



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2012

N°

THÈSE

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par Frédéric CAMELOT

Né le 14 juin 1983 à Belfort (Territoire de Belfort)

Le risque psychosocial en odontologie

Enquête parmi les chirurgiens dentistes de l'Est de la France

Présentée et soutenue publiquement le 12 juillet 2012

Membres du Jury :

Pr J.-P. LOUIS

Professeur des Universités

Président

Dr M. ENGELS-DEUTSCH

Maître de conférences

Juge

Dr P. BRAVETTI

Maître de Conférences

Juge

Dr C. CLÉMENT

Maître de Conférences

Juge

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI – Pr Francis JANOT - Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENOVEIG – Pr M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. M. Mme Mlle	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques BOCQUEL Julien JULHIEN-COSTER Charlotte PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. M. Mlle	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> BOLENDER Yves EGLOFF Benoît PY Catherine	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M.	<u>CLEMENT Céline</u> JANOT Francis	Maître de Conférences* Professeur Contractuel
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. M. M.	<u>AMBROSINI Pascal</u> BISSON Catherine MILLER Neal PENAUD Jacques GALLINA Sébastien JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M. M. M. Mme	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BALLY Julien BAPTISTA Augusto-André CURIEN Rémi GUILLET Julie	Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistant Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. M.	<u>WESTPHAL Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistant Associé
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe MORTIER Eric BALTHAZARD Rémy CUNY Pierre PECHOUX Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. M. M. Mlle Mlle	<u>LOUIS Jean-Paul</u> ARCHIEN Claude DE MARCH Pascal SCHOUVER Jacques BARONE Serge LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles MONDON-MARQUES Hélène RIFFAULT Amélie	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant Assistante Assistante
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biométrieux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (Sect. 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et quelle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

À notre Président de thèse

Monsieur le Professeur et cher Maître Jean-Paul LOUIS

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur d'État en odontologie

Professeur des Universités

Docteur en sciences odontologiques

Professeur à la Faculté d'odontologie de l'Université de Lorraine

Praticien hospitalier, CHU de Nancy

Doyen de la Faculté d'Odontologie de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I,

Président Honoraire et Secrétaire perpétuel de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Membre de l'Académie Lorraine des Sciences

Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

Responsable de la sous-section : Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)

Vous nous faites le très grand honneur de présider notre thèse.

Que ce travail témoigne de notre respectueuse admiration pour

Un maître aux qualités humaines, pédagogiques et professionnelles

Qui marqueront définitivement mon ADN odontologique.

À notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Marc ENGELS-DEUTSCH

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Louis Pasteur, Strasbourg

Maître de Conférences à la Faculté d'odontologie de l'Université de Lorraine

Praticien hospitalier, CHU de Nancy

Responsable de la sous-section : Odontologie Conservatrice - Endodontie

Vous nous avez témoigné une totale confiance

En nous proposant ce sujet de travail auquel vous teniez tant.

Vous êtes un grand directeur de thèse par votre rigueur professionnelle,

Votre minutie et tous les soins apportés à notre travail.

Nous vous transmettons au travers de cette réalisation

L'expression de notre profonde reconnaissance.

À notre Juge

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en chirurgie dentaire,

Vice-Doyen de la Faculté d'Odontologie de l'Université de Lorraine,

Docteur à l'Université de Lorraine,

Praticien hospitalier, CHU de Nancy

Maître de Conférences de la Faculté d'odontologie de l'Université de Lorraine,

*Responsable de la Sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé,
Odontologie légale*

Vous nous faites le grand honneur de juger notre travail,

Vous nous avez toujours soutenus en vantant

Nos ambitions et nos qualités,

Votre confiance en nos choix professionnels est un bien inestimable,

Notre gratitude, notre considération et notre profond respect

Vous sont éternelles.

À notre Juge

Monsieur le Docteur Pierre BRAVETTI

Docteur en chirurgie dentaire,

Directeur du Collégium Santé de l'Université de Lorraine

Doyen de la Faculté d'Odontologie de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I,

Docteur de l'Université René Descartes de Paris V,

Maître de Conférences de la Faculté d'odontologie de l'Université de Lorraine,

Praticien hospitalier, CHU de Nancy,

Responsable de la Sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique,

Anesthésiologie et Réanimation

Vous avez été notre Doyen lors de notre cursus universitaire,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail,

Vous nous avez soutenus dans des événements difficiles

Au cours de nos études en nous témoignant votre confiance indéfectible.

Veuillez trouver ici l'expression de notre éternelle reconnaissance

Et de notre profonde gratitude

À mon Maître, le Professeur Martrette, Doyen de la Faculté d'odontologie de Nancy et Chef du service d'odontologie du CHU de Nancy, pour ses encouragements, son soutien moral et même logistique.

À Monsieur le Président de l'Ordre Départemental des Chirurgiens Dentistes du Bas-Rhin pour votre soutien, vos encouragements et votre intérêt pour notre travail.

À Monsieur le Président de l'Ordre Départemental des Chirurgiens Dentistes de la Meuse pour votre soutien.

À Monsieur le Président de l'Ordre Départemental des Chirurgiens Dentistes de la Meurthe-et-Moselle pour votre soutien.

À Monsieur le Président de l'Ordre Départemental des Chirurgiens Dentistes de la Moselle pour votre soutien.

À Monsieur le Président de l'Ordre Départemental des Chirurgiens Dentistes des Vosges pour votre soutien.

À l'Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes, notamment les docteurs Christine Constans et Thomas-Olivier McDonald, pour vos encouragements, votre intérêt pour notre travail et votre soutien financier.

À Madame le Dr Pierrette WITKOWSKI, pour ses précieux conseils pour l'élaboration du questionnaire de l'étude.

À Madame le Dr AYAV Carole du service d'épidémiologie, pour ses observations quant à notre analyse statistique.

Au service administratif de la Faculté d'odontologie de Nancy, pour votre gentillesse tout au long de notre parcours universitaire. Merci à Viviane, secrétaire du Doyen, pour l'organisation de l'envoi du questionnaire en Lorraine.

A l'ensemble des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin qui ont répondu au questionnaire, pour le temps précieux qu'ils ont voulu consacrer à ce travail, pour l'ensemble de leurs réponses ouvertes, avec sérieux et avec humour, qui nous ont confortés dans l'intérêt de cette étude.

À Marie, Arlette et Marcel : Mes grands-parents. J'aurais tant aimé partager ce moment de bonheur avec vous. Si j'ai autant de réussite dans ma vie c'est grâce aux valeurs que vous m'avez enseignées. Je n'avais pas besoin de partir loin pour passer des vacances inoubliables, vous étiez là. Vous me manquez tellement. Je vous aime.

À Monique et René : Mes chers parents. Si je suis aussi heureux dans ma vie, c'est grâce à vous. Quoi que je fasse, vous avez toujours eu confiance en mes choix et toujours les bons conseils pour m'aiguiller. Aujourd'hui je suis fier de pouvoir vous montrer que j'ai également de l'ambition professionnelle. Merci d'être toujours là pour moi. Si j'ai des enfants un jour, j'espère pouvoir leur donner autant de joie, de bonheur et d'amour que vous pour moi. Je vous aime et je suis très fier d'être votre fils.

À Stefanie : Mon Amour, cette année a été particulièrement difficile. Les trois années que nous avons passées ensemble sont les plus belles de ma vie. Tu m'as toujours encouragé et soutenu dans toutes les difficultés que j'ai pu rencontrer. Sans toi, je n'aurais jamais pu me relever du drame que j'ai vécu lors d'un événement organisé. Je ne te remercierai jamais assez d'avoir préparé 2000 feuilles pour 1000 lettres avec 1000 timbres pour l'envoi de mon étude. Je te promets de faire plus attention à nous deux et espère encore de longues années aussi belles et heureuses. Je t'aime.

À Bernadette et Jean-Vincent : ma chère tante qui m'a appris à tenir sur un vélo et défier la « Péteuse ». Mon enfance a toujours été heureuse et mes vacances à Valay étaient toujours attendues avec impatience. Lors d'un jour triste, tu m'as confié que j'étais plus un petit frère pour toi. Ces mots m'ont énormément touché et je suis très fier d'avoir une tante comme toi ! Ta gentillesse légendaire est une des qualités que j'ai toujours essayé de copier. Jean-Vincent, le soleil de notre famille. Vous êtes parfaits comme ça !

À Muriel, Roland, Hélène et Olivier : vous avez toujours encouragé mon parcours et donné de précieux conseil. C'est toujours un plaisir de se retrouver, je serai toujours décontenancé par la culture encyclopédique de mon parrain passant de Ribéry à Goethe ! Trois filières médicales pour trois cousins, on a fait fort ! Je vous souhaite autant de bonheur, de réussite professionnelle et personnelle que moi.

À Sonia, Philippe, Emma et Chloé : Philippe, celui qui nous a toujours rassemblés en nous faisant rire avec tout et n'importe quoi. Sonia, je t'ai tout de suite adorée, Héricourt a toujours été ma terre d'accueil pendant les Eurocks. Deux filles exceptionnelles complètent le tableau. Je suis très fier d'être ton parrain, Chloé et tu pourras toujours compter sur moi.

À Jocelyne, François, Loïc : Ma chère marraine qui a toujours pris soin de moi. Mes vacances dans le midi avec toi et François restent un souvenir inoubliable. Ma passion associative vient sans doute de tes qualités humaines. J'ai également appris qu'un chat avait des ailes et qu'il pouvait être plus méchant qu'une panthère. François, toujours un plaisir de te retrouver ! Loïc, tu seras toujours mon grand cousin qui cherchait à me protéger. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi.

À Célia et Émilien : Ah cousin... Rien ne me fait plus plaisir que de te voir heureux avec une belle famille. Ta vie est une réussite, merci Célia, de prendre soin d'Émilien.

À ma famille bavaroise : Merci de m'avoir accueilli au sein de votre famille avec autant de gentillesse malgré la frontière de la langue. Je tiens profondément à vous et vous considère comme ma propre famille.

À Haritina et mes amis de l'ESP : cette année a été dure pour moi mais j'ai appris tellement de choses. Merci Haritina de nous avoir toujours fait confiance, j'espère que le protocole témoigne de tout notre respect pour toi. Éloïse, Laurie, Benjamin encore merci. Nous avons réalisé ce gros travail tous ensemble, dans la bonne humeur. Plus qu'un beau protocole de recherche, j'ai rencontré des amis. On remet ça quand vous voulez ! Ludovic et Ronan, sans vous, l'année aurait été bien longue et bien plus difficile. Laurène, tu aimerais développer la recherche clinique en médecine G. Qui sait, on travaillera peut-être ensemble sur quelques projets !

À Béatrice : Béa, impossible de penser à mes études sans toi. Plus qu'une aide-soignante, tu es une véritable amie qui a une qualité très importante : tu sais redonner confiance aux étudiants. Dans les coups durs, tu étais toujours là pour les bons conseils. Ta bonne humeur fait que c'est toujours un plaisir de passer en O.C. et si les étudiants devenus docteurs ne manquent jamais de faire un petit coucou dans ce service, lors des journées de formation continue, ce n'est pas pour rien...

À Didier : tu m'as pris sous ton aile dès mon redoublement. Je n'ai pas lâché l'affaire, quand le moral lâchait, tu me rattrapais toujours au vol. Merci.

À Pascal, Michel et Greg : pour votre gentillesse et votre aide à toute épreuve lorsque j'étais Président de l'AECDN. Merci de votre soutien lors de toutes mes études.

À Kazutoyo : On s'est rencontré à l'ADF, des amis en commun. J'espère avoir des projets dans le futur avec toi. Tu es un atout important pour le monde dentaire !

À Aurélie et toute l'équipe de Maxillo : Ahhh Bezac... Votre force est de m'avoir donné toute la confiance qui me manquait pour être tranquille devant la majorité des extractions à faire. Retrouver une super entente entre médecins et chirurgiens dentistes m'a fait vraiment du bien. Aurélie, une chef de clinique géniale qui m'a tellement appris en seulement 6 mois. Les internes, toujours prêts à me montrer leurs nouveaux exploits. Les externes, toujours intéressés à connaître mon métier. Merci à tous, ce stage est un des plus formateurs avec une ambiance de folie.

À Valérie : Merci pour m'avoir appris les rouages du partenariat et de m'avoir initié aux joies des assurances. Merci plus particulièrement de m'avoir protégé et aidé à gérer la crise que j'ai vécue comme Président de corpo. Merci d'avoir toujours des mots encourageants et de ta gentillesse. Une amie chère.

À Thomas-Olivier : sans toi, mon étude n'aurait pas vu le jour, tu m'as permis de réunir suffisamment d'argent par tes contacts locaux à l'UJCD. J'ai toujours aimé nos discussions lors des différents congrès et espère avoir encore longtemps de tes nouvelles. Prends soin de toi.

À Marie-Charles et Émilie : Je vous ai remplacées toutes les deux. J'ai appris mon métier avec vous et vous m'avez toujours mis en confiance. Merci pour tout.

À Marie-Jeanne : tu m'as accueilli au cabinet du Docteur Belot et donné toute la confiance dont j'avais besoin pour m'élancer dans la vie professionnelle. Tes qualités sont celles que je rechercherai chez une assistante. Merci du fond du cœur.

À Magalie et Nathalie : Mag, nous étions comme frère et sœur. Je t'adore. Nath, nous nous sommes retrouvés 15 ans après pour vérifier si notre amitié était

toujours aussi forte. Elle l'est et merci pour tous ces souvenirs d'enfance que je garde toujours en moi.

À Aline et Mathieu : tu es une amie plus qu'inestimable. Je t'adore, tu resteras toujours dans mon cœur et je suis si heureux de te voir vivre un parfait bonheur avec Mat et aujourd'hui Philomène. Ton amitié est une des plus belles choses de mon passage graylois.

À Aurélie et Pierre-Yves : on a vécu tant de moments forts ensemble. Vous m'êtes si précieux. L'un avec qui j'ai fait de belles folies (scooter sous la neige), l'autre qui ne se rappelle même plus m'avoir protégé d'un sac d'eau monstrueux (j'ai perdu mon tél quand même !). Je vous souhaite vraiment de n'avoir plus que du bonheur pour toute votre famille. Je serai toujours à vos côtés, mes amis !

À Aurélie et Romain : le kayak vous a rapprochés (même si t'as mal commencé chez les rameurs...). Aurélie, nous avons toujours été très proches, Romain, notre amitié ne pouvait que suivre. En espérant garder encore longtemps contact avec vous.

À Perrine et Tristan : la première grayloise connue, de plus une kayakiste à ses heures perdues... Nos parents s'appréciaient, notre amitié montre que c'est générationnel. Tristan, débarqué à Gray la même année que moi, on s'est vite rapproché. Nous avons souffert ensemble en P1 et notre amitié s'en est renforcée. Je vous souhaite de rester heureux fort longtemps.

À Davy : De notre rencontre tumultueuse, une amitié forte en a découlé. Nous savons que nous pouvons toujours compter l'un sur l'autre.

À Diane et Guillaume : encore une fois 2012 est une belle année. Votre mariage sera celui du couple le plus adorable. Ne changez pas les bisounours !

À Camille, David, Lisa, Lucile, Morgane, Sylvain : Camille exilé chinois, David exilé dans le Sud, Morgane comblée d'amour avec Sylvain. Le Maroc sera toujours gravé dans nos mémoires et notre amitié est éternelle malgré la distance. Lisa, chaque retrouvaille est un grand plaisir. Lucile et la grande troupe de ligneux ! Toujours pas réussi à esquimauter parfaitement avec ces bêtes, mais je n'ai pas dit mon dernier mot. De bons moments passés ensemble.

À Kathi, Janina et Anna : les plus proches amies de Stefanie. Continuez à prendre soin d'elle. Vous êtes à son image, exceptionnelles ! Servus und Prost am Tisch !

À Clément, Lilian, Lucille, Simon et tous les Ardéchois : Clems, ton amitié m'a coûté ma seconde ! Sans regrets ! Lilian le pilier du groupe. Lucille et Simon, un amour sans fin, mon modèle kayakiste. Une équipe éternelle, merci de m'avoir accueilli !

À Amélie et Geoffroy : Je ne pourrais pas parler de mes années d'étude sans l'ami qui m'a aidé à les traverser. Nous les avons vécues de la même manière : après un début chaotique, une fin sans encombre. Geo, tu m'as toujours soutenu dans tous mes choix, je me rappellerai toujours de nos soirées / nuits à ne faire que des conneries ! Ensuite est arrivée Amélie, qui a été une des seules à m'aider à tenir la corpo. Ne vous enfermez pas trop dans le boulot, je vous connais, prenez du temps pour vous !

À Gautier : mon successeur : corpo / crit. Avant tout un ami. La « fourriérisation ». Je crois que ce mot, devenu vocabulaire courant chez les nationaux, exprime bien nos sentiments à vos égards. J'ai souvent admiré ta force à rebondir quoi qu'il arrive.

À Juliette et Claire : Vous incarniez au mieux notre promo. Deux fêtardes pleines de ressources. Et toutes les deux, vous avez voulu m'enlever mes sagesses ! (L'une a réussi...). Vous avez l'air heureux avec vos chéris, je vous souhaite de l'être encore très longtemps. Deux magnifiques rencontres, vous aurez été des personnes importantes dans mes études.

À Caroline : La meilleure prothésiste sans aucun doute. Et une amie hors pair. N'oublie pas d'être heureuse car c'est vraiment le plus important. Tu as toujours été là, à tout moment et les moments passés avec toi ont toujours été un réel plaisir. Merci à Geo de m'avoir fait te connaître.

À Émilie et Bruno : Un des redoublants qui m'a dit que je ferais un bon redoublant dès le mois de novembre. Vu notre parcours respectif, je ne crois pas, avec le recul, que ça ait été une mauvaise chose. Vous saviez que mon manque de confiance en T.P. devait être résolu avant de continuer mon cursus. Ou alors, c'est nos soirées passées ensemble qui m'ont fait prendre un peu de retard ! Un ami

inestimable, j'espère travailler à tes côtés dans les années à venir pour ta bonne humeur et tes performances chirurgicales. 2012 est une année encore bien plus importante pour vous deux et je suis fier d'être présent un des plus beaux jours de votre vie. Émilie, ta gentillesse et ta bonne humeur n'ont d'égales que celles de Bruno !

À Aline et Anthony : Aujourd'hui il serait difficile de parler de l'un sans l'autre. Aline, ma marraine que j'ai ramenée le soir de mon faluchage, Spich mon président de cœur sur qui je sais que je pourrai toujours compter. Deux personnes exceptionnelles, continuez à vivre heureux. Vous aurez à jamais toute mon amitié.

À Émmeline, Magalie : Émmeline, toujours un bonheur d'être à tes côtés. Continue à vivre ton bonheur ! Mag, le même défaut que moi, un petit manque de confiance... Tu ne devrais pas, tu es une perle rare et j'espère bien te voir encore souvent !

À Sophia et Carole : deux filles exceptionnelles avec qui je suis toujours ravi de passer du temps. Prenez soin de vous.

À Marion et François : Franz sans toi, je serais peut-être en Faculté de psychologie, aujourd'hui. Alors que je ne me sentais pas dans mon élément, tu as eu les bonnes paroles, m'as montré la diversité de notre exercice et le bonheur que cela te procurait. Merci vraiment, aujourd'hui j'aime vraiment mon métier. Marion, les mardis de T1 nous ont permis de nous rapprocher. Votre amitié m'est très chère et j'espère continuer à vous voir régulièrement.

À Marie et Thibault : Je serai toujours ton parrain d'adoption. Tu as beaucoup de talents et de qualités, prends confiance en toi. Merci pour ton amitié fidèle. Playmo, mon fillot, nous savons que nous pouvons compter l'un sur l'autre, encore plein de bons moments à vivre ensemble.

À Laetitia, Marie, Laurent, Julien, Nicolas, Pierre : de sacrés moments avec vous. Merci à Juju et Jerem de m'avoir présenté à vous !

À Charles-Antoine et Cyrielle : Charly, tu seras toujours mon téléubby préféré ! 2012 est aussi une année de bonheur pour vous. Votre enfant aura une qualité certaine : votre gentillesse.

À Loïc et Marie : Notre loutre nationale avec qui j'ai fait mon parcours étudiant. Marie t'a ensorcelé et c'est tant mieux ! Des amis adorables.

À Anne-Sophie, Adrien, Damien, Émilie, Étienne, Marion, Maxime, Philippe : Anne-So, tu fais partie des personnes qui m'ont donné envie de faire de l'associatif et tes précieux conseils m'ont aidé à ne pas être trop mauvais. Adri, tu es venu me chercher pour devenir élu UFR. J'ai pris très à cœur ce poste et c'est toi qui m'as donné la fibre associative. Très bonne initiative, j'ai beaucoup appris à tes côtés. Dams... Notre papa international. Qu'est-ce que tu n'auras pas fait ? De précieux conseils et toujours là dans les sales moments. Merci pour tout. Stutzy... J'ai pris ta relève, nous avons eu tous les deux des difficultés à maintenir une équipe autour de nous. Tu as toujours eu toute ma confiance. Franky... Le pire trésorier mais surtout un ami extra ! Marion, la Sécu de tout le monde. Continue à chouchouter notre Tom ! Pippo, mon Grand Maître adoré. Dès le début de ma P2, tu m'as pris sous ton aile. Si je me suis aussi bien intégré à cette fac, c'est grâce à toi. Les Bezakois, nous avons toujours été au centre de la vie étudiante et nous accordons une grande valeur à la solidarité. Tu m'as dit au début de ma P2, lors de mon faluchage, que je devais honorer nos origines et participer à la vie étudiante. Je crois que j'ai réussi, non ?

À Olivier : Sans Foly et tes idées de folie, nos welcome-packs n'auraient jamais eu une aussi bonne gueule ! Tu as toujours été plus qu'un simple partenaire, tu es un ami avec qui faire des soirées a pour conséquence, des lendemains plus que difficiles...

À Anne-Sophie et Jean-Philippe : deux sacrés caractères réunis. Deux belles rencontres de mon cursus !

À Maud et Rodolphe : Je me souviendrai toujours de notre fameux repas d'un certain midi. Toujours ravi de vous retrouver.

À Maxime et Sarah : Un très beau couple, deux personnes avec beaucoup de qualités. Et beaucoup trop d'abus également, rappelons-le ! Merci d'être toujours là pour moi.

À Alice et Constance : Nous avons toujours vu en dentaire un couple de filles qui dynamitait toutes les soirées et les rendait inoubliables : Aline et Émilie, Juliette et Claire, Sophia et Carole. Vous êtes la nouvelle génération et vous êtes incroyables !

À Charline et Thomas : la corpo, ça rapproche apparemment... Charline, soutient Tom l'an prochain, il aura besoin de toi et ça ne sera pas tous les jours facile. Mais quelle belle expérience !

À Jean-Michel et Mélissa : quelle famille ! Toujours un bonheur de boire un verre avec vous !

À Stéphanie et Julien : Steph, j'espère faire une soutenance aussi bonne que la tienne ! Julien empêche-la de tenter Kohlanta encore une fois... Une petite mousse ?

À André, Caroline, Aurélie, Bethsabée, Céline, Camille, Cécile, Clémence, Élise, Flora, Jules, Julien, Lauranne, Marie, Marion, Maxime et Maxime, Myriam, Sophie, Stéphanie, Thibault, Valentin : Dédé, toujours à vouloir faire le malin en TP alors que moi, j'essayais d'amener mes travaux à ressembler à des dents... Tu as été un compagnon de faluche extra et tu reflètes bien ma promo de fêtards ! Caro, j'ai toujours aimé passer du temps avec toi, une fille simple qui est presque aussi bavarde que moi ! Aurélie, le rayon de soleil de pédo. Je serai toujours ton parrain de cœur, Bethsa ! Céline, Marion votre bonne humeur en soirée a toujours été un souffle d'air frais. Camille, pour ton rire et ton envie festive inégalable de faire la fête ! Ne change surtout pas ! Cécile, gentillesse incarnée venue du Nord. J'espère pouvoir travailler avec toi ces prochaines années ! Clémence, ta motivation aux parts m'a impressionné ! Élise, nous étions très proches puis nos chemins se sont séparés. Merci pour notamment les beaux galas passés ensemble. Flora, les soirées avec toi étaient magiques... Surtout très drôles... Roulio né faluché ! Julien le premier interné en chir orale, toujours prêt à faire des conneries ! Lauranne, la bonne humeur incarnée. Ton rire est presque aussi légendaire que le mien. Marie, nous avons passé les choix de P1 ensemble. Tu as choisi Nancy, je t'ai suivi ! Des Max y'en a trop dans cette fac mais y'a peu de déchets ! Une belle nouvelle génération ! Myriam, merci de m'avoir sauvé mon spectacle de gala et fait celui dont je rêvais. Sophie, encore une Bisontine exilée à Nancy. Ta rencontre est inoubliable ! Steph, nous avons en commun la joie de vivre et ma cousine. Profite bien de ton bonheur ! Mr. Duc, votre folie douce est un des biens les plus estimés dans cette fac, surtout ne change pas ! Valou, meilleur ami de Gautier, merci pour ces soirées folles !

À Bérengère, Gilles, Julie, Julien, Nathalie, Pierre, Sophie : Bérengère, sans toi, je n'aurais jamais réussi à réellement apprécier mes après-midi de pédo ! Gillou, je t'ai apporté un cas bien casse-tête lors de ma D3. Tu es toujours dessus avec Caroline. Si tout va bien, on va se croiser encore souvent, pour mon grand plaisir ! Julie, j'ai appris à te connaître mieux à Toul. Je te souhaite un beau parcours hospitalier comme tu en rêves ! Julien, Le 2^{ème} as de la patho. Tu resteras celui qui m'a formé comme élu UFR, merci. Nath, cela fait quelques temps qu'il m'est difficile de t'appeler « maman ». Je te souhaite bonne chance dans le Sud-Ouest avec toute ta famille et vous serez toujours les bienvenus ! Pierre, ta valeur d'enseignant a toujours été de faire confiance et de rappeler à chacun ses qualités. Bon, une petite mousse ? Sophie, cette année nous nous sommes rapprochés, nous pouvions comprendre l'un et l'autre la difficulté de notre master. Va jusqu'au bout de tes envies, ne lâche rien !

À Catherine : Une ortho passionnée. Une fêtarde passionnée également... Logique que tu sois avec JB. Encore de bons moments nous attendent.

À Maxime et Alexis : L'un a été à Strasbourg. Bien entendu, il a donné conseil à son frère de venir à Nancy ! Je prendrai soin de lui mais il a l'air de s'en sortir très bien tout seul. C'est de famille. Notre amitié avec la fac de Stras est née grâce à des personnes comme toi !

À Mathieu et Thomas : Sacrés frangins... Votre culture m'aura toujours impressionné, vous retrouver est toujours un plaisir.

À L'Unlimited 43 : tant de choses à vous dire. Je pourrais écrire une page sur chacun d'entre vous. Ma vie a été bouleversée. J'ai dû faire des choix très difficiles. Vous avez réalisé un crit extraordinaire. Je suis fier d'avoir réussi à vous rassembler. Pour moi, vous étiez la crème des associatifs, l'Énergy crit en a été la preuve. Plus qu'une équipe, c'est une amitié qui est née. Chacun d'entre vous est un trésor inestimable dans ma vie personnelle. Merci et je vous aime.

À Fanny : Les crits passés ensemble ont été mes meilleurs. Nous aurions aimé nous connaître davantage mais tu as préféré le soleil de Nice et moi la mirabelle de Nancy... Tu seras toujours la bienvenue !

À Maelyss : tu as été là au pire des moments. Tu m'as protégé, aidé à gérer ce moment impossible à vivre et tu as réussi à me redonner l'envie associative. Je ne

te remercierai jamais assez. Tu as montré à tous l'utilité de l'UNECD dans l'urgence. Une sacrée amie à qui je dois tant...

