés dans notre profession, des **comportements addictifs à risque** sont présents chez les praticiens des deux départements, comme stratégie d'adaptation au stress pour certains. Plus de 70% des praticiens du Loiret et 55% de la Loire-Atlantique consomment de l'alcool ; toutefois ces pourcentages sont moins élevés que chez leurs confrères britanniques. La **consommation tabagique** est la seule variable différente statistiquement ( $p=0.000$ ) entre nos deux échantillons. Les praticiens de Loire-Atlantique ne sont pas plus nombreux que ceux du Loiret à consommer du tabac, mais fument de manière plus régulière. Mais le taux de fumeurs est supérieur à celui d'une enquête britannique. Même si ce n'est pas différent statistiquement, les consommateurs d'alcool sont plus nombreux dans le Loiret ; les stratégies de coping semblent donc différentes d'un département à

l'autre. De plus, ces pourcentages peuvent être bien plus élevés en réalité dans les populations globales, car ces comportements à risque sont des défauts inavouables pour certains confrères. Ces comportements à risque sont inquiétants pour le praticien lui-même, mais aussi pour ses patients ; « *j'ai des problèmes d'alcool* ». Il aurait été intéressant de connaître les consommations plus précises.

**Le degré de burnout est plus important chez ceux qui ne font pas attention à leur équilibre hydro-alimentaire.** Dans notre étude, nous remarquons que plus le degré de burnout augmente, moins les praticiens y font attention ( $p=0.036$ ). Sans pouvoir établir un lien de cause à effet, les chirurgiens-dentistes qui ne font pas attention à leur hygiène de vie de manière générale sont plus touchés par l'épuisement professionnel.

Tous ceux qui consomment des tranquillisants, 15% dans notre échantillon du Loiret et 9% en Loire-Atlantique, sont touchés par l'épuisement professionnel. Ces pourcentages sont semblables aux études françaises récentes où 15% des praticiens en consomment en Ile de France par exemple. Sans pouvoir établir le sens de la causalité, la consommation de tranquillisants est fortement liée au degré de burnout ( $p=0.000$ ). « L'épuisement professionnel induit la consommation de tranquillisants » est malgré tout le sens le plus logique.

En bref, **le burnout est lié aux comportements à risque pour les chirurgiens-dentistes interrogés dans notre enquête (mauvaise hygiène de vie et comportements addictifs).**

#### 4.2.2.10. Santé psychique

[1 ; 72]

Concernant leur santé psychique, même si aucune différence significative n'est révélée sur ce point, les praticiens du Loiret semblent plus touchés que leurs confrères de Loire-Atlantique : ils sont plus nombreux à avoir des idées suicidaires, à se sentir malheureux et à éprouver des sensations de peur.

Les symptômes psychiques du burnout, semblables à ceux de la dépression, sont présents dans notre questionnaire. Tous sont fortement liés à l'épuisement professionnel : **la tristesse** ( $p=0.042$ ), **les sensations de peur** ( $p=0.021$ ), **le malheur** ( $p=0.028$ ), **la perte du contrôle de ses émotions** ( $p=0.06$ ) et **les idées suicidaires** ( $p=0.022$ ). Ces résultats font alors ressortir le lien complexe entre le burnout et la dépression ; comme selon l'étude de K.Ahola (1), la dépression peut être une cause de burnout, mais elle est principalement une conséquence. Ainsi plus le niveau de burnout est élevé, plus les symptômes de la dépression sont présents.

Les chirurgiens-dentistes non atteints par le burnout ne sont pas tristes sans raison. La tristesse touche les praticiens qui présentent un certain degré de burnout (surtout ceux qui ont un niveau sévère mais « géré »). Seuls les chirurgiens-dentistes qui sont atteints du syndrome d'épuisement professionnel éprouvent des sensations de peur. Les praticiens non touchés par le burnout ou à un degré léger, se sentent plus heureux que les autres. **Les moins heureux sont ceux qui ont conscience d'être atteint d'un degré de burnout sévère** (qu'ils tentent de gérer).

Les chirurgiens-dentistes non atteints par le burnout ne perdent pas, ou rarement, le contrôle de leurs émotions, contrairement aux sujets touchés et épuisés. L'épuisement professionnel peut alors induire la perte du contrôle de ses émotions ; mais, inversement, un frein constant sur ses émotions est aussi une des causes de l'épuisement émotionnel.

Nos résultats ont mis en évidence que **ceux qui ont des idées suicidaires sont tous atteints d'épuisement professionnel** (peu importe le degré). Tandis que les chirurgiens-dentistes qui ne sont pas touchés par le burnout n'y pensent pas. Le burnout est un facteur de risque important de suicide. Les chirurgiens-dentistes épuisés qui ont des idées suicidaires, « *j'ai envie de passer sous un 38 tonnes* », ont tout particulièrement besoin d'aide.

Ainsi, lors d'un degré élevé d'épuisement professionnel, les symptômes de la dépression sont bien présents et peuvent être la cause et/ou la conséquence. Ils peuvent-être en fait l'évolution de l'épuisement émotionnel des praticiens. Comme dans une étude de S.Mathias (72) où 9% des praticiens sont dépressifs, la dépression est aussi présente dans notre profession. Ses symptômes dramatiques nécessitent une prise en charge psychologique. Les chirurgiens-dentistes atteints ne doivent pas ignorer les premiers signes psychiques et ne pas avoir honte de se faire aider.

#### 4.2.2.11. Lieu de travail

[94]

Plus de la moitié des praticiens interrogés dans les deux départements (53% dans le Loiret et 54% en Loire-Atlantique) pensent que la proximité d'une faculté de chirurgie-dentaire est un avantage. L'éloignement d'un lieu de formation peut alors être un inconvénient (surtout pour les jeunes, la présence de la faculté « rassure ») mais aussi un avantage (plus de travail ?). La quasi-totalité des praticiens du Loiret ressent un manque de soignants dans leur département contre 45% en Loire-Atlantique ( $p=0.000$ ). Comme dans l'étude d'E.Rigal et J.Micheau (85), **ce problème de désert médical est un stressor supplémentaire** pour les soignants du Loiret.

Pratiquement tous les praticiens du Loiret sont satisfaits de leur lieu d'installation (9/10) ; malgré l'éloignement de la mer, de la faculté et la météorologie, ils y trouvent d'autres avantages. Les praticiens de Loire-Atlantique sont tous satisfaits de leur lieu d'exercice.

Contrairement à notre idée de départ, le lieu de travail n'a pas d'impact direct et significatif sur le burnout. **Ce sont les conditions de travail différentes d'un département à l'autre qui ont une influence sur le degré d'épuisement professionnel.** Les praticiens du Loiret, qui ressentent bien plus les problèmes de démographie médicale, sont plus atteints par le burnout que leurs confrères de Loire-Atlantique.

#### 4.2.2.12. Profil du praticien en épuisement professionnel : facteurs prédictifs les plus importants

Selon notre analyse multivariée, nous retrouvons une association de facteurs indépendants qui induit le burnout ou augmente son intensité. **Les praticiens qui présentent un risque élevé de burnout sont ceux qui présentent l'association de : traits de personnalité à risque comme le stress et le pessimisme, et qui se sentent débordés, souvent inefficaces, pas assez respectés, pas assez accomplis avec un important rythme de travail et peu de vacances.** De plus, le nombre d'enfants est lié (ceux qui ont plus de 4 enfants sont majoritairement plus touchés mais ceux qui n'en ont pas également). Ces résultats font apparaître l'influence associée de l'auto-efficacité personnelle, de la vie privée et des conditions de travail sur le degré de burnout et confirment notre hypothèse selon laquelle : « certaines caractéristiques individuelles, sociodémographiques et professionnelles influent sur le syndrome d'épuisement professionnel ».

#### 5. Quelques idées de prévention commentées

[5 ; 6 ; 10 ; 15 ; 23 ; 24 ; 26 ; 29 ; 31 ; 32 ; 39 ; 44 ; 46 ; 62 ; 65 ; 69 ; 70 ; 82 ; 104 ; 109 ; 110 ; 112 ;  
117 ; 119]

Chaque chirurgien-dentiste a émis ou proposé quelques pistes de prévention afin d'éviter le burnout. Ils ont évoqué des moyens de prévention primaire (éliminer les sources du burnout avant d'être atteint), des solutions de prévention secondaire (changement de comportement, de stratégie de coping...) ou tertiaire (traitement du burnout chez les praticiens atteints). De plus, la prévention du burnout peut être faite directement sur le praticien, ou sur l'organisation du travail ou les deux en même temps.