À Marc : Mon cher Marcus.... Président ensemble : corpo, moi crit, toi UNECD. J'ai commencé ma vie étudiante nationale avec toi, tu seras toujours le reflet des Strasbourgeois : une amitié forte et durable avec les Nancéiens.

À Alexandre : petit Dave. Un des seuls mecs qui permettait de gagner à coup sûr un thème au freeman lancé sur les vrais prénoms de la table... Compagnon de chouille inégalable !

À Charlotte et Benjamin : Merci d'avoir pris soin de ma maman. Merci pour les chouilles de folie.

À Don Pierre et Firande : les fiançailles les plus folles que j'ai pu vivre. Un mélange de caractères très pimentés, des amis précieux !

À Alexandra, Axelle, Nicolas, Camille, Charlotte, Élisabeth, Julien, Laurent P Laurent E, Priscille, Renaud : Alex, une fille exceptionnelle, une cuisinière extra, et une amie sincère. J'aime le crit pour avoir rencontré des personnes comme toi. Akwelle... Que dire... Ce crit a été le commencement de si nombreuses amitiés. Tu représentes bien la CD41 : Adorable ! Avec Barrique vous formez un couple détonnant qui a marqué l'esprit de tous les étudiants nationaux qui se respectent ! Camille, tu m'as fait passer mon 1er congrès chouilleur à Clermont, mémorable ! Chachatte, encore une belle rencontre critesque ! Babeth, chaque fois que je te retrouvais au Crit était un moment de bonheur. Poupou, j'ai encore à apprendre de toi pour être un véritable chouilleur ! Lolo, je me souviendrais toujours ton accueil clermontois, et Chais Antoine aussi... 2^{ème} Lolo, également organisateur de crit, et un ami sincère. Priscille, nous avons le même rêve : une fac nationale ! Un emblème pour le crit : Amitié, Générosité, Festivité ! Renaud, j'ai découvert activement l'UNECD sous ton mandat.

Aux équipes du crit : la CD41 pour m'avoir intégré dans votre groupe aussi facilement, la GC42 pour m'avoir fait confiance. Je ne connais pas d'évènement qui puisse autant souder des personnes. Je vous adore tous. Jérémy, merci du fond du cœur, c'est grâce à toi que j'ai eu une carrière associative. Et à la suite de l'U43 pour faire vivre cet évènement qui contribue à faire perdurer la solidarité professionnelle nationale.

À Anaïs : Première rencontre avec les Strasbourgeois. Sans toi, je n'aurais jamais osé prendre la présidence de corpo et je n'aurais pas connu tout ce qui m'a rendu heureux dans mes études. Tu m'as fait un cadeau inestimable en m'accordant ton amitié et ta confiance !

À Jamila et Alice : inséparables. Si tous les administrateurs de l'UNECD vous ressemblaient, nous serions les rois du monde !

À Adrien, Aurélien, Charles-Édouard, Damien, Constance, John, Laure, Laurianne, Marie, Marion, Nathan, Nicolas, Thiébaut, Vincent : Adri, associatif à toute épreuve. Fêtard acharné. De si bons moments à tes côtés ! Aurélien... Tu viens de PVII mais ce n'est pas grave, on t'adore quand même ! Charly, Monsieur le Président, je serai toujours le premier à me joindre à Constance pour t'embêter quand Damdam ne s'y mettait pas lui-même. John président ? Un mythe ! Laure, encore une sacré clermontoise... Lolo, prends soin de notre cher Marc mais je te fais confiance ! Marie, la relève reims-doigt, courage présidente ! Marion, beaucoup de très bons moments passés ensemble, je dois beaucoup au CEOP ! Nathounet et Vincent, encore des présidents, encore des Garançiérois et encore des sacrés chouilleurs ! On remet ça ? Mon cher Keuss, ma fac d'adoption n'est pas Montrouge pour rien, c'est des personnes comme toi qui me font revenir souvent ! Thiébaut, trésorier strasbourgeois hors pair et grand fêtard devant l'éternel, que de bons moments en ta compagnie !

À Audrey et Arnaud : Les niçois... Nono, un dévoreur d'after. Un super VP formation à l'UNECD. Mais bon tu te fais vieux, on te couche facilement. Audrey celle qui mate Nono. Je me souviendrais toujours du super congrès que vous nous avez organisés !

À tous ceux qui ne sont pas cités mais qui m'ont soutenu, rendu heureux. Pour vous tous, les mots ne sont pas suffisants, le résultat final est plus évocateur de ma gratitude : je suis heureux et épanoui, grâce à vous tous !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : Notions théoriques sur le stress en odontologie	4
1. Le stress représente-t-il une maladie professionnelle pour les chirurgiens dentistes ?	4
1.1. Généralités	4
1.2. Définition du stress.....	8
1.3. Les cibles du stress	15
1.4. Stress et immunologie.....	18
1.5. Le modèle biopsychosocial.....	20
1.6. Stress et santé	21
1.7. Diagnostic du stress.....	22
1.8. Mesure du stress professionnel	24
1.9. Métier à risque ?	26
1.10. L'engagement professionnel	28
1.11. Le tabou de la dépression.....	30
2. La santé du chirurgien dentiste	30
2.1. Le chirurgien dentiste face à sa santé	30
2.2. État des lieux.....	32
2.3. L'hygiène de vie	33
2.4. Fatigue psychique.....	33
2.5. Prise de médicaments	33
2.6. Usage de drogues	33
2.7. Obésité et chirurgie-dentaire	34
2.8. L'âge et les relations familiales.....	34
3. Les conséquences du stress sur la santé des chirurgiens dentistes	35
3.1. Généralités des risques du stress intégrés dans ceux de la population générale :35	
3.2. Troubles psychologiques	38
3.3. Troubles affectifs	39
3.4. Abus de drogues et d'alcool	39
3.1. Troubles somatiques	40
3.2. Suicide	42
3.3. Incapacité de travail	43

3.4. Retraite anticipée	43
4. Le « burnout »	44
4.1. Définition	44
4.2. L'arrivée insidieuse du burnout	48
4.3. Les phases du burnout	50
4.4. État épuisé et état dépressif.....	54
4.5. Les différences de burnout selon le sexe et l'âge	56
4.6. Les trois dimensions du burnout	56
4.7. Les conséquences du burnout.....	58
4.8. La chirurgie-dentaire et le risque de burnout	60
4.9. La difficulté de mesure du niveau de burnout	61
5. Recherche des causes du stress : les facteurs de stress en odontologie	63
5.1. Notion de facteurs de stress.....	63
5.2. Étude des facteurs de stress.....	65
5.3. Comparaison de la situation des chirurgiens dentistes avec celle des autres professions de santé.....	80
5.4. Tableau récapitulatif.....	80
PARTIE 2 : Enquête locale	81
1. Objectif de l'étude	81
2. Matériel et méthodes.....	81
2.1. Élaboration du questionnaire.....	81
2.2. Le questionnaire	82
2.3. Échantillonnage	88
2.4. Recueil de données	88
2.5. Critères d'inclusion de la population.....	89
3. Technique d'analyse statistique des données.....	89
4. Résultats	89
4.1. Réponses	89
4.2. Analyse de la situation.....	91
4.3. Conditions de travail.....	99
4.4. Problèmes :	108
4.5. Santé.....	129
4.6. Les loisirs.....	148
4.7. Hygiène de vie professionnelle	152

4.8.	Avenir et remarques.....	156
4.9.	Comparaison spécifique entre les départements du Bas-Rhin et de la Moselle en 2011	160
5.	Discussion	161
5.1.	Taille de l'échantillon.....	161
5.2.	Situation des chirurgiens dentistes interrogés.....	162
5.3.	Conditions de travail.....	163
5.4.	Problèmes relationnels, de gestion, de formation.....	167
5.5.	Santé.....	171
5.6.	Activités et Loisirs.....	178
5.7.	Hygiène de vie professionnelle	180
5.8.	L'image de la profession.....	181
5.9.	Les chirurgiens dentistes et leur avenir.....	181
6.	Étude comparative 1987-2001	181
	PARTIE 3 : La prévention du stress chez l'odontologiste.....	192
1.	Pour toute personne stressée	192
1.1.	Se connaître, reconnaître, et prévenir	195
1.2.	L'affirmation de soi.....	196
1.3.	Modifier ses cognitions	197
1.4.	Les modérateurs de stress.....	198
1.5.	L'engagement professionnel	199
1.6.	Le soutien social	199
1.7.	Les techniques de relaxation et de méditation	200
1.8.	L'exercice physique	202
1.9.	Les mesures alimentaires et diététiques.....	202
1.10.	Les méthodes de psychothérapie.....	202
1.11.	L'apport de la médecine non conventionnelle.....	203
1.12.	Les loisirs.....	204
2.	Le traitement et la prophylaxie du stress pour les chirurgien dentistes.....	204
2.1.	Au cabinet dentaire	204
2.2.	Suggestions pour la formation initiale	209
2.3.	Les outils de prévention mis à dispositions.....	211
3.	Dépistage et futures voies de prévention	213
	CONCLUSION	216

BIBLIOGRAPHIE.....	219
ANNEXE.....	229
1. Lettre explicative de l'étude envoyée aux chirurgiens dentistes.....	229
2. Demande au conseil de l'Ordre Départemental des Chirurgiens Dentistes	230

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition selon le sexe des chirurgiens dentistes en Lorraine et dans le Bas-Rhin en 2011	91
Tableau 2 : Réponses à la question : « avez-vous des enfants ? » des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	94
Tableau 3 : Relations entre l'âge et le nombre d'heures de travail au fauteuil pour 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	100
Tableau 4 : Nombre de fauteuils des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	102
Tableau 5 : Nombre de fauteuils selon l'âge de 688 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	103
Tableau 6 : Réponses des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « Voyez-vous une différence entre la qualité de travail que vous souhaitez et celle que vous obtenez ? »	106
Tableau 7 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec votre/vos assistante(s) ? »	108
Tableau 8 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec vos confrères ? »	109
Tableau 9 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec vos patients ? »	110
Tableau 10 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec votre prothésiste ? »	112
Tableau 11 : Réponses des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec la Sécurité Sociale ? » ..	113
Tableau 12 : Ordre d'importance des problèmes relationnels de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	114

Tableau 13 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « L'exercice professionnel apporte-t-il des perturbations dans votre vie familiale ? » 116

Tableau 14. : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question "Estimez-vous que vos études vous ont préparé à la réalité de votre profession ?" 124

Tableau 15 : Préparation des études à la réalité professionnelle selon l'âge chez 652 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011..... 125

Tableau 16 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 à la question : "Jugez-vous que votre état de santé actuel est bon ?" 129

Tableau 17 : Réponses de 124 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la réponse : « si votre état de santé n'est pas jugé bon, est-ce lié à l'exercice de votre profession ? » 131

Tableau 18 : Réponse à la question : "D'une façon générale, pensez-vous que les moyens disponibles pour améliorer vos conditions de travail sont nombreux, insuffisants, rares ?" de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011..... 154

Tableau 19 : Répartition urbaine de 118 chirurgiens dentistes de Moselle et 481 du Bas-Rhin en 2011 160

Tableau 20 : Nombre de Réponses à la question "avez-vous déjà pensé au suicide ?" parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 selon leur statut marital 177

Tableau 21 : Comparaison de l'état civil de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle..... 183

Tableau 22: Comparaison des conditions de travail de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle..... 184

Tableau 23: Comparaison des problèmes relationnels de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle..... 186

Tableau 24: Comparaison des problèmes de gestion de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle..... 187

Tableau 25 : Comparaison des problèmes de formation de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle..... 188

Tableau 26 : Comparaison entre la santé de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 et celle de 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle..... 189

Tableau 27 : Comparaison entre l'hygiène de vie de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 et celle de 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle..... 190

Tableau 28 : Comparaison entre l'hygiène de vie professionnelle de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 et celle de 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle 191

Tableau 29 : Voies comportementale, cognitive et physique pour alléger les pressions au travail (Kaney, 1999) 194

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Le syndrome général d'adaptation de Selye (Marzouk, 1999)	11
Figure 2 : Courbe de Yerkes-Dodson (Roussillon et Duval-Hamel, 2006)	12
Figure 3 : Les voies de communication entre cerveau et système immunitaire (Sintes, 2007)	19
Figure 4 : Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer (Albert et al., 2010)	24
Figure 5 : Ressources professionnelles du chirurgien dentiste	29
Figure 6 : Les signaux d'alarme, indicateurs de stress (Carillo, 2011)	35
Figure 7 : Les conséquences néfastes du stress (Théry-Hugly, 2008)	36
Figure 8 : Les effets du stress sur le comportement (Sintes, 2007)	37
Figure 9 : Troubles psychologiques liés au stress (Sintes, 2007)	38
Figure 10 : Troubles affectifs liés au stress (Sintes, 2007)	39
Figure 11 : Schéma simplifié de la réponse à un facteur de stress (Toussaint, 2000)	40
Figure 12 : Stress et système vasculaire (Toussaint, 2000)	41
Figure 13 : Troubles somatiques liés au stress (Sintes, 2007)	42
Figure 14 : Évaluation rapide du burnout (Maslach et Leiter, 2010)	62
Figure 15 : Facteurs de stress les plus fréquents du chirurgien dentiste (Gorter, 1999)	64
Figure 16 : L'interaction entre la pression au travail et le stress (Gorter, 1999)	67
Figure 17 : Facteurs professionnels décrits comme influençant positivement la satisfaction professionnel des chirurgiens dentistes (Gorter et al., 2006)	73
Figure 18 : Évolution du revenu réel libéral des chirurgiens dentistes et des médecins en France en 2004 (Legendre, 2006)	75
Figure 19 : Les facteurs de stress au cabinet dentaire (Sintes, 2007)	80

Figure 20 : Densité régionale de chirurgiens dentistes (pour 100 000 habitants) par régions en 2006 (Collet et Sicart, 2007)	90
Figure 21 : Répartition de 692 chirurgiens dentistes dans le Bas-Rhin et en Lorraine en 2011 selon leur âge	92
Figure 22 : Pyramide des âges de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	92
Figure 23 : Répartition selon l'âge et le lieu d'exercice de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011.....	93
Figure 24 : État civil des 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011.....	94
Figure 25 : Répartition par âge et par nombre d'enfants de 446 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011.....	95
Figure 26 : Nombre d'enfants par famille de 364 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	95
Figure 27 : Précisions sur le mode d'exercice de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	96
Figure 28 : Précisions sur le mode d'exercice des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	97
Figure 29 : Relation entre le travail avec assistance et le sexe de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin	97
Figure 30 : Relation entre la spécialité et le sexe et l'âge chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011.....	98
Figure 31 : Relation entre le mode d'exercice et l'âge chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011.....	98
Figure 32 : Répartition de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 selon leur nombre d'heures de travail au fauteuil par semaine effectué	100
Figure 33 : Relations entre le mode d'exercice et le nombre d'heures au fauteuil par semaine dans un échantillon de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	101

Figure 34 : Nombre de patients vus par heure par 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	102
Figure 35 : Facteurs de pénibilité ou de stress selon 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	104
Figure 36 : Liens statistiques entre les facteurs jugés pénibles ou stressants par 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	104
Figure 37 : Réponse à la question « jugez-vous votre travail routinier » de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	105
Figure 38 : Liens statistiquement significatifs entre la sensation de routine et le sexe ainsi que le nombre de fauteuils chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	105
Figure 39 : Liens statistiquement significatifs entre la notion de qualité de travail des praticiens et leur département d'exercice, leur sexe, leurs perceptions des facteurs de stress et le sentiment de routine professionnelle pour 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	107
Figure 40 : Liens statistiquement significatifs entre les relations conflictuelles avec les prothésistes et le lieu d'exercice, le ressenti de la qualité de travail pratiquée du praticien et les autres problèmes relationnels chez 692 chirurgiens dentistes lorrains et Bas-Rhinois en 2011	112
Figure 41 : Liens statistiquement significatifs entre les problèmes avec la Sécurité Sociale et les problèmes relationnels, le sexe, le temps de travail et le sentiment de routine chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine ..	113
Figure 42 : Problèmes relationnels cités en tête parmi ceux proposés pour 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	115
Figure 43 : Liens statistiquement significatifs entre l'âge, les problèmes relationnels, les facteurs de stress et les perturbations familiales dues à la profession parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	117
Figure 44 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : "Pensez-vous être convenablement installé(e) et équipé(e) ?"	119

Figure 45 : Réponse la question " Jugez-vous vos charges de gestion trop lourdes ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 119

Figure 46 : Réponses à la question "avez-vous des difficultés financières personnelles ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 121

Figure 47 : Relation entre les difficultés financières et différentes variables professionnelles du chirurgien dentiste pour 692 praticiens du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 122

Figure 48 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question "avez-vous des difficultés diagnostiques ?" 123

Figure 49 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ont des difficultés diagnostiques et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 123

Figure 51 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui jugent leur formation initiale conforme à la réalité professionnelle et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin..... 125

Figure 52 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question "Auriez-vous souhaité dans votre cursus, de façon plus importante : des cours de psychologie ?" 126

Figure 53 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 à la question : "Auriez-vous souhaité dans votre cursus, de façon plus importante : des cours de gestion ?" 127

Figure 54 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ne souhaitent pas davantage de cours de gestion au cours de leur formation initiale et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine 128

Figure 56 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ne répondent pas être en bonne santé et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 130

Figure 58 : Réponse à la question "Vous estimez-vous inquiet ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	133
Figure 59 : Réponse à la question "Vous estimez-vous anxieux ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	134
Figure 60 : Réponse à la question "Vous estimez-vous angoissé ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	134
Figure 61 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens inquiets, anxieux et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	135
Figure 62 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens angoissés et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	137
Figure 63 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens déjà arrêté pour surmenage et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	138
Figure 64 : Répartition de 692 praticiens de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 selon leur durée de sommeil par nuit, en heures	139
Figure 65 : Liens statistiquement significatifs entre la durée de sommeil des praticiens et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	140
Figure 66 : Liens statistiquement significatifs entre la prise d'alcool «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	142
Figure 67 : Liens statistiquement significatifs entre la consommation de tabac «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	143
Figure 68 : Liens statistiquement significatifs entre la consommation de drogues (sauf alcool et tabac) ou stimulants pour chasser ses problèmes et	

différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011.....	144
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 69 : Liens statistiquement significatifs entre la pratique de sport intensif ou la prise de nourriture «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011.....	145
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 70 : Liens statistiquement significatifs entre la pratique de jeux «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	146
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 71 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ont déjà pensé au suicide et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011.....	147
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 72 : Réponse à la question : "Écoutez-vous de la musique ? " : de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	149
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 73 : Répartition de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine selon leur nombre de semaines de vacances prises par an.....	150
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 74 : Liens statistiquement significatifs entre le nombre de vacances et d'autres variables psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	151
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 75 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ne vont pas aux congrès, séminaires et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	152
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 76 : Buts des congrès, des séminaires pour 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011	153
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 77 : Liens statistiquement significatifs entre les chirurgiens dentistes qui ne veulent pas de mise-à-jour de la Sécurité Sociale et différentes variables psychosociales parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011	153
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Figure 78 : Liens statistiquement significatifs entre le jugement du chirurgien dentiste sur le nombre de moyen mis en place pour améliorer ses conditions de travail et différentes variables psychosociales professionnelles parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011..... 155

Figure 79 : Revenu libéral moyen des chirurgiens dentistes par région en 2003 (Collet et Sicart, 2007)..... 170

Figure 80 : Évolution des honoraires réels hors dépassement par chirurgien dentiste et ses composantes (Legendre, 2006)..... 188

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTH	:	Adreno-CorticoTrophine Hormone
AGA	:	Association de Gestion Agréée
BIT	:	Bureau international du travail
CNSD	:	Confédération Nationale des Syndicats Dentaires
CRF	:	Cortico-Releasing Factor
ddl	:	degré de liberté
DREES	:	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual
EU-OSHA	:	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
HAS	:	Haute Autorité de santé
IC	:	Intervalle de confiance
IL-6	:	Interleukine 6
PACES	:	Première année commune aux études de santé (médecine, odontologie, sage-femme, pharmacie)
PH	:	Praticien hospitalier
UFR	:	Unité de Formation et de Recherche
UNECD	:	Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire

INTRODUCTION

La chirurgie dentaire jouit d'un bon niveau de respectabilité et de confiance au sein de la population. Le chirurgien dentiste¹ a la chance d'exercer une profession indépendante, d'être autonome, engagé entièrement dans sa profession et assuré de conditions financières stables. Il apparaît néanmoins que les conditions psychosociales de cet exercice ne seraient pas optimales sous de nombreux aspects. La profession est notée comme une des plus stressantes et le stress est le premier risque psychosocial professionnel. Si des études britanniques, allemandes, hollandaises, américaines, canadiennes, indiennes, finlandaises et japonaises ont déjà abordé la question des conditions psychosociales du chirurgien dentiste, en France il n'existe que très peu de références.

Le suicide, la conséquence la plus grave du stress professionnel, est une cause majeure de mortalité en France. En effet selon le dernier rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), au sein de l'Europe de l'Ouest, la population française présente les taux de décès par suicide les plus élevés après la Finlande. Cela représente nettement plus de 10 000 suicides par an, c'est-à-dire 2% de l'ensemble des décès. Le suicide apparaît comme la deuxième cause de décès entre 25 et 44 ans derrière les tumeurs et se situe en troisième position chez les 45-54 ans précédé par les tumeurs et les maladies cardiovasculaires. Même si le taux de suicide a baissé de 20% en 25 ans, il a diminué trois fois moins vite que l'ensemble des morts violentes. De plus, depuis 2000, le taux de suicide augmente pour les 45-54 ans, notamment pour les hommes. C'est également la classe d'âge avec la fréquence de suicides la plus élevée (Aouba et al., 2009).

Dans ce contexte national, cette étude essaie de préciser les conditions de l'exercice professionnel dans une catégorie réputée comme particulièrement exposée. Connaître les comportements à risque permettrait de pouvoir les réduire ou

¹ L'orthographe « chirurgien dentiste » du dictionnaire Littré a été préférée à celle du dictionnaire Larousse « chirurgien-dentiste ». « Dentiste », au sens du Littré, est dans ce cas l'adjectif de « chirurgien », une réelle spécialité médicale.

plus généralement mieux les comprendre et les appréhender. Reconnaître des facteurs prédictifs de stress chronique voire de burnout permettrait d'identifier la population à haut risque et ainsi de mettre en place une politique de prévention.

L'exercice de la chirurgie dentaire demande beaucoup de concentration et une attention constante ; le praticien est souvent confronté à la souffrance physique de ses patients. La profession est en grande majorité de pratique libérale ; les chirurgiens dentistes doivent, en plus de prodiguer des soins, être des bons gestionnaires afin d'assumer les charges de leur cabinet.

La formation initiale est particulièrement difficile notamment par le concours d'entrée de la PACES (Première Année Commune aux Études de Santé). La sélection s'effectue sur des qualités d'individualisme, de perfectionnisme, d'esprit de compétition et d'élimination du concurrent, les entraînant à supporter d'importantes charges de travail. L'esprit collectif est quasi inexistant, préparant à un exercice de pratique individuelle, conduisant à l'isolement, sans interlocuteur proche pour exprimer son mal-être voire même en prendre conscience. Le soin est exercé dans la relation duelle d'un colloque singulier avec le patient.

Le travail du chirurgien dentiste a une représentation souvent négative pour la majorité de la population en relation avec la douleur fréquente, paroxystique et souvent intolérable qu'engagent les pathologies bucco-dentaires. L'abord de la cavité buccale est un élément probablement non négligeable de ce ressenti : l'échange verbal rassurant est impossible, le bruit amplifie l'anxiété. L'intrusion physique de cette zone érogène secondaire importante complique la relation. A tous ces éléments, s'ajoutent les contingences d'un remboursement partiel des actes et de délais d'attente souvent longs. Le stress professionnel, même si on note une évolution, reste un tabou dans la population française et les chirurgiens dentistes ne font pas exception. Ils méconnaissent voire déniaient souvent les moyens de prévention du stress et les possibilités d'aides et de thérapeutiques lorsque le stress devient insupportable.

Cette étude a pour objectif dans un premier temps d'identifier les principaux facteurs stressants et d'évaluer les conditions de vie professionnelles des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 puis de les comparer aux données de la même étude réalisée 25 ans plus tôt dans les mêmes départements.

En effet, les vingt dernières années ont vu une transformation forte du métier : la nature des actes a profondément évolué, les contraintes réglementaires se sont intensifiées. Pour des raisons liées au progrès technique et des raisons démographiques (vieillissement global de la profession et féminisation des jeunes générations), on assiste à une évolution assez notable des modes d'exercice. Le cabinet individuel laisserait progressivement la place à des pratiques plus collectives reposant sur une mutualisation des moyens et parfois sur une spécialisation des pratiques (Rigal et Micheau, 2007).

Ainsi, pourront être envisagés les moyens de préventions et d'aide à la personne en souffrance et le développement des moyens thérapeutiques pour soulager, accompagner et si possible guérir les professionnels en difficulté. Il est important de démocratiser la connaissance des symptômes du stress professionnel chez les chirurgiens dentistes pour prévenir les conséquences fréquentes, professionnelles mais aussi familiales et sociales de ce risque psychosocial. Afin d'éviter le difficile et long traitement de sa conséquence ultime, le burnout, la prévention et le diagnostic précoce sont nécessaires.

PARTIE 1 : NOTIONS THÉORIQUES SUR LE STRESS EN ODONTOLOGIE

1. Le stress représente-t-il une maladie professionnelle pour les chirurgiens dentistes ?

1.1. Généralités

La profession de chirurgien dentiste est peu étudiée. Il est frappant de constater que des débats importants sur l'avenir de son organisation et de sa performance collective sont très peu outillés par des études épidémiologiques précises laissant plutôt une large part aux discours (Rigal et Micheau, 2007).

Exerçant un métier très spécifique, technique, technologique, manuel, ancré dans une culture fortement libérale, la profession de chirurgien dentiste occupe un champ à part, très autonome, dans le système de santé publique (Rigal et Micheau, 2007).

C'est une profession qui a une tradition libérale très marquée. Plus de neuf praticiens sur dix ont encore aujourd'hui un exercice libéral. L'offre de soin odontologique hospitalière est réduite : sur plus de 40 000 praticiens, moins d'un millier exercent à l'hôpital, et rarement à temps plein. En cela, la profession a une configuration différente de celle des médecins. Les chirurgiens dentistes ont, de fait, une approche très individuelle des soins (Rigal et Micheau, 2007).

Toujours d'après le rapport de l'observatoire national de la démographie des professions de santé de Rigal et Micheau, la profession semble en marge de la santé publique. Les affections bucco-dentaires ont une occurrence très élevée mais sont le plus souvent sans gravité, à tout le moins, peu invalidantes. Cela suffit-il à expliquer la faible représentation de la profession au sein des instances en charge de la santé publique et la faible prise en compte des soins odontologiques dans les politiques de santé publique (Rigal et Micheau, 2007) ?

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

depuis quelques années seulement. Il n'y a pas de chirurgien dentiste dans les services déconcentrés de l'état (ex Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), il n'y a pas de chirurgien dentiste du travail, il n'existe pas de chirurgien dentiste scolaire (Rigal et Micheau, 2007).

Il a fallu attendre 2005 pour que la santé bucco-dentaire fasse l'objet d'un plan national d'action et se trouve ainsi inscrite au Projet de Loi de Finances 2006 sous la forme d'une sous-action du programme de santé publique et prévention, ainsi « casée » à la suite du Virus de l'Immunodéficience Humaine (V.I.H.) / Syndrome d'immunodéficience acquise (S.I.D.A.), des hépatites, des maladies infectieuses graves, du cancer, des maladies cardiovasculaires, des maladies rares et de la santé mentale dont suicide (Rigal et Micheau, 2007)...