### *Le chirurgien-dentiste lui-même*

La base de la prévention de l'épuisement professionnel se construit autour du chirurgien-dentiste lui-même : « *il ne faut pas s'oublier et se préserver* ». Le praticien doit prendre soin de lui, s'écouter et se faire plaisir en dehors du travail : « *Nous ne sommes pas que des chirurgiens-dentistes* ». Selon une étude parmi les praticiens espagnols, « *prendre soin de soi* » est la meilleure façon de se protéger contre le burnout. Le développement de son efficacité personnelle permet d'améliorer ses défenses immunitaires, d'augmenter son estime de soi et de diminuer le burnout. Le praticien doit apprendre des techniques de gestion du stress comme la **technique de réimplantation cognitive** (en implantant une idée non stressante par exemple). Les activités de prévention auto-initiées comme le développement de meilleures stratégies de coping (...) se sont avérées efficaces chez les chirurgiens-dentistes.

### *L'entourage et les activités*

Selon M.Delbrouck (26), l'entourage familial et amical est un élément clé des mesures anti-burnout. Le chirurgien-dentiste doit garder du temps pour sa famille et ses amis : « *je dois protéger ma famille* », « *il faut trouver l'équilibre entre la famille, le sport et le cabinet* »... Les soignants doivent se détendre.

L'exercice physique diminue le stress et a un effet positif sur la santé. Le sport augmente l'efficacité personnelle perçue et permet une **meilleure combativité** face à l'épuisement. Les activités permettent de « *se changer les idées* ».

Une bonne hygiène de vie (sommeil, diminution alcool et café...) permet de diminuer le risque de burnout. Toutefois, certains chirurgiens-dentistes pensent que pour gérer le stress professionnel, « *il faut profiter de la vie* », « *un peu d'excès mais pas trop* »... Ils ont « *besoin de lâcher prise* ».

### *La formation*

La vraie prévention du burnout devrait commencer dans les études dentaires et la formation continue : « **Les futurs confrères doivent être mieux formé à la réalité extra-buccale** », « *il faut les former à la gestion et aux relations avec les patients qui sont de plus en plus difficiles* ». D'après une étude britannique, la formation à la gestion du stress est indispensable dans les études afin d'éviter l'épuisement professionnel. Le suivi des étudiants à risque devrait être obligatoire à l'aide d'une consultation tous les 6 mois chez un médecin par exemple.

### *Au cabinet*

Au cabinet, c'est la **prévention organisationnelle** qui permet de diminuer les effets du burnout à long terme. Le chirurgien-dentiste doit se créer suffisamment de temps et d'espace afin de stimuler son engagement au travail. Il doit gérer son emploi du temps avec intransigeance et savoir dire « non ». Quelques conseils donnés par les praticiens interrogés : « *donner les rendez-vous semaine après semaine* », « *pas trop travailler* », « *savoir s'arrêter* », « *régler les problèmes au jour le jour* », « *je n'ai pas d'assistante afin de gérer moi-même mon temps* »... Les pauses entre les consultations permettraient d'éviter l'épuisement professionnel : « *je prends 1 à 5 minutes de pause entre chaque patient* ».

L'environnement de travail est également important afin d'éviter le burnout : l'équipement, l'ergonomie, la décoration choisie, la musique, la vue extérieure...

Pour améliorer la gestion et le management du cabinet, le chirurgien-dentiste peut faire appel à des professionnels du « coaching » de plus en plus fréquents sur les sites internet (par exemple la Flexi-gestion de « Binhas »...) : « *j'ai fait du coaching Binhas et je ne suis plus en retard* »...

Afin de se protéger contre les incivilités des patients, « *il faut responsabiliser les patients* », « *je fais payer les rendez-vous manqués* », « *il faut savoir se débarrasser des patients enquiquinants* »...

L'utilisation du MEOPA ou de l'hypnose permet, en diminuant l'anxiété du patient et les conflits de réduire nettement le stress du chirurgien-dentiste et de le protéger contre un éventuel épuisement professionnel.

La solidarité entre confrères, parler, écouter, échanger est une bonne méthode de prévention (« *plus de formation continue et de rencontres* »). « Les rencontres entre praticiens » comme les groupes « Balint » ou la SPOM (société de psychologie odonto-stomatologique et médicale) permettent de développer **des stratégies de gestion du stress dans la relation soignant-soigné et d'augmenter son estime de soi**. De plus, « Avoir une bonne équipe : confrère, assistante, prothésiste » est primordial.

### *Quelques idées de changements dans la profession*

« *Il faut que les choses changent :* »

- « revalorisation de la NGAP », « l'augmentation des honoraires des soins diminuerait l'épuisement professionnel », « si le métier est dur, il nous faut une carotte »
- « les médias doivent améliorer notre image »
- « dentistes hygiénistes »
- « dentiste traitant »
- « responsabilisation des patients » (...)

### *Quelques méthodes*

La relaxation (par méditation, yoga,...) permet de contrôler ses émotions, son stress et limite leurs effets destructeurs : « *je fais deux séances de relaxation par semaine et je me sens mieux* ». Les étirements ou la relaxation flash (cf annexe n°4) entre deux patients permettraient d'éviter l'épuisement professionnel.

### *Technique de cohérence émotionnelle et cardiaque*

Le logiciel « symbioline » est un outil interactif et ludique d'entraînement à la cohérence cardiaque et à la cohérence émotionnelle. Le biofeedback sur la variabilité cardiaque, à l'aide des **techniques de respiration et de relaxation**, permet une augmentation de la cohérence cardiaque objectivée par les micro-capteurs d'électrocardiogramme et le logiciel. L'entraînement à la respiration par le ventre et à la gestion des émotions améliore le pourcentage de cohérence cardiaque et de cohérence émotionnelle et permet ainsi une meilleure adaptation au stress. De plus, il serait cardio-protecteur en diminuant les risques cardiaques liés au burnout.

### *Méthodes alternatives*

De nombreuses méthodes alternatives peuvent être utilisées dans la prévention ou le traitement du burnout : la méditation (se centrer sur l'instant présent...), l'aromathérapie, la luminothérapie, la musicothérapie, la médecine douce... D'après une étude sur des infirmières en état d'épuisement professionnel, six séances de musicothérapie ont diminué leur niveau de burnout et amélioré leur humeur. Les techniques de médecine chinoise ou japonaise peuvent également avoir un effet sur le niveau d'épuisement professionnel. La méthode « Reiki » par exemple a un effet sur la charge allostatique liée au burnout.

Selon une étude néozélandaise, 25% des chirurgiens-dentistes prennent des vitamines et 4% un traitement homéopathique afin de lutter contre le stress. Les suppléments nutritionnels (vitamine B, zinc...) peuvent aider à lutter contre l'épuisement des glandes surrénales.

### *Traitement ou prévention tertiaire*

« *J'ai rendez-vous chez un psychiatre spécialiste du burnout à Paris* ». Les thérapies cognitivo-comportementales (ou psychothérapie interpersonnelle...) ont pour but d'augmenter les compétences de travail, d'améliorer les stratégies de coping, d'apporter un meilleur support social et des méthodes de relaxation. Les chirurgiens-dentistes doivent apprendre à changer leur comportement et leurs habitudes de travail. Selon une étude hollandaise, ces thérapies sont efficaces chez les praticiens et diminuent leur niveau de burnout. Ces interventions sur l'individu ont

montré une significative réduction du burnout dans 80% des cas. Des traitements médicamenteux peuvent parfois être utilisés.

Dans le traitement du syndrome d'épuisement professionnel, l'arrêt de travail est souvent nécessaire. Toutefois, même si les vacances sont nécessaires, elles ne suffisent pas pour empêcher l'épuisement professionnel. D'après HJ.Freudenberger (31), le niveau de burnout diminue pendant les vacances mais remonte juste après.

## 6. Conclusion de notre enquête

[46 ; 51 ; 76 ; 77 ; 92 ; 106]

Tout d'abord, la durée de certaines conversations téléphoniques (jusqu'à 47 minutes...) montre que les chirurgiens-dentistes ont besoin de parler et d'être écoutés. Même si ce rôle d'écoute était assez inattendu pour moi, cette expérience a été très enrichissante et m'a permis d'établir un premier contact avec des futurs confrères débordés...

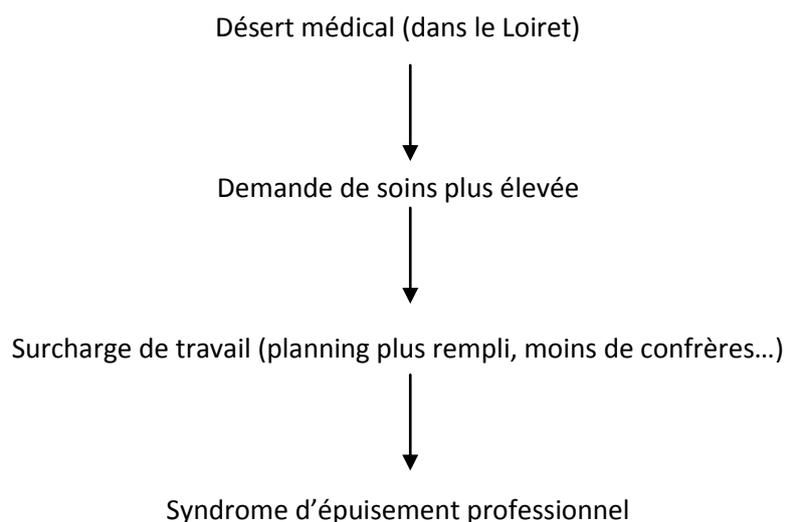
Les commentaires des chirurgiens-dentistes interrogés sont le reflet de mon analyse de la littérature. Le syndrome d'épuisement professionnel est présent au quotidien dans leur travail ; soit ils le ressentent eux-mêmes : « *je pète les plombs* », « *je n'en peux plus* », soit ils le perçoivent chez les confrères : « *je connais beaucoup de confrères qui pètent les plombs* », et même leurs assistantes le ressentent : « *c'est tout à fait lui* »... De plus, les réponses à nos questions ouvertes font ressortir les mêmes principaux facteurs de stress de la dentisterie que ceux retrouvés dans la littérature, ainsi que les inquiétudes des soignants. Comme dans une étude britannique et une autre danoise, dans le Loiret, le manque de temps ou le surmenage est le facteur de stress le plus important pour 30% des praticiens interrogés. L'agressivité des patients vient en deuxième position avec 26% des répondants. Nous retrouvons ces deux facteurs de stress chez les chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique. Les autres facteurs de stress cités sont (par ordre décroissant) la gestion administrative, la différence entre le résultat escompté et le résultat réel, la démographie, la chirurgie, et le fait de ne pas avoir le droit à l'erreur. En Loire-Atlantique, nous retrouvons un facteur de stress supplémentaire : la rentabilité.

Presque tous les praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique voient en noir leur avenir et celui de la profession à cause des problèmes liés à la démographie et à la sécurité sociale. Les plus âgés ne pensent plus qu'à la retraite : « *encore 15 ans à tirer* ». Dans notre enquête comme dans une étude britannique où 45% des praticiens sont anxieux, ces facteurs de stress et d'inquiétude peuvent être des causes parmi d'autres du burnout. Ce sentiment d'inquiétude face à l'avenir est un phénomène préoccupant pour la profession.

Nos échantillons étant faibles et plus ou moins représentatifs, l'extrapolation de nos données peut paraître hasardeuse. Toutefois, ils ont les mêmes tendances que leurs populations cibles respectives. Selon notre enquête comparative, les praticiens du Loiret sont nettement plus touchés par le burnout que leurs confrères de Loire-Atlantique et la prévalence est bien au-dessus d'autres données de la littérature, contredisant notre première hypothèse.

Les variables fortement liées à l'épuisement professionnel confirment nos hypothèses de travail. Des caractéristiques sociodémographiques comme le célibat, ou des traits de personnalité comme le stress, le pessimisme ou le perfectionnisme sont des facteurs de risque de burnout. Les chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique ont sans doute de meilleures conditions de travail (ou tout simplement moins de travail), bien différentes de celles de leurs confrères du Loiret, qui semblent donc mieux les protéger d'un éventuel burnout : ils travaillent moins, ont un rythme de travail moins élevé, plus de collaborateurs avec qui échanger, se sentent plus respectés et estimés, et même si ce n'est pas lié significativement au burnout, ils ressentent moins les problèmes démographiques. A tort, nous pensions que l'impact de la présence d'une faculté et de la mer serait plus fort, mais c'est surtout l'impact du désert médical qui fait ressortir les différences entre les deux départements. Ce **problème de démographie médicale** qui entraîne un planning trop chargé et difficilement géré est sans doute la principale cause de burnout.

En résumé :



Nous retrouvons aussi certains facteurs protecteurs comme l'exercice d'une autre fonction que celle d'omnipraticien, la pratique d'activités plutôt reposantes, une bonne hygiène de vie (sommeil de bonne qualité et entre 6 et 8 heures par nuit...).

Les stratégies de coping présentes dans la littérature se retrouvent dans notre enquête avec des conséquences sur les patients, l'entourage et le professionnel lui-même. Les chirurgiens-dentistes « en difficulté » tentent de se détacher de leurs patients pour se protéger et deviennent inefficaces au travail. Leur vie professionnelle pèse sur leur vie privée. Enfin, les conséquences sur leur santé psychique avec la consommation de tranquillisants, l'apparition de symptômes anxio-dépressifs et notamment d'idées suicidaires, sont très préoccupantes et peuvent être dramatiques.

Le premier objectif de la prévention ou du traitement du burnout est la prise de conscience et la reconnaissance de ses propres symptômes par le praticien atteint, ce que nous avons tenté de faire avec cette enquête. Aux Pays-Bas, un thermomètre du stress a été mis en place sur internet afin que les chirurgiens-dentistes puissent eux-mêmes évaluer leur stress professionnel. Cette méthode permet au praticien de prendre connaissance de son degré de stress et pourrait être mise en place en France. Il faut s'occuper de ces praticiens en détresse qui ont honte de parler de leur épuisement, par crainte de passer pour des mauvais soignants.

Enfin, notre étude nous a permis d'établir des liens significatifs entre certaines variables et le burnout ; nous retrouvons les traits principaux de chaque dimension. Il aurait été intéressant de chercher d'autres corrélations de certaines variables entre-elles (par exemple un lien entre la santé psychique du praticien et ses conditions de travail). De plus, une étude longitudinale serait nécessaire afin d'établir le sens de cause à effet entre les variables et le syndrome d'épuisement professionnel.

En définitive, nous entrons dans une nouvelle ère où les professionnels de santé sont de moins en moins reconnus et de moins en moins respectés. Les médias ont un rôle majeur sur l'image négative des chirurgiens-dentistes. Malgré les avantages de cette profession médicale (statut social, peu de gardes, finances...), le syndrome d'épuisement professionnel peut guetter tous les praticiens. La complexité de la relation soignant-soigné est encore plus présente dans notre domaine de soins ; le chirurgien-dentiste est mal-aimé et les soins dentaires font encore peur de nos jours.

Le burnout est un phénomène multifactoriel, tant sur le plan individuel que professionnel. Des caractéristiques sociodémographiques et des traits de personnalité à risque, des conditions de travail difficiles et des comportements addictifs sont tous des facteurs susceptibles de provoquer le burnout.

Le stress chronique a des conséquences néfastes sur la santé psychique, physique et comportementale du chirurgien-dentiste. De plus, les stratégies de coping peuvent être dangereuses pour ses patients (retrait psychologique...), son entourage et lui-même (suicide...).

Nous souhaitons que cette étude puisse contribuer à une meilleure compréhension des facteurs intervenant dans le syndrome d'épuisement professionnel du chirurgien-dentiste afin de mieux le prévenir et éviter ses conséquences dramatiques, dès la formation des futurs confrères. Malgré les difficultés de mesure du niveau de burnout, les résultats de notre enquête confirment la gravité de ce problème et les différences démographiques. Notre enquête incitera peut-être de nouvelles études avec des niveaux de preuve plus élevés et dans d'autres départements.