La loi hospitalière de juillet 1991 a intégré à part entière l'odontologie dans les activités des établissements publics de santé ; pour autant, les services d'odontologie hospitaliers, en plus de leur rareté, sont souvent mal intégrés aux établissements hospitaliers dont ils dépendent et évoluent dans une sphère autonome (Rigal et Micheau, 2007).

Ce cadre légal de la santé montre bien les difficultés que rencontrent les chirurgiens dentistes de reconnaissance professionnelle.

Selon l'Observatoire européen des risques de l'EU-OSHA (Agence européenne de santé et de sécurité au travail), les importants changements survenus dans le monde du travail ces dernières décennies ont entraîné l'émergence de risques nouveaux dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail : les risques psychosociaux. À côté des risques physiques, biologiques et chimiques, ils apparaissent comme majeurs (Nasse et Legeron, 2008).

Ces risques psychosociaux font référence à de nombreuses situations : stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques, etc. C'est pourquoi, le titre de notre thèse est « le risque psychosocial », comme on parle du risque cardiovasculaire en se référant au modèle médical (Nasse et Legeron, 2008).

La grande variété des thèmes mis sous le vocable de risques psychosociaux est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans en distinguer les causes et les conséquences. Cette confusion

tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent et qui ne relèvent pas toujours de la causalité linéaire car, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire ou systémique. Ainsi, anxiété ou dépression peuvent apparaître comme conséquences du stress, des violences au travail, des harcèlements ou d'un traumatisme. Dans le cas des addictions, ce peut être tout autant la conséquence que la cause (Nasse et Legeron, 2008).

On peut distinguer trois niveaux : à l'amont, les dangers porteurs de risques, les risques eux-mêmes, et à l'aval, les dommages causés par l'occurrence de ces risques (Nasse et Legeron, 2008).

Le risque se définit comme la probabilité qu'une exposition au danger entraîne un dommage et les stratégies de prévention se doivent donc de faire en sorte que l'exposition soit nettement en-dessous du niveau où vont apparaître les dommages (Nasse et Legeron, 2008).

Le caractère circulaire des causes et des conséquences invite à pénétrer dans ce cercle, et à tenter de le rompre en ce point, le stress, où causes et conséquences se rejoignent et se renforcent. Ainsi, tout gain de bien-être au travail obtenu par une réduction du stress a une chance sérieuse de réduire aussi les autres catégories de troubles. La place particulière qu'occupe le stress au sein des risques psychosociaux doit donc être soulignée (Nasse et Legeron, 2008).

Le caractère spécifique des autres catégories de risques psychosociaux suggère qu'un traitement particulier, adapté à cette spécificité, est sûrement adéquat. Mais encore faut-il que ces troubles soient effectivement détectés et ces traitements particuliers entrepris, ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi, les troubles liés aux harcèlements, à un traumatisme ou à une addiction ne sont pas toujours traités en tant que tels, les prendre en charge au moment où ils provoquent stress, anxiété ou dépression constitue sans doute une solution de second rang, mais une solution cependant (Nasse et Legeron, 2008).

Nous avons fait le choix de privilégier le stress et ses conséquences sur la santé mentale des individus dans notre thèse. Du fait de leur caractère spécifique, les troubles liés aux violences, aux harcèlements ou au stress post-traumatique posent moins de problème d'identification de leur cause, ce qui permet de poser plus

clairement le problème de responsabilité juridique éventuellement engagée. Cette clarification aide incontestablement à l'établissement du consensus d'approche de ces troubles, de sorte que la réflexion sociale y est plus mature, comme en témoigne la particularisation de l'arsenal législatif et réglementaire qui les concerne. À l'inverse, ce consensus dans l'identification des causes fait singulièrement défaut pour les troubles liés au stress et à leurs possibles conséquences anxieuses ou dépressives (Nasse et Legeron, 2008).

La chirurgie-dentaire est un métier potentiellement stressant (Murtomaa et al., 1990) : manque de reconnaissance, prise en charge du patient, précision des actes et gestion du temps, travail routinier, pression financière, établissement d'une clientèle, etc. (Nancy, 2009). L'Europe fait du stress une de ces priorités d'action en 2002 et un accord cadre européen est signé le 8 octobre 2004. Le 2 juillet 2008 la France émet un accord national interprofessionnel sur le stress professionnel (Albert et al., 2010).

Le stress professionnel est le premier risque psychosocial. Il se présente sous la forme d'une fatigue réactionnelle à différentes manifestations psychopathologiques ou somatiques (Théry-Hugly, 2008). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression reliée au stress chronique sera la deuxième cause d'invalidité au monde après les maladies cardiovasculaires d'ici 2020 (Malenfant, 2011 ; Nancy, 2009).

La chirurgie dentaire est un exercice soumis à de nombreux facteurs de stress (Gorter et al., 2008) qui ont probablement une répercussion sur la santé à long terme et le bien-être global des professionnels (Kay et Lowe, 2008).

Les métiers émotionnellement exigeants comme la chirurgie dentaire sont sources de surmenage. Parmi 232 chirurgiens dentistes finlandais interrogés (Murtomaa et al., 1990), 41% des femmes et 59% des hommes éprouvent du stress au travail. Le contact intime et prolongé entre les praticiens et les patients est épuisant et peut être très stressant. Il peut avoir pour conséquence le burnout (Wolfe, 1981). Aux Pays-Bas, la moitié des chirurgiens dentistes pensent que leurs problèmes physiques ont un rapport direct avec leur profession.

Il est très difficile de distinguer et de dissocier les antécédents personnels des conséquences directes du stress professionnel. Parmi les chirurgiens dentistes

hollandais qui ont été malades durant l'année et qui ont dû rester à la maison, 82% pensent que l'exercice de la chirurgie-dentaire en est la cause (Gorter et al., 2000).

Les réactions au stress sont très variables entre les individus selon les constitutions, les personnalités, les habitudes et les croyances (Toussaint, 2000). Il est important de surveiller le niveau de stress des chirurgiens dentistes car lorsque le stress atteint certains paliers, les professionnels deviennent moins sensibles et moins attentifs envers les patients anxieux (Moore et Brodsgaard, 2001). Le risque expose alors autant le praticien que le patient !

1.2. Définition du stress

Le stress, du latin *stringere*, « serrer » (Sintes, 2007), est défini comme le résultat non spécifique de toute demande sur le corps que ce soit psychique ou somatique (Schaufeli et al., 1993).

Le terme « stress » a deux sens différents. Il signifie à la fois les réactions de défense d'un organisme à un changement de l'environnement (de nature physique : température ambiante chaude ou froide ; de nature physiologique : par exemple des altérations métaboliques ou endocriniennes) ou psychologique (par exemple joie, peur, colère) et il signifie également le changement même c'est-à-dire la capacité de générer les réponses physiologiques et les conséquences pathologiques qui se manifestent chez l'organisme stressé (Jay, 2006).

Il est essentiel à la vie car sans stress, pas de survie ni d'action (Tigrid et Sintes, 2009). En effet, la capacité de résister au stress représente le mécanisme indispensable à la survie de l'individu (Jay, 2006). Le stress est un ensemble de mécanismes d'adaptation de l'organisme aux changements de l'environnement. Il peut être une source de créativité, du bien-être, voire de dépassement de soi, s'il est limité dans le temps, motivant et choisi. Le stress, à un certain degré, permet de donner le meilleur de soi-même pour agir et mener à bien ses projets. Le niveau optimal de stress, appelé aussi zone de confort, est la dose de stress biologiquement nécessaire à chacun pour se sentir bien, en harmonie avec sa personnalité, ses capacités et son environnement. Ce niveau est variable d'un individu à un autre. Disposer de très peu de temps peut stimuler et éveiller les capacités intellectuelles.

D'autres personnes apprécieront de pouvoir se préparer longtemps à l'avance pour donner le meilleur d'elles-mêmes (Carillo, 2011).

C'est une réponse d'adaptation aux différentes contraintes, menaces et incertitudes auxquelles l'homme est confronté (Legeron et al., 2008). Une situation pouvant induire une réponse de stress, présente quatre caractéristiques, en dépit de l'âge de la personne, de ce qu'elle est et de son travail : la nouveauté, l'impression de ne pas avoir le contrôle, l'imprévisibilité et le sentiment d'une menace pour son ego. Plus une situation comporte ces caractéristiques, plus le stress ressenti sera intense (Malenfant, 2011).

Les réactions neurophysiologiques au stress s'appuient sur une mise à disposition des ressources personnelles pour mieux s'adapter et agir. Elles ont permis à l'homme de la préhistoire de fuir ou combattre un prédateur et constituent donc un héritage de nos ancêtres. Le système nerveux et les glandes surrénales de l'homme du paléolithique, confronté à un danger vital, sont soumis à des modifications physiologiques importantes. Des hormones sont sécrétées (adrénaline, noradrénaline,...), qui à leur tour, bouleversent le fonctionnement de l'organisme : accélération du rythme cardiaque, augmentation de la tension musculaire, ralentissement de la digestion, stimulation du foie, diminution de la circulation sanguine dans la peau... La vigilance s'accroît. Ce « séisme » physiologique et normal a pour but de permettre au corps de réagir efficacement pour survivre (Carillo, 2011).

Aujourd'hui, les risques de dangers mortels ou les situations de stress aigu sont plus rares dans notre société. Ils ont été remplacés par des sources de stress de la vie quotidienne qui agissent de façon continue et répétée : bruit, lumière électrique, promiscuité dans les salles de soins, charge de travail, interruptions, tensions relationnelles... Pourtant, le cerveau réagit comme s'il s'agissait d'un risque vital, sans différencier un danger qui menace l'intégrité physique et un stress sans conséquences majeures (par exemple, lorsque qu'une personne subit un reproche sur son travail). La réaction physiologique est identique, donc disproportionnée. À l'inverse des hommes préhistoriques, nous subissons, en général, ces pressions sans agir physiquement. Le stress chronique s'installe. Les capacités d'adaptation n'étant pas illimitées, des désordres physiques et psychologiques plus ou moins

importants peuvent apparaître. Le stress affaiblit le système de défense immunitaire de l'organisme (Carillo, 2011).

Après le concept central du stress (stabilité du milieu intérieur) issu des travaux du physiologiste Claude Bernard, c'est Hans Selye, endocrinologue de Montréal, né en Hongrie, qui est le pionnier de la description physiologique du stress. En 1936 il définit le syndrome général d'adaptation aux différentes contraintes de la vie et de l'environnement (Théry-Hugly, 2008) et emprunte le terme de stress à la physique pour introduire la terminologie de stress biologique correspondant à cette homéostasie. Il précise que c'est une réaction non spécifique de l'organisme à n'importe quelle demande. C'est une réaction stéréotypée à des stimuli différents, réaction physiologique aussi bien macroscopique que biochimique. En 1948 il décrit le rôle important de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien dans la médiation et la coordination des réponses de l'organisme au stress capables d'assurer la stabilité de l'organisme (Jay, 2006). Mason introduit la dimension émotionnelle (2001). Enfin le terme sera élargi vers une dimension psychosociale avec les travaux de Karasek (1979), Lazarus et Folkman (1984) après ceux de Siegrist (1976). Progressivement, on voit ensuite apparaître les notions de risques psychosociaux, de facteurs psychosociaux au travail et de santé mentale, notions plus larges qui englobent les problématiques aussi diverses que le stress, le harcèlement moral, la violence, la souffrance, le suicide, la dépression, les troubles musculo-squelettiques, le burnout, etc. (Albert et al., 2010). C'est une combinaison de symptômes apparaissant simultanément et provoquant des conflits entre l'individu et ses relations, son travail et son environnement social (Pozos-Radillo et al., 2010).

En 1996, la Direction Générale de l'Emploi de l'Union Européenne définit le stress comme une réaction émotionnelle et psychologique à des aspects du travail, à un environnement et à une organisation de vie défavorables. Le stress menace donc ceux qui vivent dans un niveau d'activité et de contrainte élevé. Un excès de stress génère le sentiment de ne pas être capable de gérer une situation (Lejoyeux, 2004).

Le stress professionnel est reconnu comme un risque professionnel qui peut altérer la santé physique, le bien-être psychologique et la performance au travail (Maslach et Leiter, 2008). Ce stress néfaste est secondaire à des problèmes médicaux, à une sous-estimation de soi, à la dépression et à l'anxiété et au sentiment de désespoir (Newton et al., 2006).

La situation professionnelle jugée par une personne comme hostile et le fait que la personne sache ou non faire face à la menace sont les éléments clés de l'apparition du stress (Gorter et al., 2006).

La réaction de stress survient spontanément dès lors que l'homme est opposé à un facteur de stress ; elle lui permet généralement de faire face à la situation en déclenchant une activation autant physiologique qu'émotionnelle qui mobilise toutes les ressources de l'organisme (Legeron et al., 2008). Le stress est induit par le sentiment de ne pas savoir faire face à une situation. Quand une personne ne pense pas pouvoir maîtriser une situation, elle va se stresser. Son stress s'aggrave si elle a le sentiment d'un support social insuffisant pour y faire face (Institut de Médecine Environnementale Neurosciences, 2009). Dans l'urgence, certaines réactions émotionnelles génèrent chez l'homme des comportements d'inhibition, de fuite ou d'agressivité qui ne sont pas toujours adaptés (implosion, explosion). Elles peuvent être désastreuses sur les relations humaines et finalement être un obstacle à la résolution des problèmes (Legeron et al., 2008).

Il existe différentes phases de réaction à un facteur de stress aigu (Marzouk, 1999) définies par Hans Selye (Figure 1) :

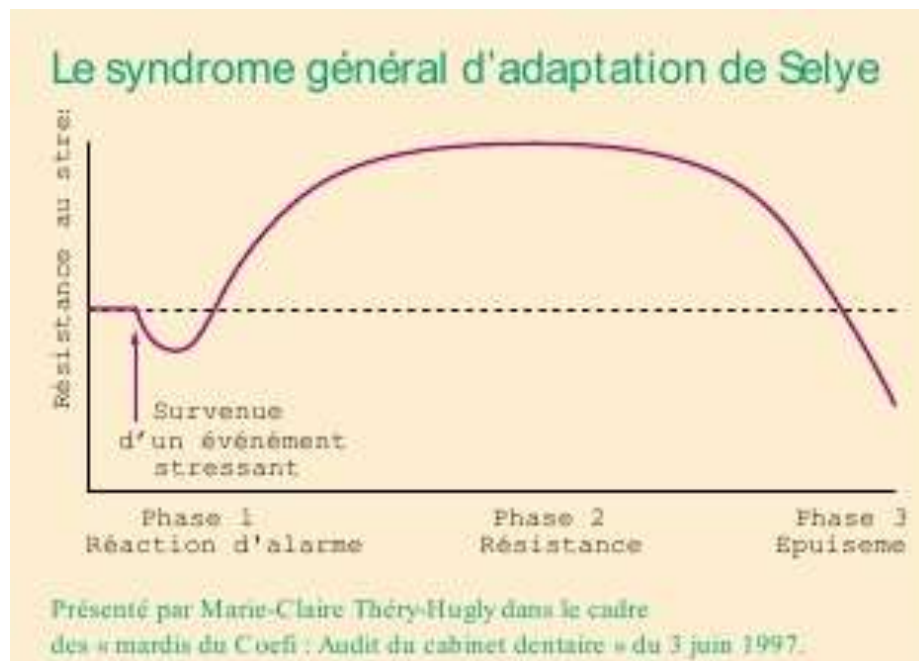


Figure 1: Le syndrome général d'adaptation de Selye (Marzouk, 1999)

La phase initiale ou phase d'alarme qui est le temps de mobiliser les ressources de l'organisme. Les mécanismes de défense réagissent d'une façon rapide et maximale (Jay, 2006). L'hypophyse et les corticosurrénales sont stimulées, le rythme cardiaque s'accélère, la respiration s'amplifie. L'individu est au mieux de sa performance, c'est l'aspect bénéfique du stress (Marzouk, 1999).

La phase de résistance où l'ensemble des réactions physiologiques sont tournées vers l'affrontement. La capacité d'adaptation est augmentée (Jay, 2006). Le stimulus stressant perdure, l'individu se fatigue, il a du mal à s'adapter, il devient plus vulnérable, moins performant (Marzouk, 1999).

La phase d'épuisement, une fois que les réserves d'énergie sont épuisées. C'est la perte de la capacité d'adaptation (Jay, 2006). La lassitude, l'irritabilité, l'agressivité et les sentiments d'impuissance et d'inhibition s'installent. Les facultés adaptatives sont dépassées. On parle de stress pathologique. Son mode d'expression sera psychique ou corporel ou les deux (Marzouk, 1999).

La figure 2 illustre les rapports stress-performance.

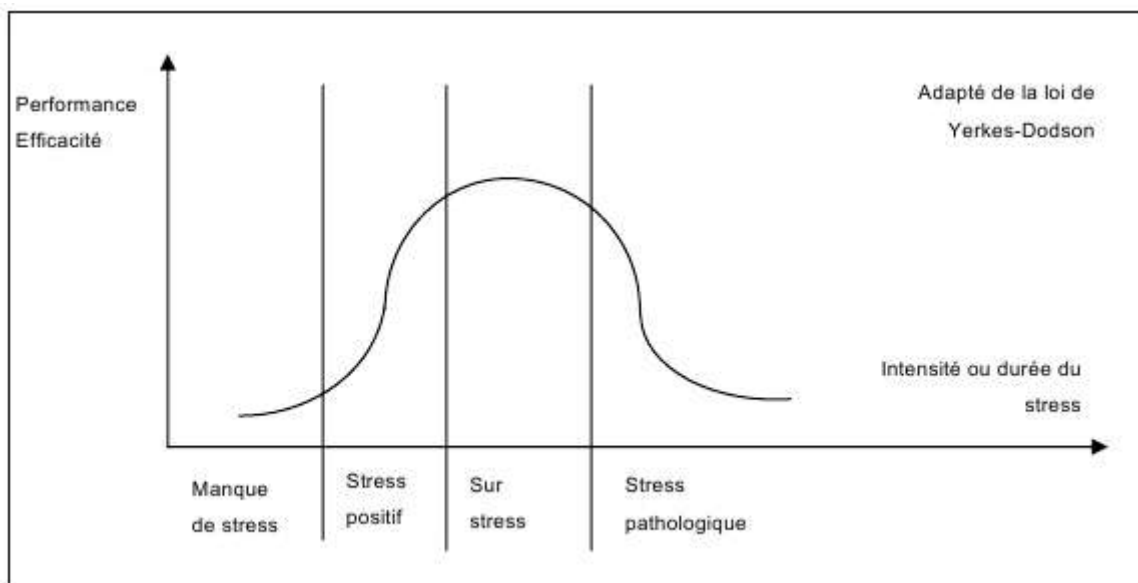


Figure 2 : Courbe de Yerkes-Dodson (Roussillon et Duval-Hamel, 2006)

Les réponses au stress seraient donc responsables des maladies ainsi nommées maladies d'adaptation. En 1950, Hans Selye définit le stress comme un

processus pas nécessairement négatif, cela de la façon dont l'individu le percevra. Par exemple le stress perçu lors d'une réussite personnelle professionnelle sera bénéfique alors que le stress ressenti lors d'un échec sera plus délétère (Jay, 2006).

Mais depuis ces années, les idées ont changé progressivement. Actuellement, on ne voit plus le stress comme un ami mais plutôt comme un ennemi qui aurait des effets cumulatifs délétères sur le système nerveux central, plus particulièrement sur sa capacité d'apprendre et de se souvenir (Jay, 2006).

En 1998, Kim et Yoon donnent une nouvelle définition du stress : « toute condition qui perturbe l'homéostasie physiologique et psychologique » ; allant de l'anxiété au syndrome de stress post-traumatique (Jay, 2006).

La réponse au stress serait donc un mécanisme nécessaire à la survie mais un stress prolongé pourrait avoir des conséquences sévères qui peuvent aller des déficits dans l'apprentissage et la mémoire jusqu'à la mort cellulaire. L'exposition à des stress répétés mais modérés augmenterait la capacité d'adaptation tandis que l'exposition à des stress sévères résulterait en un excès d'hormones glucocorticoïdes (Jay, 2006).

Les réponses de stress sont de trois ordres : physiologique, comportementale et cognitive, toutes en interaction les unes aux autres. Dans la phase d'épuisement ces réponses deviennent des pathologies somatiques, psychologiques et comportementales avec une baisse de la performance (Théry-Hugly, 2008).

Les réactions comportementales face à une situation d'urgence ou inconnue sont nombreuses et ont chacune des conséquences différentes sur les relations professionnelles. Il ne faut pas oublier que praticien et patient ont tous deux des réactions émotionnelles spécifiques dans une situation donnée. Ces réponses ne seront pas forcément antagonistes (Fradin et Aalberse, 2008).

L'inhibition est un comportement qui génère, par un excès d'anxiété et par manque de références comportementales ou autocensure, l'incapacité à dire non, le non-dit, l'incapacité à faire des demandes, à exprimer des émotions et à donner son avis notamment quand il est contraire à celui de l'interlocuteur (Fradin et Aalberse, 2008).

L'agressivité est également une mauvaise gestion des émotions hostiles, d'un manque de modèles comportementaux voire des pensées négatives ou stressantes.

Dans ce cas, les émotions s'extériorisent de façon bruyante au détriment de l'interlocuteur risquant de déclencher des réactions dévastatrices (Fradin et Aalberse, 2008).

La manipulation est un comportement agressif « déguisé ». Qu'elle soit volontaire ou involontaire, elle prend sa source dans une stratégie d'évitement de l'échange avec risque de contradiction, conflit, désaccord, dissension (Fradin et Aalberse, 2008)...

L'affirmation de soi est un comportement permettant l'expression efficace sincère et directe des sentiments de la personne en évitant d'avoir une anxiété excessive tout en respectant l'interlocuteur sans redouter la confrontation. C'est un moyen d'éviter les conflits mais ce comportement n'est ni inné, ni spontané (Fradin et Aalberse, 2008).

Des récentes découvertes en neurosciences cognitives montrent que le stress est un moyen d'expression indirect du néocortex préfrontal, paradoxalement peu conscient (Fradin et Aalberse, 2008). Il est le siège d'une intelligence adaptative destiné à permettre aux hommes de faire face aux situations nouvelles ou complexes (par la curiosité, l'adaptabilité, la rationalité, l'intuitivité, la créativité et la gestion des sentiments).

Le mode « automatique » est le siège de la personnalité des émotions et des compétences spécifiques. Il permet de faire face à des situations simples ou habituelles et ce mode a besoin du sentiment de contrôle. Face à une situation nouvelle ou complexe que l'homme ne maîtrise pas, le seul fait de mobiliser les ressources cognitives du mode adaptatif préfrontal permet de faire tomber instantanément et massivement l'état de stress (Institut de Médecine Environnementale Neurosciences, 2009).

Mobiliser l'état d'esprit capable de s'adapter à la nouveauté ou de résoudre un problème complexe suffit à faire baisser le stress alors que la persévérance inappropriée du mode automatique fait rechercher à tout prix une vaine sensation de maîtrise. Le stress est le signal d'alarme des capacités cérébrales, capable de détecter les incohérences dans lesquelles les automatismes comportementaux emmènent l'homme (Institut de Médecine Environnementale Neurosciences, 2009). Trois types de stress existent : systémique, psychologique et social. Le premier

concerne les perturbations du système organique et tissulaire, le stress psychologique est lié aux facteurs cognitifs menant à l'évaluation d'une menace, et enfin le stress social se rapporte aux perturbations d'unité ou de système social (Schaufeli et al., 1993).

A l'inverse du burnout, tout le monde peut avoir une expérience de stress et les situations de stress sont infinies (Schaufeli et al., 1993). Vivre en permanence sous l'emprise du stress, sans bénéficier de périodes de récupération, sans ménager ses forces, conduit au burnout (Tigrid et Sintès, 2009). Une personne sans motivation professionnelle initiale peut ressentir du stress mais n'a pas de facteur de risque de burnout (Schaufeli et al., 1993).

1.3. Les cibles du stress

Le stress cible spécifiquement les aires du cerveau impliquées dans la coordination de la cognition et de l'émotivité : l'hippocampe, le cortex préfrontal et l'amygdale. Ces aires à risque sont celles où l'on va retrouver une atrophie et un dérèglement fonctionnel au cours du vieillissement. Les aires à risque (hippocampe, cortex cingulaire inférieur) sont les zones finales de l'intégration et de la cognition et de l'émotion (Jay, 2006).

1.3.1. L'hippocampe

Le stress produit des déficits dans des formes de mémoire dépendante de l'hippocampe. Le stress perturbe toutes les différentes composantes de la mémoire : acquisition, stockage et rappel de l'information. Le stress et les hormones du stress bloquent ou en tout cas atténuent la potentialisation à long terme et au contraire facilitent la dépression à long terme. La potentialisation à long terme est l'augmentation durable de l'efficacité synaptique, suite à l'application d'une stimulation tétanique brève des fibres afférentes. La dépression à long terme est le phénomène inverse, c'est-à-dire une diminution durable de l'efficacité synaptique. En d'autres termes, le stress semble modifier l'équilibre de la balance physiologique nécessaire à une bonne efficacité synaptique. Ces effets du stress sur la plasticité synaptique sont médiés entre autres par l'activation des récepteurs aux glucocorticoïdes (Jay, 2006).

La plasticité structurale de l'hippocampe est également affectée par le stress. En 1989, McEwen montre qu'à la suite d'un stress chronique, les neurones de la région CA3 sont remodelés au niveau de leurs dendrites. On voit une diminution de la longueur et du nombre de branches dendritiques. Un stress chronique produit une rétraction des dendrites et ce remodelage est également observé avec différents stress (Jay, 2006).

La neurogenèse dans le gyrus denté est également bloqué par le stress. En réponse à un stress, c'est le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui va orchestrer la production du CRF (Cortico-Releasing Factor) à partir de l'hypothalamus, de l'ACTH (Adreno-CorticoTrophine Hormone), à partir de l'hypophyse et des corticoïdes à partir des surrénales. Ceci dans le but de maintenir des niveaux hormonaux homéostasiques (Jay, 2006).

En plus de ce rétrocontrôle négatif, certaines régions cérébrales sont importantes directement dans la régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien : l'hippocampe, le cortex préfrontal et l'amygdale (Jay, 2006).

1.3.2. Le cortex préfrontal

Le stress affecte particulièrement la performance des animaux dans des tâches de mémoire de travail qui est une forme de mémoire dépendante du cortex préfrontal. La mémoire de travail est une forme unique de mémoire à court terme qui permet le maintien actif et la manipulation de l'information afin de réaliser des tâches cognitives, ces informations n'étant disponibles que de manière temporaire. La région qui est nécessaire à la mémoire de travail est le cortex préfrontal (Jay, 2006).

1.3.3. L'amygdale cérébrale

L'exposition au stress peut induire des effets importants sur la cognition mais aussi sur l'émotion (Jay, 2006).

Lorsque l'on est en proie à l'émotion, notre capacité à conserver les souvenirs dans notre mémoire épisodique se renforce. En d'autres termes, nous oublions beaucoup plus vite les événements émotionnellement neutres alors que des souvenirs d'événements émotionnels forts sont plus tenaces. Ceci n'est cependant

pas vrai dans le cas d'un stress intense ou prolongé. La réaction émotionnelle peut alors nuire à la performance épisodique (Jay, 2006).

L'amygdale joue un rôle majeur dans la régulation des processus émotionnels. Elle intervient dans la perception et l'expression des émotions. Elle permet également d'associer émotions et perceptions sensorielles, participant ainsi à une certaine forme de mémoire (Jay, 2006).