La prévention du burnout est primordiale non seulement pour les chirurgiens-dentistes qui sont affectés ou en danger, mais aussi pour prévenir les risques sur les patients et sur l'impact économique et financier. Plusieurs solutions peuvent être prises ; dans un premier temps, le professionnel de santé doit prendre soin de lui, avoir une bonne hygiène de vie, connaître et écouter ses limites, s'affirmer et prendre confiance en lui. La bonne gestion de son temps de travail est également indispensable.

Afin de lutter contre le burnout, le chirurgien-dentiste doit tout simplement être heureux de sa vie personnelle et professionnelle.

D'après les médias français, une clinique faite pour les médecins généralistes atteints de burnout aurait été construite. Un numéro d'aide a été mis en place par l'association d'aide aux professions médicales libérales pour les médecins, mais les chirurgiens-dentistes peuvent aussi l'utiliser : 0826 004 580. Ce numéro est ouvert 24 heures/24 et 7 jours/7. Avec ces dispositions, la France commence à prendre en compte le mal-être de ses soignants et il faut faire bien plus.

*En conclusion, chers confrères, prenons soin de nos patients et aussi de nos amis, de notre famille et de nous...*

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **AHOLA K et HAKANEN J.**  
Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists.  
J Affect Disord 2007;**104**(1/3):103-110.
2. **AHOLA K, VAANANEN A, KOSKINEN A et coll.**  
Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study.  
J Psychosom Res 2010;**69**(1):51-57.
3. **ALEXANDER RE.**  
Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore?  
J Am Dent Assoc 2001;**132**(6):786-794.
4. **ASSOCIATION D'AIDE PROFESSIONNELLE AUX MEDECINS LIBERAUX.**  
Le réseau d'aide aux médecins libéraux.  
<http://www.aapml.fr/>
5. **ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE.**  
Espace presse.  
<http://www.adf.asso.fr/fr/>
6. **AWA WL, PLAUMANN M et WALTER U.**  
Burnout prevention: a review of intervention programs.  
Patient Educ Couns 2010;**78**(2):184-190.
7. **AYATOLLAHI J, AYATOLLAHI F, ARDEKANI AM et coll.**  
Occupational hazards to dental staff.  
Dent Res J (Isfahan) 2012;**9**(1):2-7.
8. **AYERS KM, THOMSON WM, RICH AM et coll.**  
Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction.  
J Dent 2008;**36**(5):343-350.
9. **AYERS KM, THOMSON WM, NEWTON JT et coll.**  
Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies.  
Occup Med (Lond) 2008;**58**(4):275-281.
10. **AYERS KM, THOMSON WM, NEWTON JT et coll.**  
Self-reported occupational health of general dental practitioners.  
Occup Med (Lond) 2009;**59**(3):142-148.
11. **BAGROS P et DE TOFFOL B.**  
Introduction aux sciences humaines en médecine.  
Paris : Ellipses, 2001.

12. **BAGROS P, LE FAOU AL, LEMOINE M et coll.**  
ABCDaire des sciences humaines en médecine  
Paris : Ellipses, 2004.
13. **BANDURA A. (LECOMTE J)**  
Auto-efficacité.  
Bruxelles : De Boeck, 2003.
14. **BARAN RB.**  
Myers Briggs Type Indicator, burnout, and satisfaction in Illinois dentists.  
Gen Dent 2005;**53**(3):228-234; quiz 235.
15. **BITTMAN BB, SNYDER C, BRUHN KT et coll.**  
Recreational music-making: an integrative group intervention for reducing burnout and improving mood states in first year associate degree nursing students: insights and economic impact.  
Int J Nurs Educ Scholarsh 2004;**1**:12.
16. **BLANCHARD P, TRUCHOT D, ALBIGES-SAUVIN L et coll.**  
Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study  
Eur J Cancer 2010;**46**(15):2708-2715.
17. **BROWN J, BURKE FJ, MACDONALD EB et coll.**  
Dental practitioners and ill health retirement: causes, outcomes and re-employment.  
Br Dent J 2010;**209**(5):E7.
18. **BUGEL P.**  
Le burnout.  
Santé Conjuguée 2005;**32**:33-36.
19. **CAMPOS JA, JORDANI PC, ZUCOLOTO ML et coll.**  
Burnout syndrome among dental students.  
Rev Bras Epidemiol 2012;**15**(1):155-165.
20. **CENTRE D'ETUDES SUR LE STRESS HUMAIN.**  
Stress et vous.  
<http://www.stresshumain.ca/>
21. **COHEN S, KAMARCK T et MERMELSTEIN R.**  
A global measure of perceived stress.  
J Health Soc Behav 1983;**24**(4):385-396.
22. **COLLET M et SICART D.**  
La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 - Un exercice de projection au niveau national.  
Études et Résultats n° 595,2007.  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-chirurgiens-dentistes-a-l-horizon-2030-un-exercice-de-projection-au-niveau-national,4423.html>

23. **CONFEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRE.**  
Actualité.  
<http://www.cnsd.fr/>
24. **CURSOUX P, LEHUCHER-MICHEL MP, MARCHETTI H et coll.**  
Syndrome de burnout : un « vrai » facteur de risque cardiovasculaire.  
Presse Méd 2012;**41**(11):1056-1063.
25. **DANHOF-PONT MB, VAN VEEN T et ZITMAN FG.**  
Biomarkers in burnout: a systematic review.  
J Psychosom Res 2011;**70**(6):505-524.
26. **DELBROUCK M.**  
Le burnout du soignant.  
Bruxelles : De boeck, Larcier, 2003.
27. **DENTON DA, NEWTON JT et BOWER EJ.**  
Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom.  
Br Dent J 2008;**205**(7):E13; discussion 382-383.
28. **DE VENDE W, OLFF M, VAN AMSTERDAM JG et coll.**  
Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses.  
Occup Environ Med 2003;**60**(1):i54-61.
29. **DIAS-RODRIGUEZ L, ARROYO-MORALES M, FERNANDEZ-DE-LA-PENAS C et coll.**  
Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout.  
Biol Res Nurs 2011;**13**(4):376-382.
30. **DIVARIS K, POLYCHRONOPOULOU A, TAOUFIK K et coll.**  
Stress and burnout in postgraduate dental education.  
Eur J Dent Educ 2012;**16**(1):35-42.
31. **FREUDENBERGER HJ.**  
Staff burnout.  
J Soc Sci 1974;**30**:159-165.
32. **FREY R.**  
Quand le syndrome de l'épuisement professionnel entraîne une dysthymie.  
J Can Dent Assoc 2000;**66**:33-34.
33. **GAL D.**  
Le syndrome d'épuisement professionnel chez le chirurgien dentiste en île de France.  
Thèse : Odontologie, Paris 7, 2008.
34. **GARROSA E, MORENO-JIMENEZ B, RODRIGUEZ-MUNOZ A et RODRIGUEZ-CARVAJAL R.**  
Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement.  
Int J Nurs Studies 2011;**48**(4):479-489.

- 35. GINISTY J.**  
Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles des chirurgiens-dentistes.  
Bull Acad Natle Chir Dent 2002;**45**(4):107-113.
- 36. GORTER RC, ALBRECHT G, HOOGSTRATEN J et coll.**  
Measuring work stress among Dutch dentists.  
Int Dent J 1999;**49**(3):144-152.
- 37. GORTER RC, ALBRECHT G, HOOGSTRATEN J et coll.**  
Professional burnout among Dutch dentists.  
Community Dent Oral Epidemiol 1999;**27**(2):109-116.
- 38. GORTER RC, EIJKMAN MA et HOOGSTRATEN J.**  
Burnout and health among Dutch dentists.  
Eur J Oral Sci 2000;**108**(4):261-267.
- 39. GORTER RC, EIJKMAN MA et HOOGSTRATEN J.**  
A career counseling program for dentists: effects on burnout.  
Patient Educ Couns 2001;**43**(1):23-30.
- 40. GORTER RC, BLEEKER JC et FREEMAN R.**  
Dental nurses on perceived gender differences in their dentist's communication and interaction style.  
Br Dent J 2006;**201**(3):159-164; quiz 172.
- 41. GORTER RC, TE BRAKE JH, EIJKMAN MA et coll.**  
Job resources in Dutch dental practice.  
Int Dent J 2006;**56**(1):22-28.
- 42. GORTER RC, STORM MK, TE BRAKE JH et coll.**  
Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists.  
Int Dent J 2007;**57**(4):279-285.
- 43. GORTER RC, FREEMAN R, HAMMEN S et coll.**  
Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools.  
Eur J Dent Educ 2008;**12**(2):61-68.
- 44. GORTER RC, TE BRAKE JH, HOOGSTRATEN J et EIJKMAN MA**  
Positive engagement and job resources in dental practice.  
Community Dent Oral Epidemiol 2008;**36**(1):47-54.
- 45. GORTER RC et FREEMAN R.**  
Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland.  
Community Dent Oral Epidemiol 2011;**39**(1):87-95.
- 46. GREBOT E.**  
Stress et burnout au travail.  
Paris : Eyrolles, 2008.