L'amygdale est le support de l'acquisition et de la commande de la réponse de peur. Elle contrôle de manière critique le conditionnement à la peur (Jay, 2006).

Les effets du stress sur la plasticité et les fonctions de l'amygdale sont différents comparés à l'hippocampe ou au cortex préfrontal (Jay, 2006).

L'exposition au stress et les hormones de stress augmentent la réponse de peur. Le conditionnement de la peur ou conditionnement aversif implique l'amygdale basolatérale. Un stress répété produit aussi des modifications de la performance dans des tâches relevant de l'amygdale mais les résultats sont une augmentation et non pas un déficit de mémoire comme les tâches impliquant l'hippocampe. Les effets du stress sur la plasticité synaptique au niveau de l'amygdale sont inverses par rapport à l'hippocampe. Le stress facilite la potentialisation à long terme dans le noyau basolatéral de l'amygdale. Enfin, à l'inverse de l'hippocampe où l'on observe une atrophie dendritique au niveau de la région CA3 à la suite d'une exposition à un stress chronique, ce même stress provoque une hypertrophie des dendrites dans le noyau basolatéral de l'amygdale (Jay, 2006).

Le stress influence donc de manière générale les performances cognitives de l'homme. Les glucocorticoïdes diminuent la consolidation de la mémoire de travail mais augmentent la consolidation d'une mémoire émotive et induisent des déficits dans les rappels de l'information mnésique. Le stress et les hormones du stress entraînent des déficits au niveau du rappel pour ce qui est de la mémoire déclarative qui impliquent les régions de l'hippocampe, les régions parahippocampiques et le cortex entorhinal. On se rappelle mieux d'évènements émotionnels que d'évènements neutres. Cette forme de mémoire fait appel à l'amygdale puis au circuit amygdale / cortex frontal (Jay, 2006).

Ces modifications de plasticité structurale et synaptique de même que les déficits de performance observées dans les différentes tâches de mémoire suite à

une exposition de stress sont réversibles. Par exemple, l'atrophie vue sur les dendrites apicales de la région CA3 de l'hippocampe est réversible sept à dix jours après cessation du stress. Ceci est aussi retrouvé pour la plasticité synaptique et la mémoire (Jay, 2006).

1.4. Stress et immunologie

Dans la phase d'alerte, la perception d'un changement ou d'un danger amène une stimulation de l'hypothalamus qui commande la sécrétion de catécholamines (adrénaline et noradrénaline) par les glandes surrénales (système sympathique). Celles-ci vont initier des manifestations physiques permettant une disponibilité de l'attention pour faire face à l'évènement. La sécrétion d'adrénaline par les glandes surrénales déclenche une augmentation du rythme cardiaque, une mydriase, une augmentation de la tension artérielle, une tonicité accrue des muscles squelettiques, etc. C'est un système qui est archaïque, parce qu'adapté à un environnement naturel hostile, dans lequel l'homme devait se défendre des prédateurs. De nos jours, le mode de vie occidental est plus générateur de stress psychologique que de stress physique (Sintes, 2007). La libération des endorphines et les neurotransmetteurs impliqués dans ce pilotage neurologique (principalement la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline, et plus accessoirement l'acétylcholine, le glutamate et le gaba). La figure 3 résume bien les interactions entre cerveau et système immunitaire.

Dans la phase de résistance, l'hypothalamus, via l'hypophyse, stimule la sécrétion de glucocorticoïdes par les glandes corticosurrénales (cortisol), qui vont favoriser la glycogénogénèse. Ceci permet de puiser l'énergie dans les réserves présentes (protéines et lipides du corps). La synthèse de glucides qui en découle permet à l'individu de tenir un certain temps (Sintes, 2007).

Dans la phase d'épuisement, une hyperstimulation de l'axe corticotrope due à l'inefficacité de la boucle de rétroaction régulant la sécrétion de glucocorticoïdes, amène une concentration de ces dernières déclenchant l'apparition de pathologies diverses. Aujourd'hui, le stress s'inscrit dans un système dans lequel biologique et psychologique ne sont plus séparés (Sintes, 2007).

Des interactions fonctionnelles entre systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire sont réalisées grâce à la présence de médiateurs et de récepteurs

communs. Les cytokines et parmi elles, l'interleukine-1 (IL-1) en sont un exemple : l'IL1 est à la fois un puissant modulateur du système immunitaire mais aussi des deux autres systèmes et met en jeu des boucles de régulation successives.

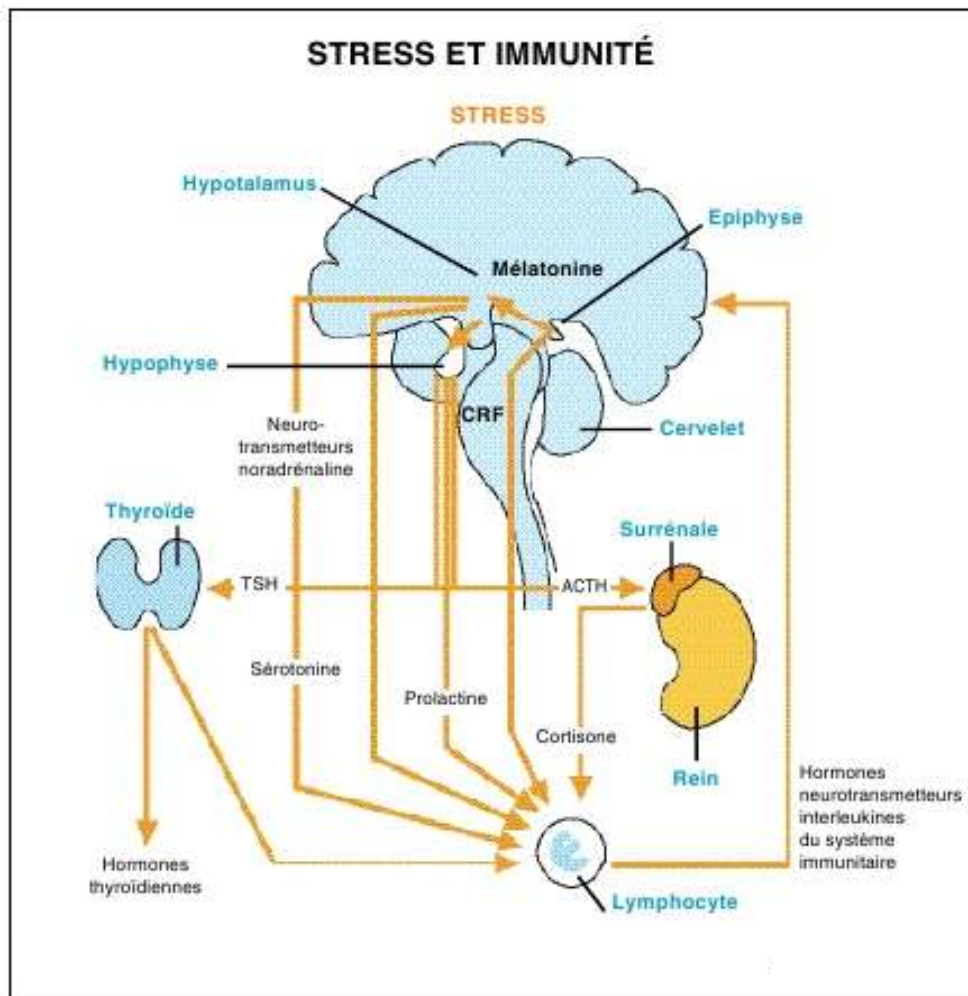


Figure 3 : Les voies de communication entre cerveau et système immunitaire (Sintes, 2007)

Il existe ainsi des interactions caractérisées par des récepteurs spécifiques de l'IL-1 dans le cerveau (hippocampe), dans des structures vasculaires (plexus choroïdes et vaisseaux) et des structures neuro-endocriniennes (hypophyse). La présence de récepteurs de l'IL-1 sur des structures nerveuses centrales explique les effets périphériques de faibles doses d'IL-1 qui ont été injectées dans le cerveau (température corporelle, activation de l'axe du stress et des fonctions hypophysaires, modifications du comportement, et une inhibition du SI). La transmission de

l'information à partir du cerveau se fait par l'activation de l'axe du stress (hypothalamus hypophyse surrénale corticoïdes). Il est intéressant de noter qu'un médiateur de l'immunité comme l'IL-1 active l'axe du stress comme le fait un stress émotionnel.

1.5. Le modèle biopsychosocial

Ce modèle décrit les relations complexes mettant en rapport le stress et la santé, impliquant en particulier la psychologie de l'individu et le système immunitaire. Il fait intervenir la perception, elle-même associée à l'environnement social (tel que le soutien et le travail), les caractéristiques personnelles (telles que l'âge, le sexe, l'état de santé) qui vont se conjuguer avec la personnalité pour prédire une façon de réagir et de s'adapter au stress (Sintes, 2007).

Le facteur psychologique impacte sur le système immunitaire par un comportement psychologiquement défaillant (se traduisant par insomnie, anxiété ou dépression) qui va induire des effets relayés par l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien et le système nerveux sympathique, et va intervenir sur le système immunitaire, notamment par l'effet du cortisol et des catécholamines. Cette atteinte immunitaire induira une susceptibilité accrue à la maladie et une altération de l'état de santé. Ces troubles peuvent être majorés par des modifications comportementales telles que la réduction de l'exercice, une alimentation déséquilibrée, l'abus d'alcool ou autres drogues (Sintes, 2007).

D'autres paramètres permettent de nuancer un stress dit objectif, généré par un événement réputé stressant (deuil, licenciement...), d'un stress subjectif, perçu différemment en fonction des sensibilités individuelles. La détresse affective se produit quand le stress est perçu comme dépassant la possibilité individuelle d'y faire face, soulignant l'importance de la situation déclenchante (Sintes, 2007).

Le stress ne se définit pas seulement par le moment de sa survenue. Sa durée est également importante. On distingue ainsi le stress aigu (moins d'une heure), le stress à court terme (entre plusieurs jours et un mois) et le stress à long terme (plus d'un mois). La durée implique le cumul d'événements et leur possible hétérogénéité. Les événements sont par nature discontinus mais c'est leur répétition de façon régulière (une semaine, un mois, une année...) qui détermine la durée. Une

prolongation importante de l'état de stress fait intervenir des hormones telles que les catécholamines, le cortisol, la prolactine, l'hormone de croissance, qui affectent l'état immunitaire (Sintes, 2007).

Certains stress s'accompagnent de modifications des habitudes de vie (alimentation, dépendances, temps d'éveil,...) qui vont elles-mêmes intervenir sur le système immunitaire (Sintes, 2007).

Le stress peut être un évènement interpersonnel ou non. Les évènements interpersonnels (tels que les ruptures sociales ou les pertes) produisent davantage d'affects dépressifs et de dépressions que les autres types d'évènements (Sintes, 2007).

Lorsqu'un évènement est vécu comme mettant en cause l'existence et / ou la personnalité, c'est la perte de contrôle et de l'estime de soi qui sont mis en jeu. L'individu ne perçoit alors pas d'issue, et il ne peut décharger ses émotions, ni dans l'action, ni dans l'expression (Sintes, 2007).

Ces différents modèles soulignent la complexité du processus du stress à travers la diversité des facteurs de stress et des réactions psychophysiologiques individuelles (Sintes, 2007).

1.6. Stress et santé

Il est connu que le stress a des effets sur la santé. En s'appuyant sur les travaux de Kompier (1990) et Brosschot (1993), Gorter affirme qu'il existe des preuves d'une relation forte entre le stress vécu et l'état de santé (Gorter et al., 2000). Les facteurs de stress influencent la pathogénicité d'affections physiques en causant un état affectif négatif (comme l'anxiété ou la dépression) qui à son tour a des effets directs sur les modes comportementaux ou processus biologiques qui augmentent le risque. Le stress est associé à l'augmentation de morbidité et à l'augmentation d'utilisation de soins médicaux (Peters et al., 1977b).

Il n'est pas possible de proposer des critères diagnostiques de stress s'appliquant à tous les individus. La notion de stress n'apparaît pas dans la Classification Internationale des Maladies. Elle ne figure pas non plus dans la classification psychiatrique américaine du DSM (Diagnostic and Statistical Manual).

Une autre difficulté du stress tient au fait que ce concept s'exprime dans deux champs différents, celui de la clinique et celui de l'environnement (Lejoyeux, 2004).

Lorsque les facteurs de stress sont trop nombreux, qu'ils durent trop ou encore qu'ils sont trop importants, on entre en phase de stress chronique. La réaction du corps est une résistance au stress qui peut être longue et dommageable (Legeron et al., 2008). Les symptômes psychiques les plus fréquents chez les professionnels de santé sont la fatigue, la tension, l'irritation et la frustration (Murtomaa et al., 1990), retrouvés très fréquemment chez les personnes stressées. Lorsque l'organisme ne peut plus endurer la situation, on arrive à un état de burnout, le stade terminal du stress (Legeron et al., 2008).

Les effets nocifs du stress prolongés sont véhiculés par une induction excessive de la réponse « de combat ou de fuite » contrôlé par l'hypothalamus. La conséquence est d'augmenter l'activité du système nerveux sympathique, de type adrénergique. La réaction opposée à cette réponse de combat ou de fuite est la réponse de relaxation qui est caractérisé par la diminution de l'activité du système nerveux sympathique et aussi induite par l'hypothalamus. Elle peut être induite par les techniques de relaxation et de méditation (Peters et al., 1977b).

Il faut également rappeler que la tolérance au stress est diminuée lorsqu'une personne est malade ou n'a pas suffisamment de repos (Hill et al., 2010).

1.7. Diagnostic du stress

Porter un diagnostic d'état de stress consiste à distinguer le stress aigu et le stress chronique. L'état de stress aigu correspond aux réactions immédiates survenant dans les suites d'une agression ou d'un traumatisme bien individualisé. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à plusieurs événements durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée. La réaction du sujet se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Durant l'évènement ou après l'évènement, l'individu a présenté au moins trois des symptômes suivants : un sentiment de torpeur, une impression d'être « dans le brouillard », une impression de déréalisation ou de dépersonnalisation. L'évènement traumatique est constamment revécu sous la forme d'images, de pensées, de rêves. Le diagnostic repose aussi sur la présence de symptômes

anxieux persistants tels que des troubles du sommeil, une irritabilité, des difficultés de concentration, une hyper vigilance et des réactions de sursauts exagérés (Lejoyeux, 2004).

Le diagnostic de stress chronique repose sur des critères moins spécifiques. Les « masques » comportementaux du stress chronique sont les symptômes dépressifs et le découragement, l'anxiété, l'irritabilité, la fatigue et l'épuisement professionnel. Les autres modes d'expression du stress sont somatiques ou psychosomatiques. C'est dans ce registre que se retrouvent les douleurs, les manifestations dermatologiques diverses, les dysfonctions gastro-intestinales, les signes cardiovasculaires « atypiques » et les troubles de la sphère génitale. Un dernier mode d'expression du stress est la modification du comportement. Une consommation majorée de tabac ou d'alcool, des troubles de la sexualité et de l'appétit de même qu'une modification du poids en sont les indices (Lejoyeux, 2004).

Le diagnostic et la prise en charge du stress ne peuvent se limiter à une recherche de symptômes psychologiques ou comportementaux. Elle nécessite également une évaluation de l'environnement du patient stressé. Le stress peut concerner la vie professionnelle ou familiale. Dans le domaine professionnel, les principales causes de stress sont les mauvaises conditions de travail, l'ambiguïté dans la carrière, l'insécurité de l'emploi, les risques liés à l'exercice professionnel, l'ambiguïté du rôle professionnel. Les conflits avec les pairs ou avec la hiérarchie sont d'autres facteurs de stress, de même que les contraintes sur le comportement, les contraintes de temps, la surcharge de travail, l'excès ou le manque de responsabilités (Lejoyeux, 2004).

L'approche diagnostique de la situation de stress impose enfin le repérage des troubles psychiatriques associés. La pathologie la plus fréquente est la dépression. Elle concerne près de 10% de la population générale. Ses signes les plus spécifiques sont le désintérêt et le découragement. Les autres expressions de la dépression sont la tristesse ou l'irritabilité, l'anorexie avec perte de poids, l'insomnie, le ralentissement physique et psychique accompagné de fatigue et de perte d'énergie. Les troubles de la personnalité sont aussi domaine de la psychiatrie associés aux réactions de stress. Les personnalités caractérisées par une ambition intense et un esprit de compétition sont souvent à l'origine d'une désadaptation stressante (Lejoyeux, 2004).

1.8. Mesure du stress professionnel

La mesure du stress professionnel est le sujet essentiel qui détermine les plans d'action, qui dépendent des conclusions considérées par tous (parfois à tort) comme une vérité scientifique. Le choix d'une échelle est, en fait, un choix de modèle théorique. Les résultats de la mesure sont souvent présentés à des non-spécialistes qui n'ont pas la capacité de les contester. Les échelles doivent répondre aux exigences répertoriées en psychométrie (Albert et al., 2010).

1.8.1. Le modèle de Bruchon-Schweitzer

C'est un modèle intégratif et multidimensionnel de psychologie de la santé qui permet d'apprécier le stress professionnel dans sa globalité. Ce modèle a l'avantage de proposer une lecture du stress en trois parties ou catégories de variables qui s'inscrivent dans une logique dynamique et circulaire (Figure 4). Ce modèle convient donc aux prédictions notamment des phénomènes de burnout, de performances professionnelles ainsi que la prédiction d'état de santé physique (initiation d'une maladie, état fonctionnel) et mentale (dépression, bien-être, satisfaction...) (Albert et al., 2010).

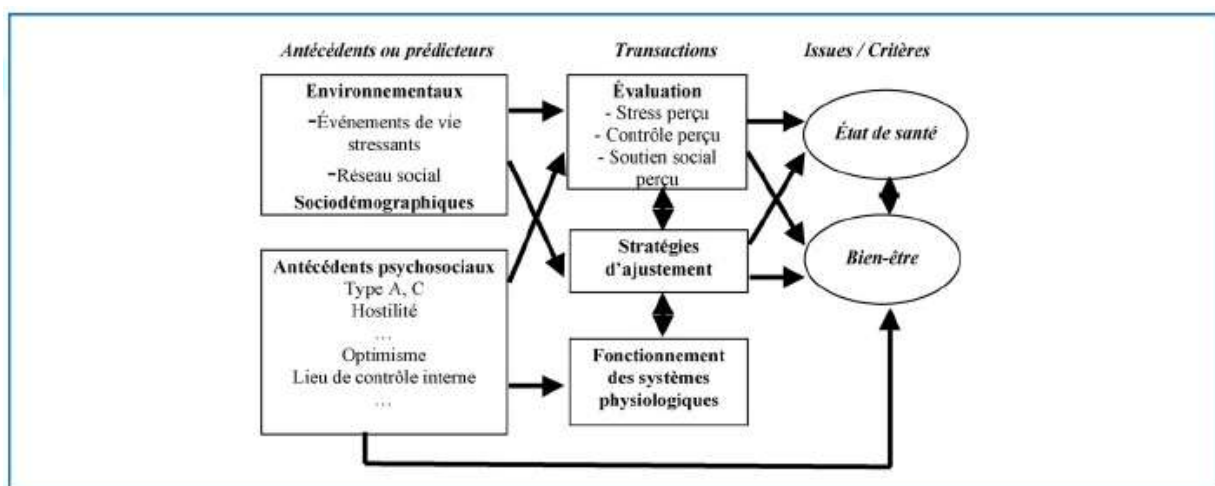


Figure 4 : Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer (Albert et al., 2010)

Ce modèle distingue trois grands types de variables : les antécédents ou prédicteurs, les transactions et les conséquences (Albert et al., 2010).

1.8.1.1. Les antécédents et facteurs de risque.

Les antécédents contiennent des éléments qui permettent de prédire l'état de santé physique et psychique d'un individu.

Deux grands types d'antécédents sont à distinguer :

- les facteurs individuels tels que les traits de personnalité, facteurs physiques individuels (risque cardiovasculaire, tabagisme, maladie chronique invalidante, sédentarité, etc...) d'une part
- les facteurs environnementaux et sociodémographiques, d'autre part.

Les facteurs de stress font partie de cette seconde catégorie (Albert et al., 2010).

1.8.1.2. Les transactions

La deuxième partie du modèle regroupe les facteurs ou transactions entre l'individu et son environnement, c'est-à-dire les perceptions et donc la subjectivité de l'individu. C'est dans cette partie du modèle que s'intègrent les notions de stress perçu ou encore de soutien social perçu. Les facteurs inclus dans la transaction modèrent (en amplifiant ou inhibant) les liens observés entre les antécédents et les conséquences qui constituent la dernière partie du modèle intégratif (Albert et al., 2010).

1.8.1.3. Conséquences

Les conséquences regroupent les variables (qualité de vie, mal-être...) permettant d'apprécier l'impact des antécédents sur la santé physique et mentale des individus (Albert et al., 2010).

Ce modèle montre la nécessité d'apprécier les différentes facettes de la problématique du stress professionnel. Ainsi, pour traiter ce phénomène dans toute sa complexité, l'utilisation d'une seule échelle est de toute évidence insuffisante. Il est important d'examiner chacune des trois parties du modèle. C'est uniquement à

cette condition que nous pouvons avoir une appréciation globale du phénomène que des analyses de prédictions peuvent être conduites. Dans ce cadre, le choix des questionnaires est d'une importance fondamentale qui conditionnera la fiabilité des résultats de l'étude (Albert et al., 2010).

1.9. Métier à risque ?

La médecine bucco-dentaire est fréquemment décrite comme un travail stressant, dont l'incidence sur les problèmes de santé est conséquente, notamment via alcoolisme et suicide, par rapport aux autres professions (Théry-Hugly, 2008). Le haut niveau de stress est dû à la combinaison de circonstances de travail difficiles, l'exposition à des maladies potentiellement dangereuses, à la souffrance humaine et la capacité du praticien à influencer sur la vie humaine (Myers et Myers, 2004). Depuis deux décennies, les statistiques étudiées suggèrent que la chirurgie dentaire est la profession de santé la plus stressante. De plus les chirurgiens dentistes ont un bien-être psychique plus faible que la population générale (Brown et al., 2010) et les praticiens odontologistes britanniques ont plus de risque de suicide que la population générale (Newton et al., 2006).

Ce haut niveau de stress professionnel est associé à de réelles souffrances incluant de nombreux signes et symptômes. Les chirurgiens dentistes ont, par exemple, un niveau d'hypertension artérielle supérieur à la moyenne nationale américaine (DiMatteo et al., 1993).

D'après Théry-Ugly, la prévalence de la dépression et le taux de suicide sont élevés en chirurgie-dentaire (2008). Si le stress est une caractéristique nettement significative de la profession, cependant les différences n'apparaissent pas avec les autres professions de santé (Gilmour et al., 2005). En s'appuyant sur le rapport de 1997 et 2003 du Bureau International du Travail, Théry-Ugly rappelle qu'après les policiers, gardiens de prison et les pilotes d'avion, les chirurgiens dentistes font partie du corps professionnel les plus exposés au stress (2008). Les problèmes de santé des chirurgiens dentistes relevés comme liés au travail dans de nombreuses études décrites par Gorter sont de natures cardiovasculaire, musculo-squelettique, digestive, dorsale, locomotrice et neurologique dont les plus fréquentes sont les douleurs dorsales, la fatigue et les troubles musculo-squelettiques (Gorter et al., 2000).

La bouche est un organe ayant une représentation psychique forte ; la soigner génère plus de risque de situations éprouvantes sur le plan émotionnel. Ce dernier élément combiné au rôle exposé de chef d'entreprise libéral, le chirurgien dentiste a des raisons d'être particulièrement exposé au stress professionnel (Legeron et al., 2008).

Martin Paquette, diplômé et chargé de cours en psychologie à l'Université de Montréal soulève le fait que les études relatives à la dépression du chirurgien dentiste sont contradictoires. Dans les années 90, on parlait d'un taux élevé de suicide chez le chirurgien dentiste alors que les dernières recherches nuancent ces publications (Nancy, 2009). En effet, selon Kay, les chirurgiens dentistes sont probablement en aussi bonne santé que les autres corps de métier et la majorité se sent heureuse et en bonne santé (Kay et Lowe, 2008). Elle rejoint l'étude hollandaise menée par Gorter dans laquelle la profession n'apparaît pas comme étant en mauvaise santé (Gorter et al., 2000). En 1997, l'étude de Kay ne montrait pas de différence statistiquement significative entre le niveau de stress et une répercussion physique et émotionnelle. Cependant, déjà beaucoup de praticiens avaient répondu qu'ils avaient une vie stressante et en éprouvaient une certaine douleur. En 2005, une autre étude de Kay montrait que 9% des répondants, questionnés sur les actions planifiées dans les douze prochains mois pour améliorer sa santé personnelle, comptaient changer de profession (Kay et Lowe, 2008). Le reproche que l'on peut faire à cette étude est de ne pas avoir présenté les intervalles de confiance des résultats ni d'avoir recherché une différence statistique entre les pourcentages présentés en 1997 et en 2005. Une autre étude montre que les chirurgiens dentistes se trouvent en meilleure santé que la population générale (Gorter et al., 2000).

Le niveau moyen de burnout des chirurgiens dentistes est inférieur à celui de la population générale mais les praticiens qui sont épuisés le sont à des niveaux très défavorables, notamment pour l'épuisement émotionnel (Gorter et al., 1999a). Bien que l'épuisement professionnel ne soit pas présent chez les jeunes chirurgiens dentistes, les risques individuels augmentent ces dernières années. En revanche la majorité de ces dentistes sont capables de gérer le stress au travail sans affecter leur santé mentale. Ce qui est le plus alarmant est le fait qu'un petit nombre de dentistes ont un niveau très élevé de burnout, d'épuisement émotionnel ou encore de

dépersonnalisation et continuent néanmoins à travailler. Dans d'autres professions, les personnes à ce niveau sont considérés comme malades et en congé maladie (Gorter et al., 2007). Il faut bien comprendre que la majorité des chirurgiens dentistes ne souffre pas de burnout (Gorter et al., 2008), les praticiens à risque représentent environ 11 à 15% de la population (Murtomaa et al., 1990) tout autant que les dentistes qui semblent peu engagés dans leur profession (Gorter et al., 2008).

1.10. L'engagement professionnel

Les récentes études sur le burnout attirent l'attention vers la notion d'engagement professionnel, qui viendrait plutôt s'opposer à la survenue du burnout. Les travailleurs ont un sens de coopération énergique et effective avec leurs activités professionnelles (énergie, implication) et se sentent capables de traiter les exigences de leur profession. L'engagement est un état d'esprit positif, de satisfaction lié au travail. Il est caractérisé par la vigueur, le dévouement et la concentration (Demerouti et al., 2001).

La vigueur correspond à un haut niveau d'énergie et de résistance mentale face au travail, le désir d'investir ses efforts dans son travail et la persistance à faire face aux difficultés. Le dévouement est défini par le sens de l'importance, de l'enthousiasme, de l'inspiration, de la fierté et de la compétition. Enfin la concentration est caractérisée par le fait d'être pleinement concentré, d'être captivé par son travail d'une façon que l'on ait l'impression que le temps passe vite (Demerouti et al., 2001).

Selon une étude de Gorter, l'engagement professionnel des chirurgiens dentistes est renforcé par les ressources positives de la profession (Gorter et al., 2008). Les ressources professionnelles (Figure 5), comme des relations cordiales avec les patients ou encore de bonnes relations avec ses confrères, diminuent l'effet négatif des exigences professionnelles sur l'engagement professionnel. Le chirurgien dentiste est vigoureux et fort, dévoué à sa profession, très concentré dans ses actes professionnels, malgré les exigences professionnelles comme la surcharge de travail. Cela nécessite la présence de ressources professionnelles élevées. C'est surtout dans les situations de stress que les ressources professionnelles sont importantes pour rester dévoué à sa profession (Hakanen et al., 2005).

L'environnement de travail du praticien peut modifier les valeurs de cet engagement en particulier la fierté d'être chirurgien dentiste, la perception de la profession, les soins aux patients et leurs résultats à long terme et enfin les contacts professionnels (Gorter et al., 2008).

Ressources professionnelles
Elargir la marge de manœuvre : planifier, répartir les tâches, exécuter et contrôler moi-même mon travail : réunions hebdomadaires de l'équipe, briefing du matin sur la journée, délégation de tâches validées avec l'assistante, recrutement d'une assistante...
Coopération et réseau social : aide mutuelle de l'équipe ou des confrères, espace d'écoute sans jugement pour évoquer les difficultés : réunions type Balint, profil de poste avec assistante
Information et participation : être informé sur le pourquoi et le comment d'une tâche ou d'un conflit permet à chacun d'exprimer ses propositions et son expérience dès le stade de planification et donc de diminuer le stress : projets ou explorations des problèmes et mise en place de solutions lors de réunions hebdomadaires, annuelles.
Organisation, planification de l'agenda, des commandes, de la délégation des tâches...
Clarifier les attentes de l'équipe (assistantes) des patients, du prothésiste, des praticiens (temps et espace d'écoute et d'échanges)
Planifier le travail : temps de réflexion du praticien sur les traitements, (nature, programmation), briefing du matin (actes prévus, validation de la réception prothèse, validation des séquences opératoires selon les actes...)
Avoir les instruments et outils à portée de main : protocoles opératoires, méthodologie tub et tray, séquences opératoires prévues avec l'assistante
Prendre en compte les imprévus : urgences, livraisons prothésistes non-conformes, difficultés opératoires (endodontie, empreinte, chirurgie)
Anticiper les difficultés

Figure 5 : Ressources professionnelles du chirurgien dentiste

Les praticiens qui s'orientent vers des professions d'aide à la personne et de soins sont majoritairement très motivés et centrés sur les personnes (Wolfe, 1981). Gorter montre que les principaux facteurs favorisant l'engagement sont l'idéalisme et la fierté ainsi que les soins aux patients (Gorter et al., 2008).

En général, la profession est en bonne santé. Ainsi, le dynamisme au travail est au même niveau que les autres professions et le dévouement est supérieur à la moyenne. Aux Pays-Bas, 1 dentiste sur 7 peut être décrit comme très engagé (Gorter et al., 2008).

Même si les chirurgiens dentistes sont fatigués par leur profession, la plupart restent enthousiastes et apprécient de travailler avec les patients (Murtomaa et al., 1990).

On peut remarquer qu'il n'y a pas de différences entre les sexes pour l'engagement professionnel (Gorter et al., 2008).

1.11. Le tabou de la dépression

Souvent le malaise des dentistes est passé sous silence, la dépression est toujours actuellement un sujet tabou. Le professionnel aidant ne s'autorise pas à être fragile, à exposer ce qu'il ressent comme une faiblesse, une faille. Le déni de la réalité est plus fort que dans d'autres professions plus informées du risque. L'hyperactivité au travail est un refuge à l'isolement. La santé psychologique est fragile car le sentiment d'impuissance engendré peut mener à l'épuisement et parfois au suicide (Nancy, 2009).

2. La santé du chirurgien dentiste

2.1. Le chirurgien dentiste face à sa santé

2.1.1. Ce qu'ils pensent de leur santé

En 2005, Kay réalise la même étude que celle qu'il avait faite en 1998 sur le niveau de stress des chirurgiens dentistes britanniques. 545 praticiens ont répondu à son questionnaire. Deux tiers des chirurgiens dentistes interrogés se sentaient en très bonne ou excellente santé et la moitié étaient heureux et aimaient leur vie. En 1997 et 2005, plus de 80% des chirurgiens dentistes étaient satisfait de leur santé. Pourtant en 2005, seulement 42% des praticiens n'ont pas de douleurs ou de désagréments et 86% des praticiens jugent leur vie assez, voire très, stressante (Kay et Lowe, 2008). Aux Pays-Bas, 10% des chirurgiens dentistes ont un jugement négatif sur leur santé et 30% des praticiens pensent avoir de mauvaises conditions physiques ; mais ces données sont inférieures aux moyennes nationales de la population (Gorter et al., 2008).

La majorité des chirurgiens dentistes ne tiennent pas compte des avertissements de stress puisque ce mal-vivre n'est pas une véritable maladie à leurs yeux et que cela ne les empêche pas de travailler (Toussaint, 2000).

Les douleurs musculo-squelettiques, fréquentes dans la profession, ont un impact négatif important sur le jugement des chirurgiens dentistes sur leur santé (Sharma et Golchha, 2011).

2.1.2. Ce qu'ils pensent de leur profession

Selon une étude palestinienne, le premier risque professionnel du chirurgien dentiste est le stress (Al-Khatib et al., 2006). D'autres études confirment cette position. En effet, 25% des praticiens anglo-saxons décrivent la profession comme très stressante et 60% comme relativement stressante alors que seulement 9% pensent avoir une santé mauvaise ou moyenne (Gorter et al., 2000). Cela rejoint une autre étude britannique dans laquelle les chirurgiens dentistes britanniques sont très majoritairement mécontents du niveau de stress professionnel et une petite majorité est satisfaite de sa carrière professionnelle. Plus généralement, les chirurgiens dentistes considèrent leur profession comme plus stressante que les autres (Hill et al., 2010).

Dans une étude anglaise, autant de praticiens souhaitent à leurs enfants d'exercer la chirurgie dentaire que de praticiens ne le souhaitant pas. Cependant pour ce groupe de chirurgiens dentistes, la satisfaction au travail a été jugée bonne (Gilmour et al., 2005). Les orthodontistes sont également satisfaits de leur profession et de leur qualité de vie, pourcentages équivalents aux autres professionnels de santé (respectivement 79,3% satisfaits de leur profession et 85,6% de leur qualité de vie pour 319 chirurgiens dentistes canadiens) (Roth et al., 2003).

Depuis de nombreuses années, les chirurgiens dentistes souffrent d'un problème d'image qu'ils s'auto-attribuent en ayant le sentiment d'être inférieurs aux médecins. Le médecin est supposé détenir le savoir nécessaire à tous les aspects de la médecine mais cette idée erronée continue à être ancrée dans la population. En conséquence le chirurgien dentiste pourrait penser que lors de problèmes importants, le patient le considère comme incompetent par rapport au médecin. Le praticien est moins conscient de sa valeur par rapport à l'image objectivement très favorable que sa profession suscite. Le fait de travailler dans le cadre d'un cabinet composé d'un petit nombre de personnes rend la résonance de son travail moins forte ce qui peut provoquer des doutes supplémentaires quant à l'estime de soi (Wolf et Ramseier, 2012). Ce manque de confiance en soi peut se manifester par un

manque d'assurance intérieure, une posture corporelle inadaptée défavorable et un déficit de contact visuel avec le patient. Cela peut conduire à long terme à une diminution des performances et à une augmentation du stress (Wolf et Ramseier, 2012).

Le travail ainsi que la carrière professionnelle sont généralement moins une source de satisfaction chez les chirurgiens dentistes que chez les hygiénistes et les assistantes dentaires (Naidu et al., 2006). La première réaction des soignants face à la frustration ou à la surcharge de travail est d'accroître leurs efforts pour relever le défi. Une réponse suffisante dans bien des cas mais parfois contre-productive (Wolfe, 1981).

2.2. État des lieux

Le taux de mortalité des chirurgiens dentistes est plus faible que celui des autres groupes professionnels pour les causes de mortalité les plus communes et un taux de mortalité par cancers, maladies cardiaques et maladies pulmonaires chroniques plus faibles que les autres professionnels de santé (Brown et al., 2010).

Pour faire face aux risques de burnout, les ressources et valeurs de la profession sont importantes. Par exemple, l'épanouissement personnel, le niveau social et les résultats des soins sont des indicateurs positifs des professions libérales (Gorter et al., 2008).

Cependant un chirurgien dentiste britannique sur trois ayant répondu à une enquête déclare être insatisfait de sa profession (Brown et al., 2010). Les études passées montrent que travailler comme chirurgien dentiste peut être une menace majeure à la santé des praticiens (Kay et Scarrott, 1997). En Angleterre, en particulier à Londres, il a été mis en évidence que les chirurgiens dentistes souffrent d'un haut niveau de stress professionnel. Il en est de même pour les homologues mexicains (Pozos-Radillo et al., 2010). Les chirurgiens-dentistes britanniques se sentent également toujours ou fréquemment, pour 34% d'entre eux, épuisés émotionnellement et 26% ont des maux de têtes ou de dos à la même fréquence (Hill et al., 2010).

Selon une étude britannique sur 2441 chirurgiens dentistes, 62,3% ont des douleurs dorsales et 60,4% souffrent de brûlures d'estomac, de ballonnements ou d'indigestion (Myers et Myers, 2004).

2.3. L'hygiène de vie

Un mauvais style de vie contribue aux problèmes de santé. Chez les chirurgiens dentistes britanniques, 40% manquent d'exercice physique, 69% disent avoir des mauvaises habitudes concernant l'alimentation influençant une mauvaise condition physique (Gorter et al., 2000).

2.4. Fatigue psychique

Les professionnels qui ont des contacts sociaux répétés ont tendance à ressentir des symptômes associés à la perte de ressources psychiques.

La plupart des chirurgiens dentistes finlandais ont connu des fatigues morales passagères dues à leur activité et près de la moitié à la fin de chaque journée de travail (Murtomaa et al., 1990). Les troubles mineurs psychiatriques sont nombreux chez les chirurgiens dentistes britanniques. En effet parmi les 2441 praticiens britanniques ayant répondu à l'enquête, 32% cas de fatigue psychique ont été identifiés (Myers et Myers, 2004).

2.5. Prise de médicaments

Un chirurgien dentiste hollandais sur trois ne prend pas de médicament mais la moitié prennent des sédatifs et 16% ont pris des antibiotiques en une année (Gorter et al., 2000). Dans une étude britannique, 39% des répondants (545 chirurgiens dentistes) déclarent avoir pris durant les quatre semaines avant le jour d'enquête de l'étude des médicaments analgésiques (Kay et Lowe, 2008).

2.6. Usage de drogues

L'usage de drogues et la consommation de tabac n'étaient pas un problème chez les chirurgiens dentistes britanniques en 1996. En 2005, Kay renouvelle son étude et montre à nouveau que moins de 10% des praticiens fument (Kay et Lowe, 2008). D'autres études, hollandaise et anglaise (moins de 10% de fumeurs parmi les

praticiens interrogés), vont dans le même sens : les chirurgiens dentistes ont un comportement tabagique meilleur que la population générale (Gorter et al., 2000 ; Myers et Myers, 2004).

Kay, en 1996, montre que la consommation d'alcool est fréquente, celle-ci est confirmée en 2005 : la moitié des praticiens britanniques consomment régulièrement de l'alcool (Kay et Lowe, 2008). Une autre étude britannique montre que 90,4% des chirurgiens dentistes consomment de l'alcool régulièrement mais la moyenne est de moins de 12 unités (équivalent verre) par semaine, et 12,4% plus de 24 unités d'alcool (Myers et Myers, 2004).

2.7. Obésité et chirurgie-dentaire

La majorité des chirurgiens dentistes hollandais ont un bon indice de masse corporelle, 29% souffrent de surpoids et seulement 2% d'obésité sévère notamment chez les hommes. Les plus minces sont souvent les femmes (Gorter et al., 2000). En Angleterre, les résultats d'une étude montrent des chiffres similaires à partir de la mesure de l'indice de masse corporelle, 4,0% sont maigres, 61% dans la moyenne, 27,6% en surpoids et 7,4% sont obèses (Myers et Myers, 2004).

2.8. L'âge

La conclusion de l'étude de Murtomaa est que le burnout n'est pas lié au nombre d'années d'exercice des chirurgiens dentistes (Murtomaa et al., 1990) mais que cela peut arriver soudainement. Les chirurgiens dentistes les plus âgés n'ont pas de risque de burnout plus élevé même si l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ont tendance à être plus élevés chez les 40-54 ans (Gorter et al., 1999a).

3. Les conséquences du stress sur la santé des chirurgiens dentistes

3.1. Généralités des risques du stress intégrés dans ceux de la population générale :

De nombreux signes de stress existent (Figure 6) et il est important de ne pas les négliger : fatigue, irritabilité, indifférence, troubles du sommeil, grignotage, lassitude, manque d'intérêt pour son travail, troubles de la mémoire et de la libido (Tigris et Sintès, 2009)... Le stress professionnel augmente le risque d'être malade (Pozos-Radillo et al., 2010).

Dès que le stress devient chronique, il est dangereux sur les plans physique et mental. Il est important de repérer ses propres signes annonciateurs de stress, qui peuvent être somatiques, physiologiques, émotionnels, comportementaux et intellectuels (Carillo, 2011)

Les signes somatiques	
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles musculo-squelettiques (lombalgie...), douleurs, tensions musculaires. • Maux de tête ou de ventre, douleurs dans la cage thoracique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs, douleurs ou lourdeurs à l'estomac, l'intestin, ulcère gastro-duodéal. • Difficulté à respirer, asthme. • Démangeaisons ou maladies cutanées, chute de cheveux, eczéma...
Les signes physiologiques	
<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue chronique, lassitude. • Troubles du sommeil : insomnie ou besoin de beaucoup dormir. • Troubles de l'appétit : tendance à grignoter ou perte d'appétit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la sexualité (baisse du désir, impuissance, frigidité, parfois hypersexualité). • Baisse du système immunitaire, plus grande sensibilité aux maladies infectieuses.
Les signes émotionnels	
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la confiance en soi, en l'autre, bégaiement, démotivation, culpabilité, jugements dévalorisants sur soi-même. • Hyperémotivité, passage rapide des larmes au rire, tristesse, peur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendance à ressentir de l'irritabilité, de l'impatience, susceptibilité, plaintes et critiques, explosions de colère, inquiétude, nervosité, crises d'angoisse, panique.
Les signes comportementaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Maladresse, accidents, bégaiement, actes manqués, perte d'intérêt, inertie. • Hyperactivité, logorrhée (besoin irrépressible de parler sans discontinuer), imprudence, dispersion, tics, onychophagie (le fait de se ronger les ongles). 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru de conflits. • Consommation accrue d'excitants (alcool, tabac, etc.) et de médicaments. • Augmentation des accidents du travail, absentéisme, arrêts maladie.
Les signes intellectuels	
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'attention et de la concentration, distraction, perte ou trous de mémoire, confusion, saturation. • Erreurs de jugement, lapsus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la perception. • Difficultés à prendre des décisions. • Perte de créativité et tendance à la répétition.

Figure 6 : Les signaux d'alarme, indicateurs de stress (Carillo, 2011)

La combinaison de hautes exigences professionnelles sur le plan psychologique et un niveau élevé de stress professionnel augmente le risque de tensions psychologiques et le nombre de pathologies somatiques, notamment les maladies cardiovasculaires (Roth et al., 2003).

Les conséquences néfastes du stress

Conséquences somatiques

- Asthénie
- Troubles du sommeil
- Douleurs chroniques
- Troubles digestifs
- Maladies cardiovasculaires et respiratoires
- Cancers
- Troubles auditifs
- Troubles musculo-squelettiques...

Conséquences psychologiques

- Démotivation
- Irritabilité
- Perte de confiance en soi
- Anxiété
- Dépression,...

Conséquences comportementales

- Conduites agressives
- Inhibition
- Agitation, instabilité
- Consommation accrue d'alcool, de tabac, et de psychotropes
- Perturbation des conduites alimentaires

Conséquences sur la performance

- Difficultés de concentration
 - Altérations de la mémoire
 - Doutes, hésitations
 - Erreurs
-

Figure 7 : Les conséquences néfastes du stress (Théry-Hugly, 2008)

Le rapport annuel du Bureau international du travail de mars 1993 nous informe que le stress coûterait aux États-Unis deux cents milliards de dollars par an à cause de l'absentéisme, des pertes de productivité, des indemnités distribuées par l'assurance santé et des frais médicaux directs (Marzouk, 1999) pour l'ensemble des travailleurs. Le coût annuel en Belgique de l'absentéisme en raison du stress et celui pour la sécurité sociale sont évalués respectivement à 2,5 milliards d'euros et 1,25 milliards d'euros (Fradin et Aalberse, 2008) pour leurs assurés. Ces coûts indiquent

une répercussion importante sur la santé de la population ainsi que sur la performance des entreprises.

Les principales conséquences négatives du stress peuvent avoir des conséquences somatiques, psychologiques, comportementales et sur la performance au travail (Figure 7).

Il est très difficile de faire la liste exhaustive des pathologies liées au stress car leur nombre est très important et le stress est lié à de nombreux facteurs nocifs à la santé : troubles psychologiques, maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, pathologies psychiatriques, maladies digestives, accidents professionnels et de transport, suicides, baisse de l'espérance de vie, maladies liées à l'alcool, l'absence de travail, l'usage de médicaments et toxicomanie, problèmes de sommeil, dépression, problèmes sexuels, anxiété, insatisfaction professionnelle, problèmes de qualité de vie et bien d'autres (Roth et al., 2003).

Les effets du stress professionnel sur le comportement du chirurgien dentiste peuvent être classés selon leur action (Figure 8).

Effets à court terme
Travail non préparé et effectué à la hâte
Difficulté de concentration, perte de mémoire
Restriction de la perception sensorielle : toucher des instruments, imprécision des préparations
Réactions imprécises
Irritabilité, contrariété, insatisfaction
Transpiration en l'absence d'efforts physiques
Nombre croissant d'erreurs et d'accidents
Effets à moyen et long terme
Suractivité, ne plus pouvoir s'arrêter ou se détendre (continuer à saturer l'agenda, accepter des urgences en plus, prendre du retard)
Estime de soi déficiente
Consommation croissante de substances engendrant une dépendance (café, tabac, alcool, médicaments, somnifères,)
Baisse de la créativité et de la capacité de s'enthousiasmer (difficulté voire impossibilité à aménager des solutions face aux difficultés techniques, relationnelles, contextuelles)
Baisse de qualité et de rendement
Mauvais climat de travail (dans le rapport avec les patients, avec l'assistante)
Découragement (je ne vois pas ce qui pourrait changer... je n'ai plus la force, l'envie, l'âge, les finances, la compétence, la formation pour...)

Figure 8 : Les effets du stress sur le comportement (Sintes, 2007)

3.2. Troubles psychologiques

La détresse psychologique (comme la fatigue chronique, l'anxiété et les problèmes cardiovasculaires) est due tout particulièrement à une combinaison entre des exigences psychologiques fortes et une basse latitude de décision (Demerouti et al., 2001).

Le stress peut également aboutir à une baisse de confiance en soi, de l'anxiété, des sentiments de désespoir et de dépression qui pourraient ainsi expliquer le taux de suicide élevé des chirurgiens dentistes par rapport à l'ensemble de la population (Hill et al., 2010). Une étude de Myers conforte le rôle du stress dans la nervosité, la tension et la dépression des chirurgiens dentistes britanniques, ressenties par 60% d'entre eux (Myers et Myers, 2004).

De nombreux chirurgiens dentistes sont exposés au risque d'être affectés par la dysthymie, un trouble chronique et intense de l'humeur. Ses manifestations sont l'irritabilité et les altérations fonctionnelles telles que la perte d'appétit, les troubles du sommeil, le désespoir, la colère démesurée, le retrait social, la perte d'énergie, le travail excessif, la culpabilité, des difficultés de concentration ainsi que des idées suicidaires. Cela s'apparente à la dépression majeure. Sur 10% de chirurgiens dentistes américains touchés, seulement 15% d'entre eux étaient suivis par un médecin et recevaient des traitements (Nancy, 2009).

Les troubles psychologiques les plus fréquents sont présentés dans la figure 9.

Troubles psychologiques
Burnout, fatigue chronique
Pensées intrusives, insomnie
Neurasthénie, trouble maniaco-dépressif
Troubles de l'appétit

Figure 9 : Troubles psychologiques liés au stress (Sintes, 2007)

3.3. Troubles affectifs

Les troubles affectifs sont nombreux (figure 10).

Troubles affectifs
Colère, irritabilité, violence
Alexithymie (difficulté à exprimer ses émotions)
Dysphorie (trouble de l'humeur oscillant entre tristesse et excitation)
Anhédonie (perte de la capacité à éprouver du plaisir)

Figure 10 : Troubles affectifs liés au stress (Sintes, 2007)

L'épuisement professionnel induit une augmentation des tensions conjugales (Wolfe, 1981) mais la relation contraire existe également. Lors des changements majeurs d'une vie (divorce, naissance, décès,...), la capacité à faire face aux stress est réduite (Hill et al., 2010).

3.4. Abus de drogues et d'alcool

Le stress peut entraîner des comportements nocifs pour la santé tels que la consommation de tabac, la consommation abusive d'alcool, une hygiène alimentaire médiocre ou un temps de sommeil insuffisant (Cohen et Williamson, 1991).

On note qu'il existe une augmentation de l'incidence de l'alcoolisme dans les situations de burnout (Wolfe, 1981).

A deux exceptions près (les Italiens et les Jordaniens), les chirurgiens dentistes fument peu par rapport à la population générale (Smith et Leggat, 2006). Les hommes fument et boivent plus que les femmes (Gorter et al., 2000 ; Kay et Lowe, 2008) et si le tabac n'est pas un problème dans la profession, la féminisation de la profession va peut-être avoir une incidence positive sur la consommation d'alcool de la profession.

En effet, dans la population en général, l'alcoolisme féminin reste très inférieur à la même addiction chez l'homme.

3.1. Troubles somatiques

3.1.1. Maladies systémiques

Le stress peut influencer l'immunité soit par la voie nerveuse directe du système nerveux central et du système immunitaire, soit par les voies immunitaires neuroendocriniennes (libération d'hormones) (Figure 11). Les changements de comportements, comme boire plus d'alcool, amputer son temps de sommeil, qui se produisent comme réponses d'adaptation au stress peuvent influencer l'immunité. (Cohen et Williamson, 1991).

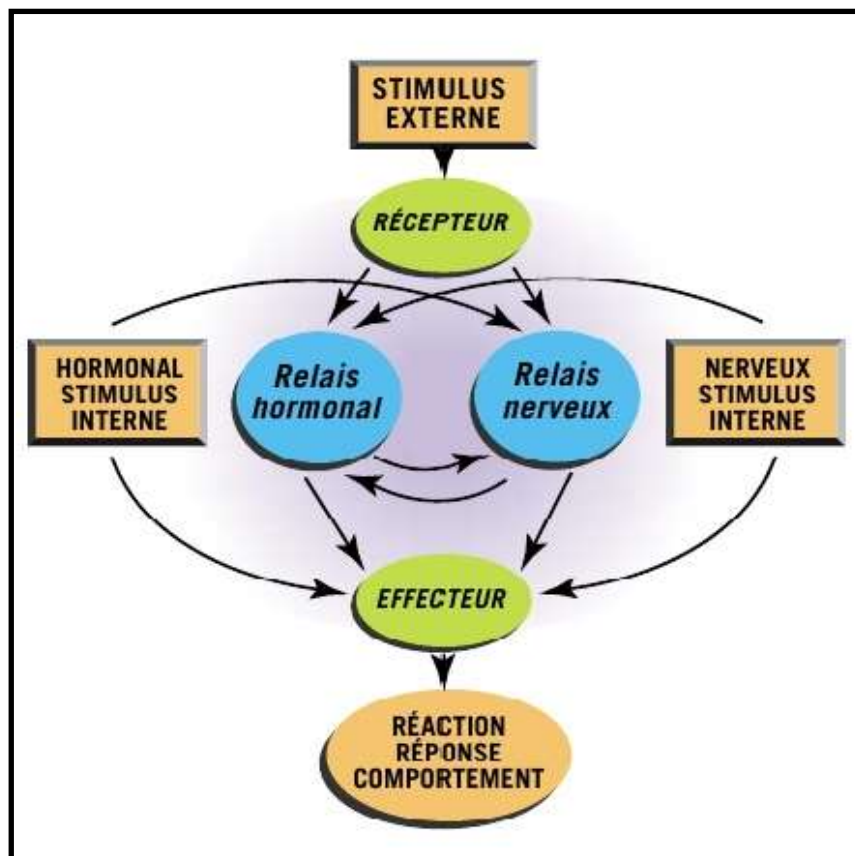


Figure 11 : Schéma simplifié de la réponse à un facteur de stress (Toussaint, 2000)

Le burnout, en plus des migraines et des douleurs dorsales, augmente le risque d'ulcères gastro-intestinaux.

Le stress professionnel, élevé au rang de burnout, est associé aux maladies coronariennes en augmentant le niveau de catécholamines circulantes (Wolfe, 1981).

En effet une des réponses au stress du corps est d'augmenter la libération de catécholamines (épinéphrine et norépinéphrine) depuis la médullosurrénale jusqu'au système cardiovasculaire. Le résultat de ce phénomène est une augmentation de la charge de travail du cœur (augmentation de la fréquence cardiaque, la force de contraction du myocarde et augmente le taux d'oxygène requis par le myocarde) (Malamed, 2010).

Le fait que la pression professionnelle soit importante en chirurgien dentaire conduit à des pathologies liées au stress comme les maladies coronariennes (Cooper et al., 1978). L'effet du stress sur le système vasculaire est donc l'augmentation de la tension artérielle et la stimulation adrénergique (Toussaint, 2000) (Figure 12).

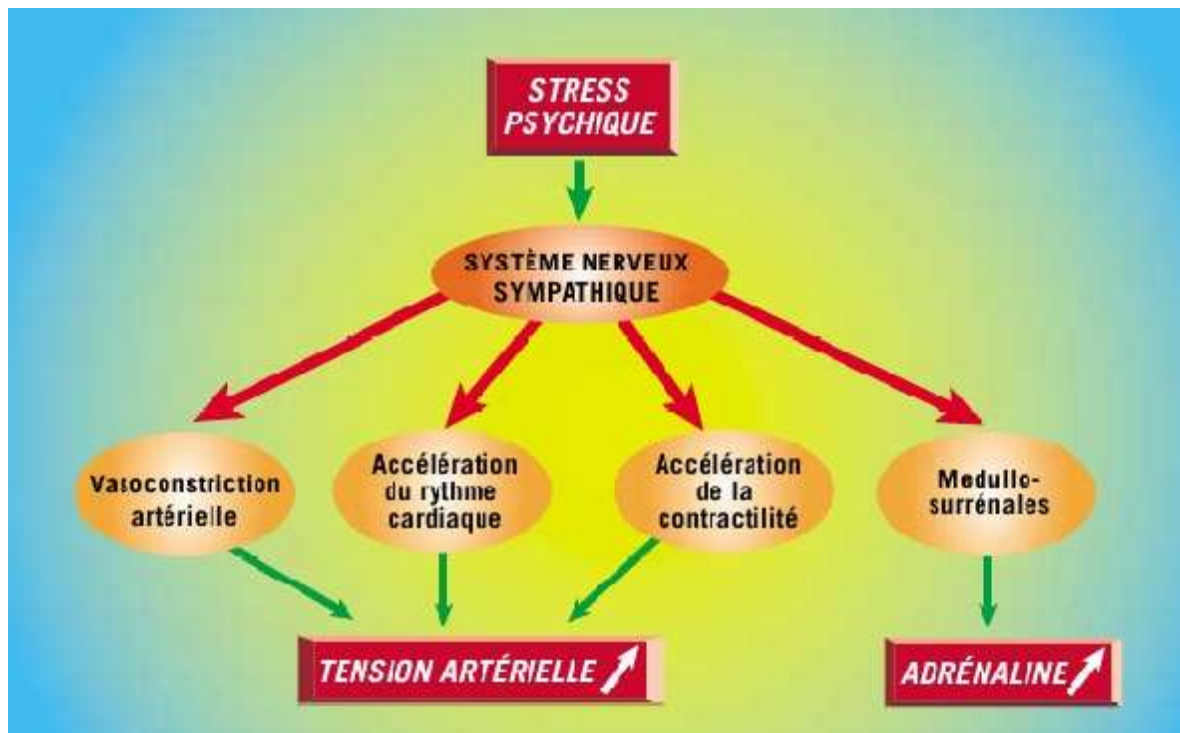


Figure 12 : Stress et système vasculaire (Toussaint, 2000)

3.1.2. Symptômes somatiques les plus fréquents

Les troubles somatiques sont nombreux et variés (Figure 13).