- 47. GROSSI G, PERSKI A, EKSTEDT M et coll.**  
The morning salivary cortisol response in burnout.  
J Psychosom Res 2005;**59**(2):103-111.
- 48. GUERITAUULT-CHALVIN V et COOPER C.**  
Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte rendu de la littérature.  
J Théor Comportement Cognitive 2004;**14**(2):59-70.
- 49. HAKANEN JJ et SCHAUFELI WB.**  
Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study.  
J Affect Disord 2012;**141**(2/3):415-424.
- 50. HAWTON K, AGERBO E, SIMKIN S et coll.**  
Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers.  
J Affect Disord 2011; **134**(1/3):320-326.
- 51. HILL KB, BURKE FJ, BROWN J et coll.**  
Dental practitioners and ill health retirement: a qualitative investigation into the causes and effects.  
Br Dent J 2010;**209**(5):E8.
- 52. HUMPHRIS G, LILLEY J, KANEY S et coll.**  
Burnout and stress-related factors among junior staff of three dental hospital specialties.  
Br Dent J 1997;**183**(1):15-21.
- 53. HUMPHRIS G.**  
A review of burnout in dentists.  
Dent Update 1998;**25**(9):392-396.
- 54. HUMPHRIS GM, FREEMAN R, CAMPBELL J et coll.**  
Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale.  
Int Dent J 2000;**50**(6):367-370.
- 55. HUMPHRIS G, BLINKHORN A, FREEMAN R et coll.**  
Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools.  
Eur J Dent Educ 2002;**6**(1):22-29.
- 56. INNOCENTE JJ.**  
Le stress professionnel et le burnout chez les chirurgiens-dentistes. Rôle de certaines caractéristiques personnelles et contextuelles dans l'ajustement au stress professionnel : une étude longitudinale et comparative entre la France et le Brésil.  
Thèse : Psychologie, Bordeaux, 2010.
- 57. INRS**  
Santé et sécurité au travail.  
<http://www.inrs.fr>

- 58. INSERM**  
Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants.  
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Sommaire.html>
- 59. JARRY C.**  
Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire.  
Thèse : Médecine, Tours, 2003.
- 60. JOSSE E.**  
Le burn-in et le burn-out.  
<http://www.resilience-psy.com/spip.php?article101>
- 61. JUSTER RP, SINDI S, MARIN MF et coll.**  
A clinical allostatic load index is associated with burnout symptoms and hypocortisolemic profiles in healthy workers.  
Psychoneuroendocrinology 2011;**36**(6):797-805.
- 62. KAY EJ et LOWE JC.**  
A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005.  
Br Dent J 2008;**204**(11):E19;discussion 622-623.
- 63. KENNA GA et WOOD MD.**  
The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use and problems among dentists.  
J Am Dent Assoc 2005;**136**(7):1023-1032.
- 64. KORCZAK D, HUBER B et KISTER C.**  
Differential diagnostic of the burnout syndrome.  
GMS Health Technol Assess 2010;**6**:Doc09.
- 65. KORCZAK D, WASTIAN M et SCHNEIDER M.**  
Therapy of the burnout syndrome.  
GMS Health Technol Assess 2012;**8**:Doc05.
- 66. LEGENDRE N.**  
Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes.  
Etudes et résultats, 2006, DREES 501.  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-revenus-liberaux-des-chirurgiens-dentistes,4482.html>
- 67. LESAGE FX et CHAMOIX A.**  
Utilisation de l'échelle visuelle analogique EVA dans l'évaluation du stress au travail : limites et perspectives. Revue de la littérature.  
Arch Mal Prof Env 2008;**69**(5):667-671.
- 68. LEWIN JE et SAGER JK.**  
A process model of burnout among salespeople: Some new thoughts Original Research Article.  
J Business Res 2007;**60**(12):1216-1224.
- 69. LIMAM Leïla**  
Co-incidences : développer les compétences.  
<http://www.co-incidences-net.com/>

- 70. MARTINEZ AA, AYLES LB et ESCODA CG.**  
The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona.  
Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008;**13**(7):E444-450.
- 71. MASLACH C, SCHAUFELI WB et LEITER MP.**  
Job burnout.  
Annu Rev Psychol 2001;**52**:397-422.
- 72. MATHIAS S, KOERBER A, FADAVI S et coll.**  
Specialty and sex as predictors of depression in dentists.  
J Am Dent Assoc 2005;**136**(10):1388-1395.
- 73. MISSIKA P et RAHAL B.**  
Droit et chirurgie dentaire Prévention, expertises et litiges.  
Paris : CDP, 2006.
- 74. MONTERO-MARIN J et GARCIA-CAMPAYO J.**  
A newer and broader definition of burnout: validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)".  
BMC Public Health 2010;**10**:302.
- 75. MONTERO-MARIN J, MONTICELLI F, CASAS M et coll.**  
Burnout syndrome among dental students: a short version of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" adapted for students (BCSQ-12-SS).  
BMC Med Educ 2011;**11**:103.
- 76. MOORE R et BRØDSGAARD I.**  
Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients.  
Community Dent Oral Epidemiol 2001;**29**(1):73-80.
- 77. MYERS HL et MYERS LB.**  
'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner.  
Br Dent J 2004;**197**(2):89-93; discussion 83; quiz 100-101.
- 78. ORDRE NATIONAL DES CHIRUGIENS-DENTISTES.**  
Informations professionnelles.  
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>
- 79. ORECHIA MA.**  
Epuisement professionnel (burnout) des chirurgiens-dentistes : évaluation chez les praticiens de la Haute-Garonne.  
Thèse : Odontologie, Toulouse, 2008.
- 80. OSBORNE D et CROUCHER R.**  
Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England.  
Br Dent J 1994;**177**(10):372-377.
- 81. PEREZ-PADRON M, BERNABE E, GOMEZ-SANTOS G et coll.**  
Healthy mind and body in a healthy work environment.  
Int Dent J 2010;**60**(6):395-398.

- 82. PERREWE PL, HOCHWARTER WA, ROSSI AM et WALLACE A.**  
Are work stress relationships universal? A nine-region examination of role stressors, general self-efficacy, and burnout.  
J Int Management 2002;**8**(2):163-187.
- 83. PETERSEN MR et BURNETT CA.**  
The suicide mortality of working physicians and dentists.  
Occup Med (Lond). 2008;**58**(1):25-29.
- 84. PIRILLO F, CARACCILO S et SICILIANI G.**  
The orthodontist burnout.  
Prog Orthod 2011;**12**(1):17-30.
- 85. PRINZ P, HERTRICH K, HIRSCHFELDER U et coll.**  
Burnout, depression and depersonalisation – Psychological factors and coping strategies in dental and medical students.  
GMS Z Med Ausbild 2012;**29**(1):Doc10.
- 86. PURIENE A, JANULYTE V, MUSTEIKYTE M et coll.**  
General health of dentists.Literature review.  
Stomatologija 2007;**9**(1):10-20.
- 87. PURIENE A, ALEKSEJUNIENE J, PETRAUSKIENE J et coll.**  
Occupational hazards of dental profession to psychological wellbeing.  
Stomatologija 2007;**9**(3):72-78.
- 88. PURIENE A, ALEKSEJUNIENE J, PETRAUSKIENE J et coll.**  
Self-perceived mental health and job satisfaction among Lithuanian dentists.  
Ind Health 2008;**46**(3):247-252.
- 89. PURIENE A, ALEKSEJUNIENE J, PETRAUSKIENE J et coll.**  
Self-reported occupational health issues among Lithuanian dentists.  
Ind Health 2008;**46**(4):369-374.
- 90. PURIENE A, BALCIUNIENE I et DROBNYS P.**  
Who is thought to be a "reliable dentist"? - Lithuanian dentists' opinion.  
Stomatologija 2008;**10**(3):83-88.
- 91. PURIENE A, ALEKSEJUNIENE J, PETRAUSKIENE J et coll.**  
Occupational effects on the family well-being of dentists in Lithuania: a survey of dentists.  
Medicina (Kaunas) 2011;**47**(7):399-404.
- 92. RAMSEIER CA et WOLF CA.**  
The image of dentistry. Part 2: The ideal dentist.  
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2012;**122**(3):219-229.
- 93. RICE CD, HAYDEN WJ, GLAROS AG et coll.**  
Career changers: dentists who choose to leave private practice.  
J Am Coll Dent 1997;**64**(1):20-26.