Troubles somatiques
Céphalées, migraines, douleurs musculaires, articulaires
Troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs
Coliques, constipation
Maladies immuno-allergiques : asthme, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux, colite ulcéreuse
Fibrome
Maladies cardio-vasculaires

Figure 13 : Troubles somatiques liés au stress (Sintes, 2007)

Dans les années 60, les problèmes cardiovasculaires, digestifs et musculo-squelettiques sont les plus fréquemment mentionnés comme liés au travail par les dentistes âgés de plus de 60 ans.

Les douleurs dorsales, la fatigue et les troubles musculo-squelettiques sont les problèmes de santé les plus souvent cités par les chirurgiens dentistes interrogés dans l'étude de Gorter. Selon Kay & Scarrot, 22% des dentistes anglais ont tellement de douleurs physiques que cela limite leur travail de dentisterie (Gorter et al., 2000). Les maux de tête liés au stress nuisent à 58,3% des chirurgiens dentistes britanniques interrogés (Myers et Myers, 2004).

Dès les années 80, des douleurs dorsales ont été mentionnées par les chirurgiens dentistes. 60% des dentistes canadiens et américains ont eu des douleurs dans leur carrière professionnelle et 36% en avaient durant l'étude (Gorter et al., 2000). Les maux de tête et les douleurs dorsolombaires peuvent être également des expressions d'anxiété ou de dépression (Hill et al., 2010).

3.2. Suicide

En accord avec les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, les chirurgiens dentistes font parties du groupe professionnel qui a des risques de suicide. Le stress pourrait en être une des causes (Pozos-Radillo et al., 2010).

En France, le suicide est un problème majeur de santé publique. En effet, après la Finlande, c'est le pays le plus touché en Europe de l'Ouest. La classe d'âge de 45-54 ans a le taux de suicide le plus élevé. Les décès par suicide touchent majoritairement des hommes. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les

25-44 ans après les tumeurs, et la troisième entre 45 et 54 ans précédé des tumeurs et des maladies cardiovasculaires (Aouba et al., 2009).

La population des dentistes est située dans les tranches à risque important (hommes de plus de 45 ans) dans le pays en deuxième position de risque suicidaire en Europe de l'Ouest.

L'ordre des chirurgiens dentistes n'a pas en sa possession de chiffres sur les taux de dépression et de suicide de la profession (Nancy, 2009).

3.3. Incapacité de travail

Le stress augmente le risque d'absentéisme dû à la maladie comme le note une étude latino-américaine (Pozos-Radillo et al., 2010).

Aux Pays-Bas, plus de 30% des incapacités de travail sont dues à des raisons psychiques (Gorter et al., 1999a) et 26% pour des douleurs musculo-squelettiques. Il y a 25% d'incapacité de travail prolongée (plus de trois mois) de plus en chirurgie dentaire que dans les autres professions libérales (Gorter et al., 2000).

Le principal facteur d'incapacité de travail pour raisons psychiques semble être le burnout, une conséquence à long terme du stress professionnel (Gorter et al., 1999a).

3.4. Retraite anticipée

Les chirurgiens dentistes sont quatre fois plus nombreux à partir en retraite anticipée pour cause de maladie à 42 ans que les autres doctorants médicaux (Brown et al., 2010).

Les raisons préférentielles citées par les chirurgiens dentistes du choix de leur profession sont professionnelles, financières et des raisons d'indépendance. Les raisons pour quitter la profession sont des préoccupations financières, stressantes, et externes à la profession. Il existe une différence entre la perception de la carrière de chirurgien dentiste et la réalité clinique de la pratique (Rice et al., 1997). Une autre étude plus récente rappelle que les deux causes majeures de retraite anticipée sont les troubles musculo-squelettiques et les pathologies dues au stress professionnel (Hill et al., 2010).

De nombreuses études notent que le stress sévère associé à des douleurs physiques (appareil locomoteur, problèmes cardiovasculaires, troubles nerveux) peut entraîner le phénomène de burnout et représente un facteur important de retraite anticipée des chirurgiens dentistes (Gorter et al., 2000 ; Gilmour et al., 2005 ; Sharma et Golchha, 2011). Parmi les travailleurs stressés, 37% auraient l'intention de quitter leur emploi (Fradin et Aalberse, 2008).

4. Le « burnout »

4.1. Définition

Le burnout ou épuisement professionnel est une notion introduite par Freudenberger en 1974 aux Etats-Unis (Maslach et al., 2001) pour décrire un état mental particulier d'épuisement causé par des exigences excessives en matière d'énergie, de force et de ressources (Perlman et al., 1981). Le modèle explicatif proposé par Freudenberger suggère que les exigences et les pressions professionnelles placées sur les ressources personnelles d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue. L'individu s'épuise alors en essayant de répondre à certaines obligations imposées soit par son entourage soit par lui-même. Par ailleurs, le modèle avancé par Freudenberger en 1977 insiste sur le fait que les organismes professionnels semblent jouer un rôle prépondérant dans la création de situations susceptibles de mener à l'état de burnout telles que la réduction excessive de personnel qui, à long terme, mène à une baisse inévitable des ressources et de l'énergie du personnel.

On essayait, en fait, de comprendre la relation entre le stress sévère et les métiers du soin (Murtomaa et al., 1990). Ce terme est introduit à partir de la recherche sociologique et non de la volonté de définir un concept médical. Aujourd'hui le concept est aussi un sujet d'études élargi aux autres professions (Demerouti et al., 2001 ; Perlman et al., 1981).

Toujours en 1974, Ginsburg parle du burnout comme réponse à un stress chronique pour les dirigeants d'entreprise. C'est Maslach en 1976 qui décrit pour la première fois la notion de distance, d'attitudes négatives ou cyniques, de détachement des professions de santé (Perlman et al., 1981).

D'autres modèles descriptifs et explicatifs du burnout ont suivi celui de Freudenberg : le modèle d'aliénation selon lequel l'engagement d'un employé envers son travail tend à s'amenuiser au fur et à mesure où son contexte professionnel semble lui offrir de moins en moins de soutien et d'aide pour accomplir les tâches qui lui ont été confiées.

Dans un autre registre, le modèle de crise de compétence de Cherniss en 1980 puis par celui de Meier en 1983 explique comment les employés jeunes et nouveaux dans un travail donné, dont les attentes professionnelles sont importantes, risquent de faire l'expérience du burnout suite à un manque de reconnaissance et de récompenses pour un travail bien fait. Cette absence de reconnaissance a pour conséquence une diminution de la confiance que l'individu a en lui et en ses capacités professionnelles.

Dans le modèle présenté par Edelwich et Brodsky en 1980 le phénomène du burnout comporte quatre stades bien définis.

Au cours du premier stade, l'employé fait l'expérience d'un fort enthousiasme se traduisant par une tendance à se rendre disponible de façon excessive et d'avoir des attentes irréalistes concernant son travail.

Dans le second stade, l'employé développe un sens de stagnation dans lequel ses attentes professionnelles deviennent plus réalistes et un certain mécontentement personnel commence à faire surface (par exemple la sensation que le travail ne peut pas compenser ce qui fait défaut dans la vie de l'individu).

Au cours du troisième stade, un sentiment de frustration apparaît, les difficultés professionnelles semblent se multiplier, l'individu commence à remettre en question ses compétences, il s'ennuie, devient intolérant, est moins à l'écoute des autres et tente de faire face à ces situations en les fuyant et en évitant ses collègues.

Finalement, l'employé en arrive au stade de l'apathie caractérisé par un état de dépression et d'indifférence en réponse aux frustrations répétitives auxquelles il se trouve confronté. Ce quatrième stade représente l'essence même du phénomène de burnout (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

Le burnout est en fait une destruction psychologique personnelle du professionnel dont toute l'énergie se trouve consumée sous l'effet d'un travail contraignant (Théry-Hugly, 2008) d'où le terme de « burnout ». Généralement le

processus prend un an et a de nombreux symptômes mentaux et physiques (Schaufeli et al., 1993). Les principaux sont la fatigue, l'insomnie, les maux de tête, une faible résistance, l'irritation, la suspicion, l'excès de confiance, l'abus de drogue, une attitude négative, l'ennui et le manque de défi (Gorter et al., 1999a).

Le stress professionnel et le burnout ne peuvent être distingués par leurs symptômes mais par la base même de leur processus, l'un étant la conséquence à long terme de l'autre (Schaufeli et al., 1993). Le burnout est défini comme le stade ultime de la réponse de stress (Schaufeli et al., 2009 ; Théry-Hugly, 2008).

Le processus de burnout est déterminé lorsque les travailleurs deviennent apathiques, cyniques, rigides et qu'ils se détachent psychologiquement de leur emploi (Schaufeli et al., 1993). C'est une destruction psychologique, un état d'épuisement dû à un état de fatigue physique, émotionnelle et mentale (Théry-Hugly, 2008). Les seules personnes pouvant être touchées par le burnout sont celles qui sont entrés dans une carrière professionnelle avec de hauts objectifs, de hautes attentes ainsi que de fortes motivations (Schaufeli et al., 1993)

Maslach et col. définit, en 2001, le burnout comme « un syndrome psychologique en réponse aux facteurs de stress chroniques interpersonnels au travail » (Maslach et al., 2001). En fait le burnout apparaît après une longue période de stress chronique quand les capacités de l'organisme à s'adapter sont dépassées (Théry-Hugly, 2008). De nombreux auteurs s'accordent à dire que la meilleure définition du burnout est donnée par Maslach. Elle s'appuie sur une définition du burnout composé de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (la sensation d'être à distance des autres), et la diminution de l'accomplissement personnel (Lee et Ashforth, 1996 ; Oskamp et Society for the Psychological Study of Social, 1984).

La spécificité du burnout des soignants est décrite notamment à travers la relation entre le soignant et son patient (Delbrouck, 2003). Les métiers impliquant des relations humaines fortes sont les plus touchés par le burnout (Murtomaa et al., 1990). Toujours selon Maslach, le burnout agit à partir de six axes : la charge de travail (trop de travail, manque de moyens), le contrôle (micro-gestion, manque d'influence, responsabilité sans pouvoir), la récompense (pas assez payé, la reconnaissance et la satisfaction au travail), la communauté (l'isolement, les conflits,

l'irrespect), l'équité (discrimination, favoritisme) et les valeurs (conflits éthiques, tâches non significatives) (Maslach et Leiter, 2010).

Cette réponse est un sentiment d'épuisement physique et émotionnel accompagné de sensation de frustration et d'échec. De plus, les praticiens ont une vue très négative d'eux-mêmes et de leur métier.

Ces comportements sont des moyens de défense de l'individu face aux exigences émotionnelles de l'environnement de travail. Le détachement au travail est un mécanisme viable de faire face à une situation qui autrement serait écrasante (Wolfe, 1981). Critiqué par le passé, le concept de burnout est aujourd'hui reconnu comme un problème important, individuel et social, mis en évidence en odontologie (Schaufeli et al., 1993).

Le burnout semble bien plus fréquent que ce que les études peuvent montrer ou ce que l'on peut penser. Malheureusement les données à ce sujet en chirurgie dentaire sont trop clairsemées. Les études sur l'épuisement professionnel des chirurgiens dentistes sont encore rares et celles sur les spécialistes encore plus (Gorter et al., 2008).

L'épuisement professionnel est une menace à la qualité des soins et est un risque professionnel important (Murtomaa et al., 1990) C'est une conséquence à long terme du stress professionnel, de frustration personnelle, d'un comportement adaptatif inadéquat (Paine, 1982). Il est fortement lié à un état de santé affaibli (Gorter et al., 2000).

Mais le stress n'entraîne pas forcément le burnout, on peut s'épanouir dans un métier stressant et exigeant si on estime que le travail est important (Schaufeli et al., 1993). Le burnout dépend à la fois des contraintes de travail et de la personnalité de l'individu, c'est un processus dynamique (Wolfe, 1981)

Selon Maslach, le syndrome a trois aspects distincts : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation avec souvent une attitude cynique envers les patients et une réduction de l'accomplissement personnel (Gorter et al., 2000).

Une étude finlandaise chez les chirurgiens dentistes confirme ces trois critères. La fatigue psychologique est le facteur le plus souvent retrouvé, les deux autres facteurs sont distincts à la différence des travaux de Maslach. En revanche la diminution d'accomplissement personnel n'est pas retrouvée comme facteur propre

au burnout. On considère l'épuisement professionnel comme un état sévère de fatigue psychologique (Murtomaa et al., 1990).

Le burnout est un syndrome généralisé et débilitant (c'est-à-dire qui affaiblit physiquement ou moralement) qui doit être considéré comme une menace sérieuse à tous les niveaux du personnel acteur de soins. Il a le potentiel de perturber la qualité des soins aux patients ainsi que la vie personnelle du soignant qui en souffre. C'est pourquoi il est important que les symptômes soient reconnus dès qu'ils deviennent évidents (Wolfe, 1981).

Tout comme le stress professionnel, il existe de nombreux symptômes rapportés comme associés à la santé physique. (Gorter et al., 2000)

4.2. L'arrivée insidieuse du burnout.

Le burnout apparaît de manière insidieuse et est souvent méconnu par la personne. Un signe précoce de burnout est l'augmentation d'activité sans aucune hausse de productivité (Wolfe, 1981). La survenue de l'épuisement professionnel peut être très soudaine lorsque les circonstances de travail sont extrêmement difficiles. Des symptômes sévères de stress peuvent être développés lors d'une année de très fortes pressions (Murtomaa et al., 1990).

Le burnout est le résultat final d'un processus impliquant un état initial de haute motivation et de haute implication. Pour Freudenberger et Richelson, le dévouement pour une cause est la caractéristique initiale. Pour Maslach, c'est la personnalisation et le haut accomplissement personnel chez les professionnels exerçant dans un environnement social. Pour Pines et Aronson, c'est une haute implication émotionnelle. C'est la désillusion qui souligne la cause du burnout. On peut être candidat au burnout si on est dévoué pour son travail et accompli émotionnellement dans celui-ci, si on cherche un sens à la vie par sa profession (Schaufeli et al., 1993).

Les principales causes de burnout sont les relations interpersonnelles émotionnellement exigeantes entre les soignants et leurs patients. Il faut noter l'asymétrie de la relation. La désignation qui illustre le mieux sémantiquement ce processus est celle de « donneurs de soin » et de « destinataires » (Schaufeli et al., 1993). Selon une autre théorie, le burnout apparaît lorsque des ressources

importantes sont perdues, insuffisantes pour répondre aux exigences ou aux rendements escomptés. Les principales exigences dues au travail sont l'ambiguïté des rôles, les conflits de rôles, les événements stressants, une lourde charge de travail et la pression. Les ressources majeures sont le soutien social de différentes origines, les opportunités d'avancement professionnel, la participation aux prises de décision, le contrôle, l'autonomie et les contingences de renforcement (Lee et Ashforth, 1996).

Certaines conséquences d'attitudes et de comportement peuvent aussi être des prémices au burnout et à la perte de ressources. Les conséquences les plus importantes sont les comportements d'adaptation aux réponses, les intentions de départ, l'usure de l'engagement organisationnel, l'engagement professionnel et la satisfaction au travail (Lee et Ashforth, 1996).

Les enquêtes épidémiologiques n'ont pas mis en évidence de personnalité pré-morbide particulière, ce qui laisse à entendre que le burnout peut toucher chacun d'entre nous. Cependant, les motivations inconscientes ayant présidé au choix d'une profession d'aide sont incriminées en premier lieu. En effet, même si le besoin conscient d'aider autrui prime, il peut exister inconsciemment une problématique narcissique : besoin de se sentir indispensable à quelqu'un, besoin de se faire reconnaître, tentation de régler certains conflits personnels, volonté d'emprise et de contrôle sur autrui (Barbier, 2004).

Les capacités d'adaptation aux situations éprouvantes liées au travail sont également impliquées. Le seuil de tolérance au stress varie d'un individu à l'autre. Pour la même situation pénible, certains auront des réactions psychiques, émotionnelles et fonctionnelles, d'autres non. Il est donc important de reconnaître ses propres capacités d'adaptation et ses limites par rapport aux difficultés inhérentes au travail (Barbier, 2004).

Il faut aussi tenir compte de l'importance d'un excès d'idéalisation de la profession. Un écart trop grand entre les attentes irréalistes des débutants et le poids du travail réel est un facteur important dans la genèse de l'épuisement. Le désir de guérir à tout prix, de « se donner à la tâche », d'intervenir de façon déterminante dans la vie des patients, de croire à un soulagement immédiat pour des troubles évoluant depuis longtemps, a une fonction plutôt décourageante, avec en outre un

manque tangible de succès pour de nombreux patients. Il y a lieu de se situer entre l'idéalisme rêveur désincarné et la désillusion mortifère (Barbier, 2004).

Le manque de reconnaissance joue également un rôle important. Il existe des situations où le soignant s'est donné à son travail en faisant le maximum et où il s'attend à une appréciation positive. C'est l'inverse qui se produit. L'acuité du soignant est mise en doute ou suscite méfiance et réprobation, des comptes lui sont demandés ; au pire, il est contraint de faire face à une agressivité verbale ou physique (Barbier, 2004).

Enfin l'origine peut être l'absence de possibilité de promotion. Les motivations dans le travail sont amoindries quand le soignant a l'impression d'être dans une impasse : pas de possibilité d'avancement qui laisserait entrevoir de nouvelles responsabilités ou d'autres perspectives, stagnation dans le travail qui est alors vécu comme répétitif (Barbier, 2004).

Aux Pays-Bas il n'existe pas de différences significatives de risque de burnout entre les régions (Gorter et al., 1999a). D'après son étude, il n'y aurait donc pas de prédominance géographique.

4.3. Les phases du burnout

4.3.1. Le burnout débutant

La phase initiale est l'idéalisation. Le professionnel a un haut niveau d'énergie et s'investit dans son travail sans compter. Les personnes nouvellement arrivées dans le métier, celles qui se voient confier un défi de taille, et ce qui se dévouent à une cause sont les principaux concernés (Malenfant, 2011).

A ce stade, le tableau clinique est dans un continuum avec la normalité. Le sujet extériorise une démotivation, mais un idéal peu touché. Il est capable de rêveries par rapport à son travail, sans toujours amener un soulagement. Néanmoins, les doutes face au travail s'organisent, avec un vécu critique, grave. On trouve déjà de la honte ou de l'incompréhension, de la revendication, une grande exaspération (qui retombera au fur et à mesure des stades, faisant de l'exaspération un inverse du burnout) (Daloze et Benony, 2007).

Cette phase initiale voit arriver une mise en cause d'une image de soi fondée sur le métier, le rapport aux patients, un projet existentiel. Ce sont aussi des essais de réacquiescer un plaisir d'être au travail, des projets, mais déjà la peur d'être lâché par l'institution, les collègues est présente (Daloz et Benony, 2007).

La clinique de cette phase est associée à un fort scepticisme. C'est déjà un épuisement professionnel, car, au fond d'eux, les sujets pensent qu'ils ne feront pas ce métier toute leur vie ou que ce sera difficile. Le sentiment de non-accomplissement est au premier plan. Le sujet commence à plus s'intéresser à d'autres aspects du métier (institutionnels, théoriques...) qu'aux patients. Il continue à faire son métier mais vit des aspects dissonants (Daloz et Benony, 2007).

Le burnout est ici corrélatif d'un recentrage sur soi, d'une diminution de la recherche de l'efficacité envers les patients. Il y a volonté de protection en contradiction avec les idéaux dits aidants, avec une idéologie des soins en face de laquelle ces soignants se sentent en décalage, fautifs. Cette phase révèle la balance entre soi et les patients, entre investissement, ouverture et protection. C'est un équilibre jamais complètement institué, dorénavant précaire. La première chose atteinte serait alors non pas l'idéal mais l'assurance, la conviction. Et lorsque les soins deviennent difficiles, le Soi (qui correspond à l'extérieur, l'entreprise, les contraintes dont on n'est pas responsable) réapparaît (Daloz et Benony, 2007).

4.3.2. Le niveau avéré de burnout

La deuxième phase est celle du plafonnement. L'individu prend conscience que ses efforts ne sont pas à la hauteur de ses attentes ou des exigences extérieures et redouble d'ardeur pour obtenir la reconnaissance ou la satisfaction personnelle. Cette phase peut durer plusieurs années (Malenfant, 2011). C'est le niveau avéré, avec atteintes extra-professionnelles (sphère privée) et idéelles (perte de leurs valeurs motrice, protectrice). Il y a une agressivité envers les patients (plusieurs témoignages). Celle-ci est plus difficilement contenue et les rapports soignants-soignés deviennent des relations comme les autres (Daloz et Benony, 2007).

C'est la fin d'une certaine forme de soins, la véritable rupture avec l'état non épuisé. La clinique de la personnalité passe au premier plan. Les motivations

peuvent encore être réveillées par certaines situations ou certains patients, mais de façon transitoire. Globalement, c'est mal parti, c'est bien ce que pense le sujet au fond de lui. Les attributions négatives pleuvent sur l'hôpital, les autres, les nouvelles générations. De façon caractéristique, ces personnes en viennent à des idées impensables, comme ne faire ou ne plus faire certains actes (Daloze et Benony, 2007).

L'effet de surprise cause des difficultés émotionnelles et un sentiment de fragilité, symptomatique des changements dans ses investissements. On trouve alors des comportements de fuite, des troubles caractériels et de la honte. Le burnout s'organise dans la psyché, devient un élément à part entière. Si le premier stade a marqué suffisamment le sujet pour qu'il transforme ses croyances, ses attentes, ici, c'est la gestion de ses émotions et ses sentiments de honte, de culpabilité qui se manifeste, devient plus problématiques. L'incapacité de faire face à certaines situations devient signifiante pour la personne de son état. Le sentiment de stress est apodictique (nécessairement vrai) et la réaction d'alarme est reconnue comme telle. Le sujet n'y croit plus, ou de façon cynique (Daloze et Benony, 2007).

4.3.3. Le dernier stade

La troisième phase est celle de la désillusion et de la démoralisation. L'individu, « au bout du rouleau » et frustré, a perdu l'intérêt pour son travail et son entourage. Le travailleur n'est plus apte à remplir ses tâches habituelles. La personne, toujours en attente d'une appréciation qui ne vient pas, est déçue et se fatigue de plus en plus. À ce stade, le professionnel est susceptible de consommer des stimulants pour fonctionner (café, cigarettes, boissons énergisantes) et des substances calmantes pour décompresser et dormir (somnifères, alcool ou drogues). La concentration est de plus en plus difficile à obtenir. Cette étape est particulièrement marquée par le déni (Malenfant, 2011)

C'est le niveau le plus proche de la dépression. Les doutes quant à soi (et non plus comme professionnel) prennent le dessus et c'est toute une clinique de la dépressivité qui prime. Le sujet lutte contre des tendances dépressives. L'absence de mise en sens est plus avérée, l'actuel devient difficilement ou douloureusement pensable. Le soignant s'estime dépassé, ne lutte guère contre. C'est selon lui la fin de beaucoup de choses, d'espoirs, d'une place, d'une logique, d'une utilité pour soi,

pour les autres. La rupture serait consommée. Il n'y a plus de recherche de valorisation dans le monde du travail. Il croit à de l'irréversible, ne gère guère ses relations aux autres (Daloz et Benony, 2007).

La maltraitance existe, sous forme d'agressivité ou de passivité. La relation thérapeutique ne permet plus de bénéfices notoires, ou sans effet sur le fond. Les attaques contre les représentations du métier (les plus motivés, les plus jeunes) sont éloquentes, médisantes. Cliniquement, ces soignants sont tristes. Certaines paraissent envieux, jaloux, parfois haineux. Ils évoquent ces sujets vidés, sans grande valeur professionnelle, sans jugement abusif, ni anathème. Le sentiment de perte est important, comme celui de manque de gratification, et en filigrane peut être l'incapacité à en recevoir. Il existe comme chez le sujet borderline (en position de rupture, entre le normal et la rupture psychotique) une alternance d'idées plus ou moins dépressives et de sentiment de puissance, d'omnipotence « si je veux, je vais... ». Ce qui est particulier, ce sont les capacités restantes malgré tout (à l'inverse de la dépression), à pouvoir penser des projets en dehors du travail, même si cela devient difficile ou contraint, réactionnel (Daloz et Benony, 2007). Le risque de maltraitance est bidirectionnel : maltraitance du patient par non décision, manque de lucidité diagnostic, de prise de décision thérapeutique, mais aussi vulnérabilité du praticien dans son sentiment de puissance le mettant en danger vis-à-vis du patient velléitaire ou de ses collègues ou collaborateurs.

Le décalage est maximal entre un rythme personnel ralenti et le rythme du travail institutionnel qui se poursuit. Le sujet est assorti de certitudes concernant ses nouvelles croyances et proche de la conviction froide du dépressif, de sa fausse lucidité, probable dernier rempart narcissique. Mais cette compréhension réelle des choses éponge mal la souffrance et la déception. Sa vie psychique et relationnelle tourne autour du burnout. Dans bien des cas même, ce n'est plus le métier mais le fait même de travailler qui est problématique (dans le sens de penser s'y accomplir) (Daloz et Benony, 2007).

Le sujet épuisé n'envisage guère de solutions de rechange, semble peu capable de remédier à la situation. Le stade III du burnout l'enferme dans une situation dévalorisante, sans grandes possibilités de retour en arrière. La seule évolution salutaire serait le changement de soi, avec l'élaboration de ces vécus et des rapports instaurés avec les patients. Malheureusement deux autres évolutions

paraissent plus fréquentes : l'état stationnaire et la chronicité ou la dégradation dans la dépression ou une autre décompensation addictive (Daloz et Benony, 2007).

La décompensation dépressive est une dérive consciente et angoissante. On note trois aspects récurrents dans le propos des sujets : une diminution de la revendication et une intériorisation plus grande des conflits ; des perturbations émotionnelles nettes, le sentiment de dépassement, l'arrêt de recherches compensatoires ; enfin frustrations, agressivité et échec sont au premier plan des pensées du sujet qui n'arrive plus à raisonner. L'épuisement paraît avoir laminé sa force et mérite bien le qualificatif d'usure. Et si dans un premier temps le burnout est l'inverse du fatalisme (par la revendication), il le figure progressivement. Le sujet ne cherche plus à comprendre, entraîné par un mouvement sur lequel il pense n'avoir plus prise. L'arrêt de travail est souvent évoqué, une fuite permettant d'échapper illusoirement à ses difficultés, comme un témoignage de ce qu'il a vécu (Daloz et Benony, 2007).