- 94. RIGAL E et MICHEAU J.**  
Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions  
Plein sens. 2007.  
<http://www.sante.gouv.fr/le-metier-de-chirurgien-dentiste-caracteristiques-actuelles-et-evolutions.html>
- 95. RUSSEL E, KOREN G, RIEDER M et coll.**  
Hair cortisol as a biological marker of chronic stress: Current status, future directions and unanswered questions.  
Psychoneuroendocrinology 2012;**37**(5):589-601.
- 96. RUTTER H, HERZBERG J et PAICE E.**  
Stress in doctors and dentists who teach.  
Med Educ 2002;**36**(6):543-549.
- 97. SANCHO FM et RUIZ CN.**  
Risk of suicide amongst dentists: myth or reality?  
Int Dent J 2010;**60**(6):411-418.
- 98. SAYEGH GHOUSSOUB M, GHOUSSOUB K, MOUCHARRAFIEH L et coll.**  
Musculo-skeletal problems among Lebanese dental surgeons. Occurrence and risk factors.  
J Med Liban 2005;**53**(1):21-27.
- 99. SCHAUFELI WB, BAKKER AB, HOOGRUIN K et coll.**  
On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure.  
Psychol Health 2001;**16**(5):565-582.
- 100. SCHAUFELI WB, LEITER MP et MASLACH C.**  
Burnout: 35 years of research and practice.  
Career Dev Int 2009;**14**:204-220.
- 101. SHANG TF, CHEN PC et WANG JD.**  
Mortality among dentists in Taiwan, 1985-2009.  
J Formos Med Assoc 2012;**111**(10):567-571.
- 102. SHARMA P et GOLCHHA V.**  
Awareness among Indian dentist regarding the role of physical activity in prevention of work related musculoskeletal disorders.  
Indian J Dent Res 2011;**22**(3):381-384.
- 103. SINTES JR.**  
Le stress : une réalité qui demande d'agir.  
Réal Clin 2007;**18**:83-96.
- 104. SYMBIOFI.**  
Innovative solutions for stress.  
<http://www.symbiofi.com/>
- 105. TE BRAKE H, BLOEMENDAL E et HOOGRUIN J.**  
Gender differences in burnout among Dutch dentists.  
Community Dent Oral Epidemiol 2003;**31**(5):321-327.

- 106. TE BRAKE H, EIJKMAN M, HOOGSTRATEN J et GORTER R.**  
Dentists' self assessment of burnout: an internet feedback tool.  
Int Dent J 2005;**55**(3):119-126.
- 107. TE BRAKE JH, BOUMAN AM, GORTER RC et coll.**  
Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: burnout measurement and trends.  
Community Dent Oral Epidemiol 2008;**36**(1):69-75.
- 108. TE BRAKE H, SMITS N, WICHERTS JM et coll.**  
Burnout development among dentists: a longitudinal study.  
Eur J Oral Sci 2008;**116**(6):545-551.
- 109. THE WEALTHY DENTIST.**  
Dental Marketing.  
<http://thewealthydentist.com/>
- 110. THÉRY-HUGLY MC.**  
Le burn out n'est pas une fatalité.  
Inf Dent 2008;**90**(38):2175-2185.
- 111. TOUSSAINT M.**  
Démasquez votre stress : mieux vaut prévenir que guérir.  
Cah ADF 2000;**7**:12-17.
- 112. TRUCHOT D.**  
Épuisement professionnel et Burnout : concepts, modèles et interventions.  
Paris : Dunod, 2004.
- 113. TRUCHOT D.**  
Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire.  
Ann Médico-psychol, Rev Psychiat 2009;**167**(6):422-428.
- 114. TRUCHOT D, RONCARI N et BANTEGNIE D.**  
Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire.  
Encéphale 2011;**37**(1):48-53.
- 115. UFSBD.**  
Dentiste Pro.  
<http://www.dentistepro.fr/>
- 116. VAQUIN-VILLEMINEY C.**  
Prévalence du burnout en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles.  
Thèse : Médecine, Paris 5, 2007.
- 117. VIROT C.**  
Intérêt de l'hypnose dans la prévention du burnout en chirurgie dentaire.  
Chir Dent Fr 2010;1452.  
<http://pdf.emergences-rennes.com/articles/hypnose-et-burn-out-dentaire-final.pdf>

- 118. WEBER A et JAEKEL-REINHARD A.**  
Burnout syndrome: a disease of modern societies?  
Occup Med (Lond) 2000;**50**(7):512-517.
- 119. WILSON JL.**  
L'adrénaline trop c'est trop.  
Montebello: Editions Le Mieux Etre, 2006.
- 120. WINWOOD PC, WINFIELD AH et LUSHINGTON K.**  
The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: a study of South Australian general dental practitioners.  
Aust Dent J 2003;**48**(2):102-109.

## Annexes

### Annexe n°1: Les items du MBI validé et traduit en français par G.Dion et R.Tessier en 1994

ITEMS
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades
8. Je sens que je craque à cause de mon travail
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
12. Je me sens plein(e) d'énergie
13. Je me sens frustré(e)
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes malades
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
20. Je me sens au bout du rouleau
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

## Perceived Stress Scale

The questions in this scale ask you about your feelings and thoughts **during the last month**. In each case, you will be asked to indicate by circling *how often* you felt or thought a certain way.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Gender (Circle): **M** **F** Other \_\_\_\_\_

**0 = Never    1 = Almost Never    2 = Sometimes    3 = Fairly Often    4 = Very Often**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. In the last month, how often have you been upset because of something that happened unexpectedly? .....                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. In the last month, how often have you felt that you were unable to control the important things in your life? .....     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. In the last month, how often have you felt nervous and "stressed"? .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. In the last month, how often have you felt confident about your ability to handle your personal problems? .....         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. In the last month, how often have you felt that things were going your way? .....                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. In the last month, how often have you found that you could not cope with all the things that you had to do? .....       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. In the last month, how often have you been able to control irritations in your life? .....                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. In the last month, how often have you felt that you were on top of things? ..   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. In the last month, how often have you been angered because of things that were outside of your control? .....           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. In the last month, how often have you felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them? ..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Please feel free to use the *Perceived Stress Scale* for your research.

### Annexe n°3 : le questionnaire de notre enquête

" Vous vous sentez épuisé au niveau émotionnel et/ou physique , vous avez le sentiment que vos patients sont plus des problèmes que des sources de relation humaine enrichissante , vous n'êtes plus enthousiaste à venir travailler et à travailler, vous n'avez plus de motivation sur le plan professionnel, vous êtes au bord de l'implosion de vous-même" : selon cette définition des symptômes du burnout:

- 1- c'est tout à fait vous, vous êtes en plein burnout! (burnout sévère)
- 2- vous vous reconnaissez dans la plupart de ces symptômes mais vous avez le sentiment d'arriver à prendre sur vous. (burnout sévère mais géré)
- 3- vous vous reconnaissez dans un ou deux de ces symptômes régulièrement. (burnout moyen)
- 4- vous vous reconnaissez dans un de ces symptômes parfois ou de temps en temps. (burnout léger)
- 5- ce n'est pas vous du tout, vous êtes en pleine forme! (pas de burnout)
- 6- vous avez déjà connu ces symptômes, mais plus maintenant vous vous en êtes sorti. (burnout passé)

(cette évaluation du burnout a été réalisée en ces termes dans la majorité des cas et parfois remaniée en fonction des questions et de l'intérêt des praticiens)

#### (\*Profil) :

1. Etes-vous un homme, une femme ? ( la question n'a pas été posée connaissant déjà la réponse à l'aide du prénom ou de la voix)
2. Quel est votre âge ?
3. Etes –vous célibataire, en couple, marié(e) ou divorcé(e) ?
4. Avez-vous des enfants ? Combien ?