4.4. État épuisé et état dépressif

La gestion émotionnelle paraît plus aisée. Il n'y a pas la fixité des affects de la dépression, l'humeur dépressive indépendante de l'environnement, l'incapacité à ressentir (on peut être épuisé mais nouvellement amoureux). Le sentiment de non-accomplissement est quasi-constant, souvent relié à un sentiment d'impuissance, de manque de contrôle sur ce qui arrive. Mais dans l'épuisement, l'évaluation négative touche moins le passé (idéalisé, au moins dans les deux premiers stades) que la situation actuelle. Le dépressif voit le passé de manière plus négative, comme préalable à la situation actuelle. C'est plus l'écart entre le passé et le présent, et le manque de perspective qui marquent le soignant épuisé. C'est surtout au niveau de la dépersonnalisation, plus associée au cynisme, à une attitude de fuite, une crainte dans la relation à l'autre, une attitude de protection, que l'on peut caractériser le burnout. Dans la dépression, la dépersonnalisation paraît plus liée à une incapacité cognitive, une anesthésie affective, un désinvestissement plus complet, du désintérêt à relier avec le retrait dépressif général (Daloz et Benony, 2007).

Le tableau du burnout doit être différencié de celui de la dépression grave. Un des principaux signes de la dépression, le ralentissement psychomoteur n'émerge pas véritablement dans l'expression clinique du burnout. Il n'y a pas de

ralentissement de l'idéation, au moins dans un premier temps. L'inhibition motrice est faible voire inexistante, même si le sujet se sent fatigué (relevant plutôt de la lassitude). Autre facteur, la quasi-absence des idées morbides dans le burnout. L'équilibre narcissique est mieux maintenu, sans effondrement, peut-être lié au rejet des causes sur l'environnement et au fait que d'autres domaines de la vie peuvent amener une réassurance. C'est au niveau des cognitions dépressives que les points communs sont les plus évidents, avec ces biais négatifs, un changement de croyances sur soi. Un peu comme si le burnout incarnait des cognitions dépressives sans véritable humeur dépressive, sans perturbation majeure de processus de pensée (Daloz et Benony, 2007).

Malgré cette moindre intensité des signes, le burnout fait parfois modeste figure face à cette sensation quasi-physique d'anéantissement de la dépression, il en comporte maints aspects. La tristesse est plus souvent exprimée qu'apparente (elle marque plus le discours que le visage des sujets épuisés). Les pensées pessimistes sont très présentes et il y a bien réduction du sommeil, mais rarement de l'appétit. Il existe des difficultés de concentration, de la lassitude mais guère d'idées suicidaires. Les troubles émotionnels sont plus exprimés que vécus. De nombreuses petites différences viennent compléter le tableau clinique. Ainsi, le sujet épuisé reste dans un rapport avec la normalité et le dit ou le pense, lorsque le sujet déprimé se sent tellement différent, se sait véritablement affecté. Avec le burnout, on ne retrouve pas les grands thèmes existentiels, mais plutôt les petites vanités déçues, la vie dans ce qu'elle peut avoir de plus banal. Son vécu est moins tragique. Si le sujet déprimé se sent en phase avec la douleur du monde, les autres sujets dépressifs, le sujet épuisé semble rejeter les autres épuisés et les dépressifs. Il reste dans une comparaison avec les sujets non-épuisés et penser autrement est un risque, rend le sujet méfiant, rejetant. Le sujet épuisé souffre, le dit, mais ne veut guère qu'on le dise de lui, plus sensible qu'affligé. L'élaboration de sa situation est encore suffisante pour conserver une adaptation, mais insuffisante pour le sauvegarder d'une souffrance obsédante. Le maintien dans cet état n'est d'ailleurs pas forcément positif, puisque l'usure va miner de plus en plus les voies de recours possibles, notamment aux autres. Restent la présence d'humour, souvent cynique, et la possibilité de rire simplement avec l'interlocuteur (Daloz et Benony, 2007).

4.5. Les différences de burnout selon le sexe et l'âge

Il semblerait que les hommes de 40 ans représentent la population la plus touchée dans la profession de chirurgien dentiste mais il n'existe pas de réelle différence au niveau des trois dimensions de l'épuisement professionnel entre les sexes (Gorter et al., 1999a). Une autre étude hollandaise ne révèle aucune différence significative dans les mesures de dépersonnalisation (Gorter et al., 2007).

Même si on trouve une augmentation du nombre de praticiens en burnout chez les chirurgiens dentistes expérimentés, les premiers signes peuvent être détectés dès les premières années de carrière. Ce sont sans doute ces personnes qui après quelques années s'épuisent au travail (Gorter et al., 2007). Même si l'engagement professionnel diminue avec l'âge, il semble que les praticiens hollandais proches de l'âge de la retraite regagnent de la motivation au travail due en partie à leur assurance retraite qui leur permet de quitter leur travail quand ils veulent.

4.6. Les trois dimensions du burnout

Le burnout s'exprime par divers symptômes et est un concept large. Étudier les symptômes séparément permet de montrer les risques importants sur la qualité des soins du chirurgien dentiste (Murtomaa et al., 1990). Il faut placer le burnout dans un contexte social complexe impliquant l'attitude de l'individu envers les autres et lui-même (Schaufeli et al., 1993). Ignorer les risques de burnout chez les chirurgiens dentistes peut avoir de graves conséquences pour le praticien lui-même, le patient, la qualité du travail et l'image de la profession (Gorter et al., 1999a). Plus le sentiment d'échec, la frustration, l'image négative de soi augmentent, plus les signes de burnout sont évidents. Le burnout doit être traité chez les soignants pour protéger ceux-ci ainsi que leurs patients de ses effets profondément négatifs.

4.6.1. L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. Le praticien n'est plus motivé par son travail qui devient une corvée (Théry-Hugly, 2008). Le burnout fait suite à un stade de défense au stress et à la fatigue par l'individu marqué par des changements de

comportements et d'attitudes envers les patients. Les symptômes psychiques, notamment la dépression, peuvent être développés durant la phase d'épuisement (Delbrouck, 2003).

C'est la dimension du burnout montrant les relations les plus fortes avec des facteurs de stress comme la surcharge de travail (Gorter et al., 2007). L'épuisement émotionnel est « la disparition de l'énergie émotionnelle se répercutant sur la vitalité physique de l'individu » (Legeron et al., 2008). Plus de 18% des dentistes ont un épuisement émotionnel élevé ou très élevé et parmi ceux-ci sans doute les futurs dentistes en incapacité de travail (Gorter et al., 1999a).

4.6.2. La dépersonnalisation

La dépersonnalisation se réfère à la perception négative par la personne d'elle-même et de ses patients (Schaufeli et al., 1993). Le principal symptôme de l'épuisement du soignant est la perturbation profonde de la relation avec le patient (Delbrouck, 2003) par une attitude négative et détachée envers les personnes avec qui l'on interagit au travail (Legeron et al., 2008) (confrères, patients, prothésistes). Cette attitude peut tendre jusqu'à des actes de maltraitance (Daloz et al., 2005). La dépersonnalisation peut commencer dès l'obtention du diplôme et est fortement corrélée avec l'état de la situation de la même cohorte étudiée six ans plus tard (Gorter et al., 2007).

Dans le burnout, le détachement, défense primaire du soignant, provoque l'indifférence à l'égard du patient. Ce comportement de détachement est totalement inconscient. Lorsqu'il en prend conscience, l'individu a encore plus de difficultés émotionnelles. Cette perception accentue le sentiment de culpabilité. Un sentiment de responsabilité envers les patients peut empêcher le soignant de prendre du recul et de voir les répercussions négatives de son état (Legeron et al., 2008). Plus précisément, le soignant va aller au plus court dans ses diagnostics et traitements et il ne communiquera avec les patients que pour donner leurs informations de base (Wolfe, 1981).

Le résultat final est la fatigue physique et émotionnelle grandissante. La distanciation peut se faire en ne considérant chaque patient que comme un symptôme et plus comme une personne dans sa globalité. Le praticien peut toujours

avoir de l'humour mais qui sera toujours accompagné de cynisme, maintenant une barrière à l'empathie (Wolfe, 1981). Le cynisme peut se développer jusqu'au sentiment d'hostilité (Legeron et al., 2008).

Comparé à l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation chez les dentistes n'est pas plus grave que dans d'autres professions. Cependant 11% des praticiens ont au moins un niveau élevé de détachement avec comme risque un manque de professionnalisme dans la prévention ou encore le délaissement des aspects sociaux du traitement (Gorter et al., 1999a). Un tiers des chirurgiens dentistes finlandais ont connu des phases de dépersonnalisation et ont cessé de se soucier autant que nécessaire de ce qui pouvait arriver à leur patient (Murtomaa et al., 1990).

4.6.3. La diminution de l'accomplissement personnel

Alors que l'épuisement émotionnel fait référence à la relation patients-soignant, cette dernière dimension est basée sur le sentiment de déclin de ses compétences de travail et de sa réussite professionnelle (Gorter et al., 2007) c'est-à-dire la tendance à l'auto-évaluation négative. Les professionnels se sentent malheureux et sont insatisfaits des soins qu'ils procurent. (Gorter et al., 1999a).

Les personnes atteintes de burnout ont un regard particulièrement négatif et dévalorisant sur la plupart de leurs accomplissements personnels et professionnels, l'estime de soi est très nettement diminuée. L'état dépressif et l'incapacité de faire face aux obligations professionnelles sont fréquents (Legeron et al., 2008).

L'étude de Gorter en 1999 peut faire penser que cette dimension du burnout peut être en fonction du temps passé dans la profession et n'est pas pertinente pour mesurer l'épuisement professionnel (Gorter et al., 1999a).

4.7. Les conséquences du burnout

Les conséquences du burnout professionnel se distinguent par une nette augmentation de l'inefficacité générale des individus, un absentéisme ainsi qu'une baisse du moral et de la satisfaction au travail chez les employés (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

Hamberger et Stone en 1983, puis Miller en 1991 ont classé les expressions du burnout professionnel en trois catégories comprenant les réactions physiologiques telles que les troubles du sommeil et la fatigue chronique, les réponses cognitives et affectives et les symptômes comportementaux (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

La fatigue chronique et l'épuisement sont les éléments principaux de la plainte du professionnel. Des attitudes cognitives vis-à-vis de soi-même, d'autrui et du travail sont habituelles (Humphris, 1998). Nous pouvons citer la dysphorie (Sentiment de malaise ou d'anxiété, sensation d'être en mauvaise santé), l'hypersensibilité, la dépression, l'indécision, le manque de concentration, la tendance à tenir les autres et le système responsables des problèmes personnels, l'isolement émotionnel, l'inflexibilité et les remarques cyniques en réponse aux idées innovatrices et au changement, une image de soi négative ainsi que le sentiment de ne pas avoir le contrôle de sa vie personnelle et professionnelle. Les symptômes comportementaux sont par exemple la baisse marquée de la productivité, une augmentation de l'abus de substances toxiques telles que la drogue ou l'alcool ou encore l'abandon de l'activité professionnelle dans son ensemble (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

Le risque de dépression et de suicide est omniprésent (Théry-Hugly, 2008 ; Humphris, 1998). Le soignant peut ressentir de la colère contre les patients et sa profession mais elle provient souvent d'une colère contre lui-même par rapport à ses insuffisances personnelles (Wolfe, 1981). Plus le burnout progresse, plus la frontière entre le travail et le monde extérieur est grande et précise. Le soignant ne parle pas des incidents liés au travail en famille et tous ses liens sociaux sont sans contact avec le monde professionnel. Une réelle compartimentation se met en place et le soignant devient de plus en plus isolé. Des tensions peuvent survenir avec le reste de l'équipe soignante. Plutôt que d'assumer ses décisions, le soignant se réfèrera de plus en plus souvent à des argumentations théoriques et transférera sa responsabilité personnelle sur les références pratiques de sa profession. L'isolement est encore augmenté par ce processus de défense (Wolfe, 1981).

Dans le domaine personnel, les personnes atteintes de burnout vont avoir des attitudes de retrait du milieu familial et se désinvestissent des activités de loisir. Au niveau professionnel, un sentiment de perte d'efficacité, une baisse de rendement professionnel malgré une plus grande dépense d'énergie, un sentiment

d'insatisfaction par rapport au travail et le sentiment de ne pas voir son travail ou ses efforts reconnus à leur juste valeur sont des manifestations du burnout.

Toutes les conséquences du burnout peuvent résulter en une réduction de la performance professionnelle qui, dans les cas plus graves, peuvent mener à un arrêt de travail plus ou moins prolongé ou même jusqu'à la démission de l'employé. Le résultat final de la spirale du burnout se caractérise la plupart du temps par une indifférence totale et une incapacité de la part de l'individu à se servir de ses ressources personnelles pour accomplir les tâches qui lui ont été confiées (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

4.8. La chirurgie-dentaire et le risque de burnout

La chirurgie dentaire est une profession, par sa nature, à risque de burnout (Humphris, 1998). 36,5% des chirurgiens dentistes hollandais ont des risques d'épuisement professionnel. Parmi eux, 13 % ont un niveau élevé de burnout (Gorter et al., 1999a), niveau comparable à celui des praticiens britanniques (11%) (Hill et al., 2010).

Il existe des praticiens qui sont à un niveau très alarmant d'épuisement professionnel et ils représentent 2,5% des chirurgiens dentistes (Gorter et al., 1999a). L'âge et le sexe ne sont pas des critères spécifiques au haut niveau de burnout. Selon l'étude menée par Gorter, les chirurgiens dentistes qui ont un risque élevé de burnout ont un style de vie moins sain que les autres : moins d'exercice sportif, consommation d'alcool plus élevée et une alimentation moins équilibrée (Gorter et al., 2000). De plus ils ont une vue plus négative de leur santé et de leur condition physique. En plus d'avoir une pression psychologique importante à supporter, ces dentistes ont aussi plus de désagréments physiques que les dentistes à risque faible de burnout. Ils prennent plus de tranquillisants que les autres praticiens. Alors que la moitié de la profession continue à travailler malgré la maladie, les dentistes à risque élevé de burnout ne s'arrêtent que difficilement (un tiers). On peut l'expliquer par la peur des professions libérales d'avoir des problèmes financiers ainsi que des difficultés à gérer l'emploi du temps. Par conséquent la santé des praticiens est mise en danger par cet épuisement physique. La négligence des problèmes physiques est un avertissement du risque de burnout (Gorter et al., 2000). Par ailleurs les dentistes qui ont une vision moins favorable de leur pratique que ce

qu'ils espéraient ont un risque élevé au burnout. Les facteurs de déception souvent énoncés sont le manque de possibilité d'évolution de carrière, les limites du métier, le stress de la profession, et les difficultés de contact avec les patients (Gorter et al., 2007).

4.9. La difficulté de mesure du niveau de burnout

The « Maslach Burnout Inventory » ou l'Inventaire d'épuisement professionnel est l'instrument d'auto-évaluation de mesure du burnout le plus largement utilisé (Schaufeli et Van Dierendonck, 1995). Il se décline en vingt-deux points (Malenfant, 2011) :

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 patients ressentent
5. Je sens que je m'occupe de certains patients 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 patients
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 des 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) par mon travail
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 patients
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui ne valent pas 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 patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Les réponses aux critères sont au choix : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par semaines, une fois par semaine, chaque jour.

Le questionnaire se compose de trois sous-échelles distinctes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel (Gorter et al., 1999a). Un haut score dans ces trois composantes expriment un haut degré de burnout (Schaufeli et al., 1993).

Une version de cet instrument a été évaluée et validée dans de nombreuses langues : l'original en anglais (Maslach et Jackson, 1981), allemand (Bussing et Perrar, 1994), japonais (Kitaoka-Higashiguchi et al., 2004), espagnol (Gil-Monte, 2002), chinois (Yuen et al., 2002), français (Dion et Tessier, 1994) mais une seule version a été validée spécifiquement pour les chirurgiens dentistes, en hollandais (Gorter et al., 1999b).

Cet instrument largement utilisé n'est cependant pas employable comme outil d'évaluation individuelle pour un diagnostic clinique car les points distribués pour définir des valeurs seuils numériques de burnout sont basées sur des normes statistiques arbitraires. Toujours selon le même auteur, il faut utiliser avec précaution cet outil pour les comparaisons entre pays. (Schaufeli et Van Dierendonck, 1995)

Pour avoir une idée d'évaluation rapide du niveau de burnout, Maslach propose une série de questions très simples sur les six items influençant le risque de burnout (Figure 14).

	Just Right	Mismatch	Major Mismatch
Workload			
The amount of work to complete in a day			
The frequency of surprising, unexpected events			
Control			
My participation in decisions that affect my work			
The quality of leadership from upper management			
Reward			
Recognition for achievements from my supervisor			
Opportunities for bonuses or raises			
Community			
The frequency of supportive interactions at work			
The closeness of personal friendships at work			
Fairness			
Management's dedication to giving everyone equal consideration			
Clear and open procedures for allocating rewards and promotions			
Values			
The potential of my work to contribute to the larger community			
My confidence that the organization's mission is meaningful			

Figure 14 : Évaluation rapide du burnout (Maslach et Leiter, 2010)

Ici, si la personne répond que tous les items lui conviennent, cela veut dire qu'elle juge son cadre de travail excellent. Quelques réponses qui ne répondent pas aux attentes de la personne ne sont pas surprenantes. Quotidiennement, tout le monde a la volonté et la capacité de tolérer ces quelques désagréments. Par contre si beaucoup de réponses ne conviennent pas, avec particulièrement des cases cochées comme « désagrément majeur » et qui ont de l'importance pour la personne, ce sont des signes potentiels de situation intolérable (Maslach et Leiter, 2010).

Aujourd'hui les liens entre des réactions physiologiques, mesurables objectivement et le burnout doivent être mieux connus pour pouvoir démontrer le réel niveau de burnout d'une personne ou d'une profession. C'est vers cette relation que doivent se porter les futures recherches pour pouvoir mieux comprendre la relation entre l'épuisement professionnel et la santé. Même si la causalité ne peut être expliquée, l'influence du burnout sur la santé, et inversement, est bien comprise (Gorter et al., 2000). Une autre difficulté est aussi que bien souvent l'épuisement professionnel progresse sans que le soignant ne s'en rende compte (Wolfe, 1981). Les différentes études sous-estiment systématiquement les niveaux de burnout à cause du biais de sélection des travailleurs en bonne santé (Schaufeli et Van Dierendonck, 1995).

L'absence de scores seuils et de normes françaises rend l'interprétation du « Maslach Burnout Inventory » aventureuse (Lejoyeux, 2004).

5. Recherche des causes du stress : les facteurs de stress en odontologie

5.1. Notion de facteurs de stress

Le stress a souvent de lourdes conséquences tant sur la performance que sur la santé mentale et physique (Fradin et Aalberse, 2008). Son impact est très souvent sous-évalué, pourtant les facteurs de stress des professionnels de santé n'affectent pas que la santé mentale ou physique des praticiens mais peuvent également affecter la qualité des soins (Myers et Myers, 2004). Le travail est une source de stress physique et psychologique (Théry-Hugly, 2008). Ainsi les divergences entre

les demandes de l'environnement de travail et les traits de caractères peuvent être sources de stress et de modification du comportement. Les fonctions physiologiques et la performance au travail sont également touchées avec la possibilité de symptômes variés (Gorter et al., 2008). Les différentes contraintes quotidiennes sont définies comme agents ou facteurs de stress (Théry-Hugly, 2008).

L'odontologie est une profession avec un large éventail de facteurs de stress possibles (Gorter et al., 2008) : les nombreuses exigences (performance, incertitudes, rapidité, complexité), les problèmes liés à l'environnement (administratifs, urbains, technologiques), les relations difficiles, voire conflictuelles avec les autres, etc... (Legeron et al., 2008).

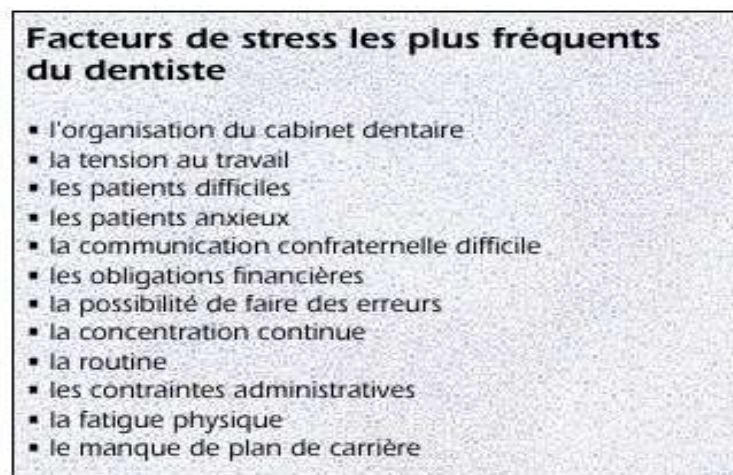


Figure 15 : Facteurs de stress les plus fréquents du chirurgien dentiste (Gorter, 1999)

Les « exigences psychiques », correspondant aux facteurs de stress psychiques présents dans l'environnement de travail (contraintes de temps serrées, travail mentalement très exigeant et difficile,...) et la « latitude décisionnelle », comprenant l'autorité du travailleur à prendre des décisions et l'éventail de compétence utilisé dans sa profession, sont deux caractéristiques psychosociales professionnelles en interaction avec la santé et la motivation du travailleur (Demerouti et al., 2001). Seules les relations difficiles avec les patients, les problèmes liés à leur environnement de travail et une mauvaise posture de travail augmentent significativement le risque d'épuisement professionnel (Murtomaa et al., 1990). Cependant une corrélation entre différents facteurs de stress et le burnout

existe (Lee et Ashforth, 1996). On en retrouve certains pour la chirurgie dentaire : une profession stressante, des événements stressants, la charge de travail, la pression au travail, le confort physique, la cohésion de l'équipe, l'autonomie, etc.

Les facteurs de stress les plus fréquents du chirurgien dentiste figurent dans la figure ci-dessus (Gorter, 1999) (Figure 15).

5.2. Étude des facteurs de stress

5.2.1. Les conditions de travail

5.2.1.1. L'installation du cabinet et son aménagement

Il n'existe pas de différence significative de risque d'épuisement professionnel selon la région d'installation (Gorter et al., 1999a). 9% seulement des chirurgiens dentistes finlandais ont eu des problèmes avec leur environnement de travail. Cependant il est important de rappeler que c'est un facteur de risque majeur de burnout (Murtomaa et al., 1990).

C'est la responsabilité du chef d'entreprise que de fournir à ses employés un espace de travail non stressant (Newton et al., 2006).

5.2.1.2. La posture de travail

L'environnement de travail du chirurgien dentiste impose un stress physique par la nécessité d'être assis durant de longues périodes avec des positions contraignantes et figées pour réaliser un travail de précision (Kay et Lowe, 2008 ; Toussaint, 2000). Ainsi les postures asymétriques au fauteuil génèrent des tensions et des contractures (Tigrid et Sintès, 2009). Lors d'une étude finlandaise, la plupart des chirurgiens dentistes se plaignaient de douleurs liées directement au travail avec le patient (Murtomaa et al., 1990).

La posture, si elle est enseignée, assise avec les instruments à portée de mains et les plateaux pré-préparés, a aussi des effets délétères sur la santé : peu de travail dynamique, faible circulation sanguine et stase veineuse, accumulation d'acide lactique et contractures musculaires, dorsalgies, lombalgies, douleurs dans le

cou et les épaules. Les troubles sont aggravés par l'instabilité et l'asymétrie des postures, la bascule latérale, la rotation et l'inclinaison vers l'avant. Un praticien sur deux se plaint de ces algies, ce qui complique son exercice et augmente sa fatigue (Toussaint, 2000).

Les principales douleurs se situent au niveau du cou et du dos et au niveau de la main et du poignet. Les études révèlent une prévalence importante des problèmes musculo-squelettiques liés à la profession de chirurgien dentiste. En effet, ils sont un facteur majeur de retraite anticipée des praticiens (Sharma et Golchha, 2011).

La plupart des dentistes interrogés affirment qu'une mauvaise posture de travail est une contrainte à leur travail. 22% des chirurgiens dentistes finlandais pensent que leur mauvaise posture de travail interfère directement sur leur satisfaction au travail. L'insatisfaction au travail est un signe d'alerte de deux composantes du burnout : la perte de satisfaction professionnelle et la fatigue psychologique et représente la cause la plus fréquente de problèmes de santé des chirurgiens dentistes (Murtomaa et al., 1990).

5.2.1.3. La charge de travail

Pour tout travailleur, la pression au travail est un facteur de stress (Fradin et Aalberse, 2008). Il en est de même pour les chirurgiens dentistes (Gorter et al., 2008) qui la ressent notamment par la surcharge de travail (Hill et al., 2010). C'est également un des antécédents au burnout en particulier de la dimension d'épuisement. Les conséquences de cette surcharge de travail sont une fatigue physique et émotionnelle (Maslach et Leiter, 2008).

La charge de travail est synonyme de productivité pour les entreprises mais elle représente également une demande importante en termes de temps, d'effort et d'énergie de la part de l'individu (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004). La surcharge de travail est qualifiée par les exigences professionnelles supérieures aux limites humaines. En chirurgie dentaire, la surcharge de travail est caractérisée par un nombre trop important de patients. Cela peut entraîner moins de temps disponible pour chaque patient et donc le chirurgien dentiste n'aura plus la capacité à atteindre ses objectifs ni de réaliser un traitement adéquat (Wolfe, 1981). Le point critique se produit quand les professionnels n'arrivent plus à répondre aux exigences du travail.

Cependant si les chirurgiens dentistes ont la possibilité d'avoir des périodes de repos suffisantes au travail ou à la maison, le burnout n'apparaîtra pas (Maslach et Leiter, 2008).

La gestion du temps est le principal facteur de stress des chirurgiens dentistes et il est vécu quotidiennement comme la cause principale de mauvaise relation avec les patients et l'équipe de travail (Pozos-Radillo et al., 2010 ; Hill et al., 2010).

Le rythme de travail est pour le travailleur belge un des générateurs de stress le plus important (Fradin et Aalberse, 2008). Plus généralement, un temps imparti très court est source de stress (Demerouti et al., 2001 ; Brown et al., 2010).

Plus le nombre total de patients par semaine est élevé, plus le risque d'épuisement professionnel augmente (Gorter et al., 2008). La sur-stimulation professionnelle et la sous-stimulation, favorisent l'apparition du stress (Figure 16).