Nous allons parler de vos \*conditions de travail :

5. Etes-vous seul, en collaboration libérale ou salariée, en maison médicale ou autre ? (nb de collaborateurs ?)
6. Avez-vous une assistante ?
7. Etes-vous en milieu rural, mixte ou urbain ?
8. Avez-vous une fonction d'enseignement ou autre ?

\*Votre temps de travail :

9. Combien de jours travaillez-vous par semaine ?
10. Combien d'heures travaillez-vous par jour ?
11. Combien voyez-vous de patients par heure ?
12. Quand avez-vous commencé votre exercice professionnel ?
13. Combien prenez-vous de semaines de vacances par an ?
14. Combien faites-vous de journées de formation par an ?

\*Vos loisirs

15. Pratiquez-vous une activité sportive, culturelle ou autre ?  
Laquelle ? (Lesquelles ?) (si sport : en loisir ou en compétition ?)  
- Combien de temps y consacrez-vous par semaine ?
16. Prenez-vous le temps de pratiquer des activités de détente comme « lire un roman, regarder la télévision, écouter de la musique... » ? Combien de temps par semaine ?

(\*Votre vie sociale):

17. Combien de fois sortez-vous avec votre conjoint, votre famille ou vos amis par mois ?

\*Votre sommeil :

18. Combien d'heures dormez-vous par nuit ?

19. Comment jugez-vous votre sommeil ? (bon, agité, non réparateur...)

Pour le reste du questionnaire, vous pouvez me répondre par oui, non, plutôt oui, plutôt non, sans réponse ou par un adverbe de temps quand cela s'y prête,

\*Nous allons parler de votre personnalité : en règle générale,

20. Etes-vous une personne facilement stressée ?

21. Etes-vous quelqu'un de perfectionniste ?

22. Etes-vous de nature optimiste ?

23. Avez-vous le sentiment d'avoir besoin de reconnaissance ?

24. Pouvez-vous rester assis(e) sans rien faire ?

25. Culpabilisez-vous facilement ?

26. Avez-vous un bon contact relationnel ?

27. Aimez-vous votre profession ?

\*Dans votre cabinet : (*intérêt professionnel*)

28. Peut-on obtenir un rendez-vous avant un mois ?

29. Vous-sentez-vous débordé(e) ?

30. Pensez-vous être assez payé(e) surtout pour ce que l'on exige de vous ?

31. Avez-vous le sentiment d'arriver à gérer parfaitement à la fois tout le côté médical et le côté administratif du cabinet ?

32. Voyez-vous une différence entre la qualité de travail que vous souhaitez et celle que vous obtenez ?

33. Pensez-vous avoir le droit à l'erreur ?

34. Pensez-vous recevoir assez de respect et d'estime ?

35. Etes-vous enthousiaste à venir travailler ?

36. Finissez-vous votre journée plus tard que prévu et êtes-vous en retard ?

37. Pensez-vous accomplir beaucoup de choses qui en valent la peine dans votre travail ?

\*Vos relations avec vos patients, vos confrères et votre entourage

38. Devant certains patients, vous arrive-t-il d'avoir peur ou d'être stressé ?

39. Vos patients vous disent-ils « qu'il n'aime pas le dentiste » ou qu'il ne vous aime pas ?

40. Vos patients manquent-ils leurs rendez-vous ?

41. Vos patients se permettent-ils de vous faire des réflexions désagréables ?

42. Avez-vous des contacts avec les institutions ? (conseil de l'ordre, HAS, syndicats, ADF, UFSBD...)

43. Avez-vous l'impression de faire moins attention à votre famille et /ou à vos amis ?

\*Nous allons parler de votre santé physique. (*Epuisement physique (troubles musculo-squelettiques) ?*)

44. Ressentez-vous une fatigue physique, lassitude en fin de journée ?
45. Ressentez-vous des raideurs ou douleurs en fin de journée (lombaires, cervicales, dorsales) ?
46. Avez-vous des maux de tête et/ou des troubles gastro-intestinaux (estomac noué...) ?
47. Vous arrive-t-il de vous sentir inefficace ?
48. Supportez-vous facilement les bruits du cabinet (téléphone, turbine...) ?

\*Au niveau de votre comportement

49. Faites-vous attention à votre posture lorsque vous pratiquez ?
50. Prenez-vous le temps de faire des pauses dans votre journée de travail: déjeuner, sieste, café ou autre ?
51. Respectez-vous votre temps de sommeil nécessaire et dormez-vous correctement ?
52. Faites-vous attention à votre équilibre hydro-alimentaire ?
53. Consommez-vous de l'alcool ?                      du tabac ?                      des tranquillisants ?

\*Epuisement émotionnel ?

54. Vous arrive-t-il d'être triste sans raison ?
55. Vous arrive-t-il d'éprouver des sensations de peur ?
56. Vous sentez-vous heureux ?
57. Pensez-vous que vous pouvez comprendre facilement ce que vos patients ressentent ?
58. Avez-vous le sentiment de vous « détacher » de vos patients ?
59. Votre exercice professionnel a-t-il une influence négative sur votre vie privée ?
60. Perdez-vous le contrôle de vos émotions ?
61. Vous plaignez-vous de votre travail à votre famille ou à vos amis ?
62. Avez-vous déjà pensé au suicide ?

\*Votre lieu de travail

*Pour les chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique*

63. Pensez-vous que le fait de travailler à proximité d'une faculté de chirurgie-dentaire soit un avantage ? (sentiment de sécurité, moins d'urgences, possibilité d'adresser plus facilement, plus proche de lieux de formation...)
64. Ressentez-vous un manque de chirurgien-dentiste dans votre département ?
65. Etes-vous satisfait par votre lieu géographique d'installation ? (proximité de la mer... météo...)

*Pour les chirurgiens-dentistes du Loiret*

63. Pensez-vous que le fait de travailler dans un département sans faculté de chirurgie-dentaire soit un inconvénient? (sentiment d'insécurité, plus d'urgences, plus difficile d'adresser, distance des lieux de formation...)
64. Ressentez-vous un manque de chirurgien-dentiste dans votre département ?
65. Etes-vous satisfait par votre lieu géographique d'installation ? (éloignement de la mer, ou proximité de paris...)

*Pour terminer, deux questions ouvertes :*

66. Pour vous quel est le principal facteur de stress dans votre profession ?
67. Comment voyez-vous votre avenir ou celui de la profession ?

Avez-vous d'éventuelles remarques ou suggestions dont vous souhaitez me faire part ?

## MINI-RELAXATION, FLASH

### La plus utile dans la gestion du stress

- forme très limitée de relaxation
- brève
- exercices simples
- de multiples fois dans la journée, en « émailler » sa journée
- possible dans de nombreuses circonstances et en tous lieux (assis, entre deux patients, debout, en parlant...)

### Conseils et avantages

- se programmer pour arriver à... un automatisme
- effet réel si connaissance et entraînement auparavant de la relaxation-récupération
- ne laisse pas le stress s'installer

### Reprendre, mais très rapidement (1 à 5 minutes), les 5 points de la relaxation comportementale

1. Bien s'installer, même debout
2. Détendre muscles visage, épaule, membres
3. Contrôler sa respiration ventrale
4. Constater son bien-être
5. Reprise discrète, grande respiration, étirement

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure n°1 : Comparaison de différents modèles de burnout .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n°2 : Tachogramme représentant la variabilité de la fréquence cardiaque en état de cohérence cardiaque .....	44
Figure n°3 : Tachogramme représentant la variabilité de la fréquence cardiaque chez un sujet en état de stress chronique ou anxieux. ....	44
Figure n°4 : Différence de densités (nombre de dentistes pour 100 000 habitants) sur le territoire national au 1 <sup>er</sup> janvier 2013 .....	76
Figure n°5 : Taux de cortisol salivaire en fonction du temps et du niveau de burnout chez les participants femmes de l'étude de G.Grossi (43) .....	81
Figure n°6 : Revenu moyen des chirurgiens-dentistes par régions en 2003 .....	92
Figure n°7 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret selon le degré subjectif de burnout. ...	95
Figure n°8 : Répartition des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique selon le degré subjectif de burnout. ....	96
Figure n°9 : Comparaison du niveau de burnout entre les deux échantillons (p=0.001) .....	96
Figure n°10 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret selon le genre.....	97
Figure n°11 : Répartition des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique selon le genre .....	97
Figure n°12 : Comparaison de la répartition des deux groupes selon l'âge des praticiens (p=0.03) .	98
Figure n°13 : Répartition des praticiens du Loiret en fonction de leur statut marital .....	98
Figure n°14 : Répartition des praticiens de Loire-Atlantique en fonction de leur statut marital .....	98
Figure n°15 : Répartition des praticiens du Loiret en fonction du nombre d'enfants.....	98
Figure n°16 : Répartition des praticiens de Loire-Atlantique en fonction du nombre d'enfants .....	98
Figure n°17 : Statut marital en fonction du niveau de burnout des 38 praticiens .....	99
Figure n°18 : Répartition des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction du nombre de collaborateurs .....	101
Figure n°19 : Répartition des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction du nombre de jours travaillés.....	101
Figure n°20 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction de leur rythme de travail .	102
Figure n° 21 : Représentation de l'effet protecteur d'une autre fonction sur le burnout .....	102
Figures n°22, 23, 24 et 25 : Emploi du temps et niveau de burnout .....	103-104
Figure n°26 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction de leur temps passé par semaine à des activités culturelles.....	106
Figure n°27 : Répartition des praticiens des deux groupes selon la pratique ou non d'activités de détente.....	107

Figure n°28 : Répartition des praticiens des deux groupes selon la qualité de leur sommeil .....	107
Figure n°29 : Activité culturelle et burnout.....	108
Figures n°30 et 31 : Sommeil et burnout.....	108
Figures n°32 et n°33 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique selon leur réponse à la question « Etes-vous une personne facilement stressée ? ».....	111
Figure n°34 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leur nature optimiste.....	111
Figure n°35 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leur hyperactivité.....	112
Figure n°36 : Répartition et comparaison des praticiens du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leurs aptitudes relationnelles .....	112
Figures n°37, 38 et 39 : Traits de personnalité et burnout .....	113
Figure n°40 : Réponse à la question : « Etes-vous enthousiaste à venir travailler ? » des chirurgiens-dentistes du Loiret .....	114
Figure n°41 : Réponse à la question : « Etes-vous enthousiaste à venir travailler ? » des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique .....	115
Figure n°42 : Comparaison des deux échantillons en fonction de leur réponse à la question : « Aimez-vous votre profession ? » .....	116
Figure n°43 : Comparaison des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Pensez-vous recevoir assez de respect et d'estime ? » .....	116
Figure n°44 : Lien significatif entre le sentiment d'être débordé et le burnout .....	117
Figure n°45 : Accomplissement et burnout.....	117
Figure n°46 : Sentiment de respect et d'estime et niveau de burnout .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n°47 : Réponse à la question : « Vos patients vous disent-ils qu'il n'aime pas le dentiste ou qu'ils ne vous aiment pas ? » des praticiens du Loiret.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n°48 : Réponse à la question : « Vos patients vous disent-ils qu'il n'aime pas le dentiste ou qu'ils ne vous aiment pas ? » des praticiens de Loire-Atlantique.....	Erreur ! Signet non défini.
Figures n°49 et n°50 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret et de Loire-Atlantique en fonction de leur réponse à la question : « Votre exercice professionnel a-t-il une influence négative sur votre vie privée ? » .....	Erreur ! Signet non défini.
Figures n°51 et 52 : Lien entre burnout et entourage .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n°53 : Répartition en % des chirurgiens-dentistes du Loiret en fonction de la réponse à la question 44. ....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n°54 : Répartition en % des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique en fonction de la réponse à la question 44. ....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n°55 : Comparaison des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Ressentez-vous des raideurs ou des douleurs en fin de journée ? » (p=0.060).....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n°56 : Sentiment d'inefficacité et burnout (p=0.007).....	Erreur ! Signet non défini.

Figures n°57 et 58 : Répartition des chirurgiens-dentistes du Loiret et de Loire Atlantique en fonction de leur consommation d'alcool, de tabac et de tranquillisants ..... Erreur ! Signet non défini.

Figure n°59 : Attention portée à son équilibre hydro-alimentaire et burnout ( $p=0.036$ ) Erreur ! Signet non défini.

Figure n°60 : Consommation de tranquillisants et burnout ( $p=0.000$ ) ..... Erreur ! Signet non défini.

Figure n°61 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Vous-sentez vous heureux ? » ..... Erreur ! Signet non défini.

Figure n°62 : Répartition des praticiens des deux groupes en fonction d'éventuelles pensées suicidaires ..... Erreur ! Signet non défini.

Figures n°63, 64, 65, 66 et 67 : Santé psychique et niveau de burnout. .... Erreur ! Signet non défini.

Figure n°68 : Comparaison des deux groupes en fonction de leur réponse à la question : « Ressentez-vous un manque de praticiens dans votre département ? » ... Erreur ! Signet non défini.

Tableau n°1 : Principales données épidémiologiques du burnout chez les chirurgiens-dentistes	Erreur ! Signet non défini
Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques des départements du Loiret et de la Loire-Atlantique au 1 <sup>er</sup> janvier 2013	92
Tableau n°3 : Analyse des variables quantitatives sur les conditions de travail des praticiens du Loiret	99
Tableau n°4 : Analyse des variables quantitatives sur les conditions de travail des praticiens de Loire-Atlantique	100
Tableau n°5 : Analyse des variables quantitatives sur les activités et le sommeil des praticiens du Loiret	105
Tableau n°6 : Analyse des variables quantitatives sur les activités et le sommeil des praticiens de Loire-Atlantique	106
Tableau n°7 : Réponses aux questions sur la personnalité des chirurgiens-dentistes du Loiret	109
Tableau n°8 : Réponses aux questions sur la personnalité des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique	110
Tableau n°9 : Résultats de l'analyse multivariée	131

**HAUTEFEUILLE (Natacha).** – Syndrome d'épuisement professionnel (burnout) du chirurgien-dentiste.  
- 179 f ; ill. ; tabl. ; 120 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2013)

#### **RESUME**

Le chirurgien-dentiste est une personne à haut risque d'épuisement professionnel. Ses traits de personnalité nécessaires pour réussir et des conditions de travail difficiles entre autres exposent le praticien au burnout. Les principaux « stresseurs » retrouvés dans la profession sont la pression du temps et la relation soignant-soigné.

Les nombreux symptômes de l'épuisement professionnel vont du simple mal-être, des simples maux jusqu'au suicide ou au « karoshi ». Le syndrome d'épuisement professionnel a des répercussions sur la santé physique, psychique et comportementale du praticien mais aussi sur son entourage et ses patients.

Après une analyse de la littérature, nous exposerons les résultats d'une enquête menée sur des praticiens de deux départements : le Loiret et la Loire-Atlantique. Nos données seront comparées selon une approche épidémiologique.

Nous commenterons cette étude et apporterons quelques conseils de prévention comme la nécessité d'un soutien social ou d'une bonne gestion de son emploi du temps...

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT :** Maladies professionnelles du praticien

#### **MOTS CLES MESH :**

Syndrome d'épuisement professionnel – burnout professional  
dentistes – dentists  
Etiologie – etiology  
Signes et symptômes – Symptoms and Signs  
étude comparative – comparative study  
collecte de données – data collection

#### **JURY**

Président : Professeur Giumelli B.  
Assesseur : Docteur Marion D.  
Directrices : Docteur Armengol V. et Dr Enkel B.  
Membre invité : Docteur Limam L.

#### **ADRESSE DE L'AUTEUR**

15, rue du Moulin - 45110 Saint Martin d'Abbat  
[natacha.ha@hotmail.fr](mailto:natacha.ha@hotmail.fr)