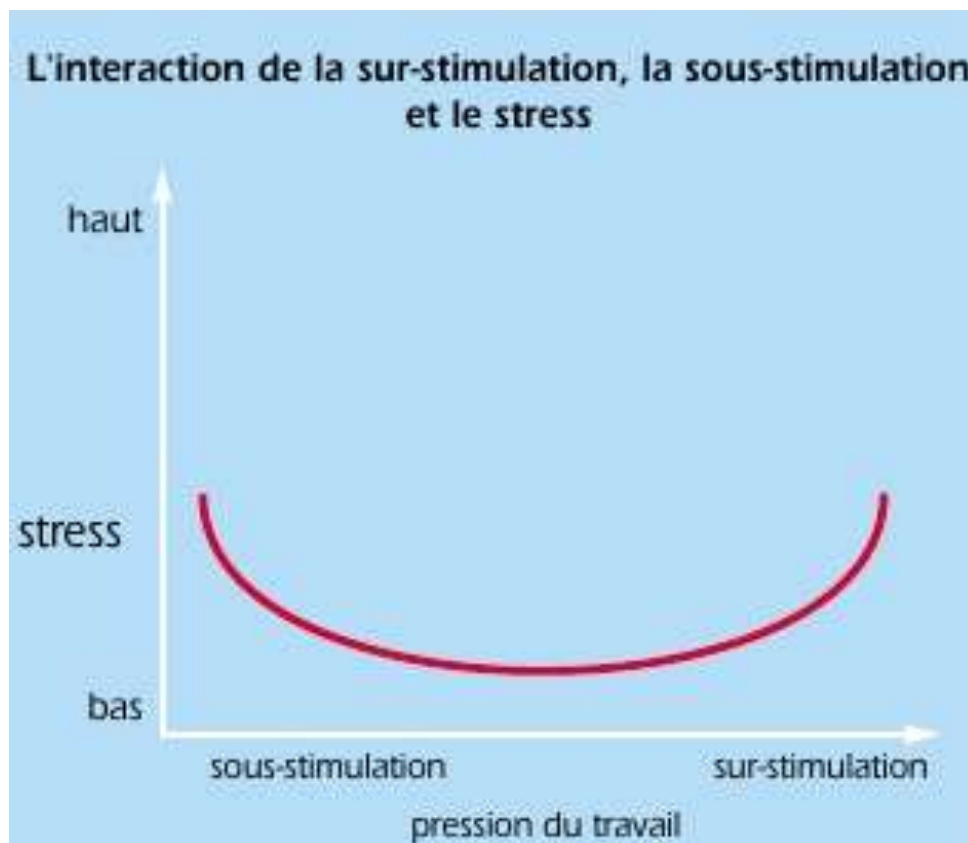


Figure 16 : L'interaction entre la pression au travail et le stress (Gorter, 1999)

5.2.2. Bruit, odeurs, éclairage, champ opératoire confiné

Le bruit quasiment permanent et la petite taille de l'espace de travail sont des facteurs stressants (Tigrid et Sintès, 2009). En effet à partir de 65 décibels, on admet que la nuisance sonore est responsable d'effets nocifs sur l'organisme. Généralement, le niveau du bruit des équipements dentaires est de 85 décibels (Leggat et al., 2007). Une étude a mesuré, dans les cabinets dentaires, des intensités de plus de 100 décibels avec des turbines à roulements à bille. Ce bruit est considérable lorsque l'on sait que l'échelle est logarithmique et que l'intensité double tous les trois décibels. La fatigue nerveuse causée par cette nuisance, par sa répétition, affaiblit la résistance nerveuse du chirurgien dentiste (Toussaint, 2000). La vétusté et le mauvais entretien des dispositifs médicaux peuvent élever de façon importante les niveaux sonores (Bernard-Masse, 2011).

Le renouvellement de l'air, chargé d'aérosols et de particules en suspension, est très insuffisant. Il faudrait renouveler au moins dix fois complètement le volume d'air du cabinet dentaire à chaque heure de travail (Toussaint, 2000).

Le système visuel et la mauvaise qualité de l'éclairage participent pour une large part aux nuisances auxquelles le praticien est soumis. La fatigue visuelle représente une source majeure de fatigue nerveuse du chirurgien dentiste (Toussaint, 2000).

Le confinement, pendant des heures, dans un espace clos, tempéré, sans grande variation des facteurs d'ambiance, conduit à une impression d'isolement du praticien (Toussaint, 2000).

5.2.2.1. Les problèmes de gestion

Les soucis de gestion sont un facteur de burnout (Gorter et al., 2008). La gestion pratique poserait plus de difficultés aux femmes (Gorter et al., 2007). Le facteur temps est difficile à maîtriser et stresse le chirurgien dentiste : le travail doit être exécuté dans un temps limité, ceci pour toute la journée, le rythme de l'agenda est souvent inadapté en terme de sérénité et de performance. Cette notion est

définie par les anglo-saxons par le terme *job strain* qui englobe la pression et la surcharge de travail (Tigris et Sintès, 2009).

5.2.2.2. Le souci de précision, la dextérité manuelle

La précision du travail, requise par un champ opératoire de taille réduite, la méticulosité et la dextérité nécessaires à chaque instant demandent une concentration au chirurgien dentiste qui le fatigue. Les réactions de défense du patient, ses gestes intempestifs, imprévisibles, incontrôlables augmentent la tension du praticien (Toussaint, 2000).

Le souci de précision accordé à chaque manipulation, la nécessité d'être méticuleux et de conserver une dextérité manuelle constante à tout moment peut provoquer l'anxiété (Bourassa et al., 1984).

La concentration est très variable dans le temps, selon les heures et les actes précédemment effectués. Bien souvent, les rendez-vous imposent les actes à venir sans tenir compte des baisses de régime ni des rythmes biologiques propres au praticien. La succession des rendez-vous et la gestion des urgences ne laissent généralement pas de pause (Toussaint, 2000). La demande constante de perfection technique qu'impose la profession est une réelle source de stress (Hill et al., 2010).

5.2.3. Le manque d'évolution de carrière

Le manque de perspective de carrière est un facteur majeur de stress ainsi que de burnout en chirurgie dentaire (Gorter et al., 2008). Les chirurgiens dentistes ont le sentiment d'être dévalués par la société et de se sentir piégés dans leur profession jusqu'à la retraite (Hill et al., 2010).

Nombreux sont les chirurgiens dentistes qui espèrent pratiquer l'odontologie librement, sans souci et ils se retrouvent déçus par la réalité. Beaucoup d'entre eux n'ont pas tout à fait conscience, au départ, que soigner des patients est une affaire lourde de responsabilités et très éloignée du « bricolage de bouche ». Toutefois, ils n'atteignent pas toujours la perfection, comme ils l'auraient espéré. Pendant leur formation, ils prêtent rarement une attention suffisante à l'évolution de leur carrière (Gorter, 1999).

5.2.4. Les relations au travail

5.2.4.1. L'équipe soignante

Les individus s'épanouissent dans un environnement où ils se sentent à l'aise et où les relations avec autrui sont basées sur le respect (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

La moitié des chirurgiens dentistes hollandais sont très satisfaits de leur relation avec le personnel du cabinet dentaire (Murtomaa et al., 1990). Cela est encore démontré dans l'étude de Gorter, 48.7% des jeunes chirurgiens dentistes sont enthousiastes quant au travail d'équipe en regard de leurs attentes (Gorter et al., 2007). Cependant cette relation est notée comme un facteur de stress (Brown et al., 2010) et de burnout important (Gorter et al., 2008) mais toutes les études ne vont pas dans le même sens. Toutefois, le fait qu'un haut niveau de stress soit lié à de mauvaises relations professionnelles est une certitude (Newton et al., 2006).

Plus de la moitié des chirurgiens dentistes britanniques jugent le management et les questions de personnel comme un des facteurs les plus stressants de la profession (Kay et Lowe, 2008). Recruter, former, manager une ou plusieurs assistantes sont des actes jugés comme difficiles (Tigrid et Sintès, 2009).

Enfin l'équité au travail est également importante. Un environnement professionnel est considéré comme équitable lorsque trois facteurs clés y sont présents : confiance, franchise et respect.

Une organisation de travail qui encourage le respect mutuel entre les professionnels du cabinet dentaire va favoriser des relations positives. La confiance et la communication sont des éléments essentiels pour asseoir une relation stable et performante avec son assistante, sa secrétaire ou encore ses confrères. L'absence d'équité est non seulement apparente lors des évaluations internes et des promotions mais aussi lorsque les employés sont accusés à tort d'avoir commis certaines fautes ou quand leurs efforts et dévouement ne sont ni reconnus ni appréciés. Le manque d'équité est aussi particulièrement évident lorsqu'il existe une forte inégalité de la charge de travail et / ou des salaires. Il est important pour le chirurgien dentiste de respecter le travail de ses salariés. (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

5.2.4.2. Les patients

L'environnement du chirurgien dentiste est particulièrement défavorable : les patients sont souvent anxieux, stressés, non coopérants (Tigris et Sintès, 2009 ; Hill et al., 2010 ; Brown et al., 2010). En effet la perspective d'une consultation en odontologie est souvent perçue comme désagréable. Cela peut s'expliquer par diverses raisons historiques : au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle, les barbiers pratiquaient des traitements dentaires douloureux et devaient extraire des dents sans anesthésie. Au début et au milieu du XX^{ème} siècle, il était courant en Europe que les jeunes femmes sur le point de se marier se fassent extraire radicalement toutes leurs dents, remplacées par des prothèses totales. Il n'est donc pas étonnant qu'une stigmatisation persiste à cet égard et que de nombreuses personnes continuent à redouter les consultations bucco-dentaires (Wolf et Ramseier, 2012).

L'image de la profession est une notion importante pour la santé du chirurgien dentiste, en effet, le manque de reconnaissance augmente la vulnérabilité des travailleurs au burnout (Maslach et Leiter, 2008). La pression est soutenue par les patients qui ont une image négative de la profession encore véhiculée par les médias de divertissement. La chirurgie dentaire est connotée au sadisme, à l'immoralité voire à la folie (Wolf et Ramseier, 2012).

Les enfants sont également une patientèle stressante. C'est le premier facteur stressant ressenti par 437 chirurgiens dentistes néozélandais (Ayers et al., 2008).

Les exigences des patients sont une source de stress pour la majorité des praticiens (Kay et Lowe, 2008 ; Sharma et Golchha, 2011). Le contact avec les patients difficiles est un des principaux facteurs de stress et est étroitement lié au burnout dans la profession (Gorter et al., 2008). L'anxiété ou la nervosité du patient est clairement un facteur de stress pour le chirurgien dentiste (Kay et Lowe, 2008).

Une mauvaise relation avec les patients est un des trois facteurs de risque de burnout augmentant la dépersonnalisation et la perte de motivation (Murtomaa et al., 1990). À l'inverse, de bonnes relations avec ses patients diminuent l'influence négative des exigences professionnelles (Hakanen et al., 2005). Une pratique régulière d'exercices de conversations permet au praticien d'améliorer nettement ses relations avec ses patients (Gorter, 1999).

Un autre facteur de stress impliquant la relation avec la patientèle est la peur de recevoir une plainte et des litiges (Mellor et Milgrom, 1995). Elle est ressentie par plus de la moitié des praticiens britanniques interrogés (Kay et Lowe, 2008). Autrefois la détresse du malade était gérée par la famille et son entourage. Aujourd'hui, les soignants sont exposés à leur angoisse et leur souffrance (Murtomaa et al., 1990).

Cependant les contacts avec les patients sont beaucoup mieux ressentis que prévus par 43.9% des jeunes chirurgiens dentistes hollandais (Gorter et al., 2007). La dimension relationnelle de la profession n'est pas suffisamment abordée par la formation initiale du chirurgien dentiste.

Pour de nombreux praticiens, communiquer est une perte de temps, informer le patient un acte répétitif et peu intéressant et développer sa capacité de conviction, une manipulation mercantile (Tigrid et Sintes, 2009).

Une autre source de frustration pouvant provenir des patients est le fait que la pérennité des travaux ne dépend pas exclusivement des compétences du chirurgien dentiste mais également de la motivation du patient (Toussaint, 2000).

5.2.4.3. Confrères

On considère souvent que le travail communautaire diminue les facteurs de stress. En effet les relations confraternelles diminuent les effets négatifs que peuvent avoir les exigences professionnelles (Hakanen et al., 2005). Pourtant travailler dans des centres mutualistes est un facteur de fatigue psychologique pour les hommes, contrairement aux femmes (Murtomaa et al., 1990). Échanger avec les confrères n'est pas un acte évident pour tous les praticiens (Tigrid et Sintes, 2009). Une conversation claire et objective avec des confrères, par exemple, nécessite de la part du chirurgien dentiste une bonne connaissance de sa propre capacité d'évolution (Gorter, 1999).

5.2.5. Les tâches administratives et autres rôles du praticien

Les contraintes administratives et socio-professionnelles sont des facteurs stressants de la profession (Tigrid et Sintes, 2009). Les jeunes chirurgiens dentistes

hollandais ne se sentent pas assez préparés à l'égard des questions de droit et d'assurances, de l'organisation pratique ainsi que de la gestion du personnel (Gorter et al., 2007). En Grande-Bretagne, le travail administratif et non clinique fait partie des facteurs les plus stressants pour la moitié des praticiens interrogés (Kay et Lowe, 2008).

5.2.6. La satisfaction au travail

Le stress professionnel est lié à l'insatisfaction au travail (Hill et al., 2010). D'après les travaux de Murtomaa, elle représente le seul facteur d'épuisement professionnel lié à l'âge (Murtomaa et al., 1990).

Les facteurs professionnels pouvant influencer positivement la satisfaction au travail du chirurgien dentistes sont résumés ci-dessous (Figure 17).

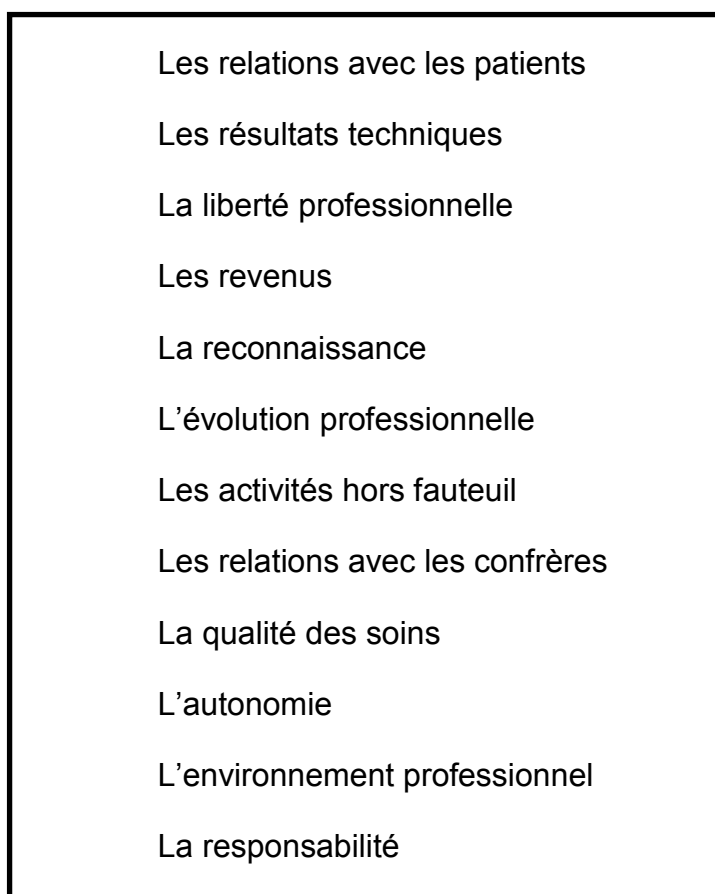


Figure 17 : Facteurs professionnels décrits comme influençant positivement la satisfaction professionnel des chirurgiens dentistes (Gorter et al., 2006)

La sortie de l'université est brutale face à la découverte de la réalité du cabinet dentaire. Il peut exister une frustration de ne pas pouvoir atteindre ses objectifs, qui peut conduire à l'apathie et la perte d'inspiration professionnelle. Les attentes de carrière jouent un rôle crucial dans le burnout. Les chirurgiens dentistes ayant une satisfaction au travail moins favorable que prévue ont des risques de burnout plus prononcés. En effet, le manque de possibilité de carrière, le contenu limité et stressant des soins et les difficultés de contact avec les patients semblent être des facteurs qui ont déçu les soignants ayant un risque élevé de burnout (Gorter et al., 2007).

La motivation professionnelle, comme les possibilités de formation et de développement, existe quand les exigences professionnelles sont élevées et quand la latitude décisionnelle est élevée (Demerouti et al., 2001). Le chirurgien dentiste fait partie de cette catégorie professionnelle où le burnout est possible.

Mesurer la satisfaction professionnelle est difficile par la subjectivité de la mesure mais pour être comparable, elle doit être reproductible. Des questionnaires d'évaluation de la satisfaction et du stress ont déjà été mis en place mais il serait important qu'un seul questionnaire soit une référence au niveau de la chirurgie dentaire (Chapko et al., 1986 ; Shugars et al., 1991).

5.2.7. Les responsabilités du praticien

Le chirurgien dentiste dispose d'un niveau d'indépendance élevé. Il a une responsabilité sociale en soignant les pathologies bucco-dentaires et en promouvant la santé buccodentaire dans la population grâce à des mesures préventives indépendamment du statut social du patient (Wolf et Ramseier, 2012). Cette responsabilité de professionnel de santé demande une attention permanente dans le travail ce qui en fait un facteur de stress important.

5.2.8. La pression économique

Les aspects financiers de la profession sont stressants (Gorter et al., 2008 ; Brown et al., 2010). En effet, pour de nombreux praticiens effectuer certains actes thérapeutiques « à perte » génère frustration, sentiment de non reconnaissance et craintes pour les capacités d'investissements et la survie économique du cabinet. Le

praticien est peu formé à la gestion et cela donne souvent un sentiment d'avenir incertain (Tigrid et Sintès, 2009).

Dès le début de carrière, le chirurgien dentiste doit réaliser des investissements financiers importants nécessaires à l'installation (prêts, crédits, intérêts...) qui instaurent une pression économique permanente.

Seule une minorité des soins buccaux-dentaires font l'objet d'une prise en charge publique. Les soins de base sont totalement remboursés par la Sécurité Sociale, mais *in fine*, le taux de couverture des dépenses dentaires par l'assurance maladie n'est que de 30%, la couverture par les organismes complémentaires est de 35% et il reste 35% à la charge des patients (Rigal et Micheau, 2007).

On peut également ajouter que les chirurgiens dentistes ont des revenus libéraux inférieurs à ceux des médecins spécialistes, mais supérieurs aux médecins généralistes (omnipraticiens) (Figure 18). Depuis 2000, les revenus semblent avoir augmentés. Il est possible que cela soit dû à la diminution importante du nombre de chirurgiens dentistes (non remplacement des départs en retraite). Les praticiens gagnent plus mais sont également débordés par le nombre trop important de patients.

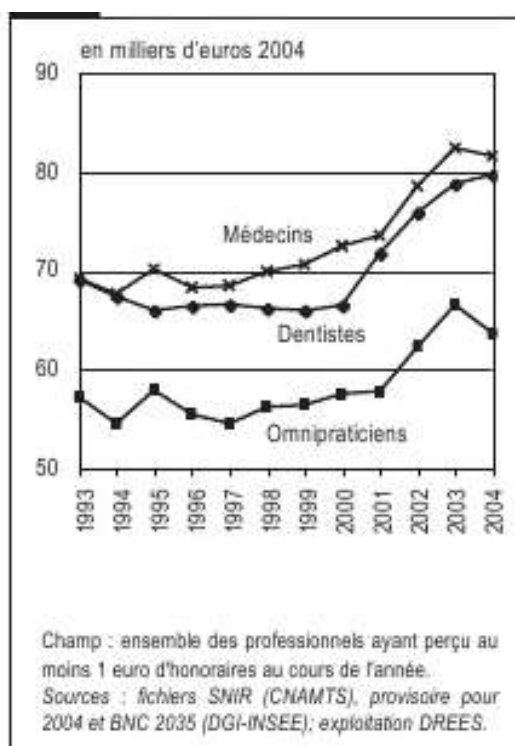


Figure 18 : Évolution du revenu réel libéral des chirurgiens dentistes et des médecins en France en 2004 (Legendre, 2006)

5.2.9. La nature du travail

La pratique de la chirurgie dentaire est stressante par sa demande de concentration soutenue nécessaire à la réalisation d'actes minutieux (Tigris et Sintès, 2009). De plus c'est un travail difficile et très exigeant mentalement qui est une source de stress psychique (Demerouti et al., 2001). Maintenir un haut niveau de concentration est un des facteurs les plus stressants des chirurgiens dentistes néozélandais (Ayers et al., 2008).

De plus, de nombreux risques pour la santé existent dans la pratique quotidienne : risques infectieux (V.I.H., hépatites, cytomégalovirus,...), projection vers le visage et les yeux et perte d'acuité visuelle par la demande permanente de concentration visuelle, etc. (DiMatteo et al., 1993). Parmi les problèmes de santé dus à la profession les plus retrouvés chez le chirurgien dentiste, nous retrouvons, avec les troubles musculo-squelettiques, les accidents d'exposition au sang et les dermatites de contact (Chowanadisai et al., 2000).

Faire attention à tous ces risques fatigue émotionnellement et physiquement le chirurgien dentiste.

5.2.10. L'isolement professionnel

Les chirurgiens dentistes travaillent souvent seuls et se retrouvent généralement isolés (Hill et al., 2010). Associé à la gestion d'entreprise que demande un cabinet dentaire et l'envie de réaliser les meilleurs soins possibles pour les patients, ce facteur est un facteur de stress psychique pour le chirurgien dentiste (Kay et Lowe, 2008).

La communication est difficile pendant l'exercice. Avec le masque, les lunettes, les loupes, le bruit de la turbine et de l'aspiration, le patient allongé, la bouche encombrée, concentré sur le moindre signe de douleur et peu soucieux des propos du chirurgien dentiste, les conditions idéales d'exercice ne sont pas réunies. Le nombre d'heures de travail, le peu de relations avec des confrères, le peu d'occasion de s'exprimer et la pauvreté des relations sociales semblent plus importantes pour les chirurgiens dentistes que pour les autres professions de santé. L'isolement professionnel favorise un état dépressif (Toussaint, 2000).

De plus le manque de soutien lors de changements dans leur profession est également un facteur de stress pour les professionnels (Fradin et Aalberse, 2008).

5.2.11. Le sexe

Des études sur le stress au travail indiquent que les femmes souffrent plus d'épuisement émotionnel, de dépressions et de crises d'anxiété (qui peuvent se transformer en stress chronique) que les hommes (Pozos-Radillo et al., 2010). Cependant d'autres études ne voient pas de différences au niveau de l'épuisement émotionnel (Te Brake et al., 2003).

Une étude hollandaise de Te Brake et ses collègues montre qu'il n'y a pas de différence au niveau du stress professionnel entre les hommes et les femmes mais que les hommes font plus d'heures de travail que les femmes (Brown et al., 2010).

Selon une étude récente dans la région lyonnaise, le statut de la femme chirurgien dentiste est différent des autres professions médicales libérales (pharmaciens et médecins généralistes). Les femmes chirurgiens dentistes travaillent en moyenne 36 heures par semaine alors que les autres professions médicales travaillent plus de 45 heures. Les chirurgiens dentistes femmes ne travaillent pas 2,8 demi-journées par semaine (hors samedi et dimanche) en moyenne alors que pour les médecins généralistes et les pharmaciens, les demi-journées non travaillées s'élèvent respectivement à 1,3 et 1,9 (Leroy et Le Goaziou, 2007). Toujours dans cette étude, alors que plus de 40% des pharmaciennes et des médecins de l'échantillon de l'étude avait moins de 35 000 euros de revenus nets annuels après déduction des frais professionnels, seulement 5% des chirurgiens dentistes femmes gagnaient moins de 35 000 euros. Le rapport s'inverse pour les revenus nets supérieurs à 110 000 euros par an : moins d'1% des médecins et des pharmaciennes gagne ce salaire contre 15% des chirurgiens dentistes répondants (Leroy et Le Goaziou, 2007).

Enfin les femmes chirurgiens dentistes déclarent pouvoir adapter facilement leurs horaires de travail contrairement aux médecins généralistes et aux pharmaciennes mais toutes les professions médicales considèrent que leur rythme de travail empiète sur leur vie privée (Leroy et Le Goaziou, 2007).

Malgré toutes ces valeurs positives du métier de chirurgien dentiste, le niveau de stress des professions est le même, le plus bas étant celui des pharmaciennes (Leroy et Le Goaziou, 2007).

5.2.12. La personnalité du dentiste et l'impact du perfectionnisme

5.2.12.1. La personnalité du dentiste

Les caractéristiques de la personnalité et les sources potentielles de stress dans l'environnement de travail déterminent les comportements inadaptés et de lutte contre stress ainsi que les maladies liées au stress. Le profil psychométrique ou la personnalité du chirurgien dentiste ainsi que les caractéristiques de son environnement de travail peuvent créer les conditions de stress (Cooper et al., 1978).

En plus de l'environnement de travail, les facteurs de stress associés à la profession peuvent également provenir des types de personnalité des personnes qui choisissent le métier de chirurgien dentiste. En effet les caractéristiques liées à la personne telle que la personnalité et les comportements à risque pour la santé forment un facteur de risque important provoquant le stress (Gorter et al., 2007).

La chirurgie dentaire attirent généralement des individus avec des personnalités compulsives, des attentes irréalistes, des normes inutilement élevées de performance et qui ont besoin d'avoir une approbation sociale (Hill et al., 2010).

Le schéma de comportement de type A, selon la classification de Friedman et Rosenman (quatre types de personnalité nommés A, B, C), est le plus courant parmi les chirurgiens dentistes (Botchway, 2000). La personnalité de type A correspond à un ensemble d'attitudes observables ou à un style de vie caractérisé par un haut degré d'hostilité, d'impatience, de hâte, d'hyperactivité, d'ambition, de compétitivité, d'engagement élevé dans le travail voire de dépendance au travail (Théry-Hugly, 2008). Ces personnalités sont plus à risque dans la profession de mal réagir aux situations de stress. La personnalité de type B est caractérisée par un faible besoin d'accomplissement de soi, l'absence d'agressivité et de compétitivité et la tolérance à l'égard d'autrui. Le type B s'oppose au type A. Le type C est défini par la résignation, les sentiments d'impuissance et de désespoir, l'incapacité à reconnaître et verbaliser

ses émotions ainsi que la répression de toute manifestation agressive et l'évitement des conflits.

On peut aussi noter que les chirurgiens dentistes sont habitués à ne pas s'écouter, à refouler leurs sensations et leurs émotions en négligeant les signes de stress (Toussaint, 2000).

Un état neurotonique confronté à des facteurs de stress environnementaux pourrait conduire à une réaction d'anxiété, des changements dans les fonctions cardiovasculaires, et à long terme, à une maladie coronarienne (Cooper et al., 1978).

5.2.12.2. Le perfectionnisme

L'obligation de qualité, voire de perfection que s'impose le chirurgien dentiste, est un facteur de stress majeur, par l'anxiété induite. Cette recherche constante de l'excellence crée une frustration continuelle, durant toute la durée de l'exercice professionnel (Toussaint, 2000).

Ainsi la cause primaire de burnout apparaît comme être l'incapacité de la part du soignant à percevoir le succès de ses traitements à ses patients. En découle des sentiments d'échec, de frustration et une image négative de soi, le syndrome de burnout devient de plus en plus évident (Wolfe, 1981).

5.2.13. La formation professionnelle

Une formation insuffisante est un des facteurs individuels fréquents de risque de burnout. En effet les personnes ayant un déficit d'instruction doivent faire face continuellement aux défis et problèmes auxquels ils ne sont pas prêts à lutter contre (Paine, 1982). La chirurgie dentaire est un art qui demande une formation complète et pointue multidisciplinaire et une formation insuffisante dans une des disciplines (endodontie, odontologie conservatrice et restauratrice, parodontologie, occlusodontie, chirurgie orale, prothèses, hygiène, pédodontie, orthodontie,...) entraîne un stress important pour le praticien.

La formation des étudiants en chirurgie dentaire les focalisent sur un travail précis, propre, exigeant s'approchant du perfectionnisme. Pour exemple, la taille d'une dent en vue de la pose d'une couronne céramique doit être parfaitement lisse sans angles aigus, une obturation canalaire doit obturer jusqu'à l'apex, une avulsion

dentaire doit être complète et l'asepsie doit être stricte et rigoureuse. De plus la notion de temps limité est imposée dès les premières séances de travaux pratiques. Ce dépassement de soi dès le début des études peut insécuriser ou frustrer le futur chirurgien dentiste qui ne peut que progressivement s'en rapprocher (Bourassa et al., 1984).

5.2.14. La perturbation de la vie de famille

57.3% des jeunes chirurgiens dentistes hollandais ont des conflits entre la vie privée et leur profession (Gorter et al., 2007). Cependant les interférences avec la vie privée sont notées comme une source de stress qui se dégage des autres dans notre profession (Gorter et al., 2008).

5.3. Comparaison de la situation des chirurgiens dentistes avec celle des autres professions de santé

L'accomplissement personnel, une des trois composantes du burnout, semble être inférieure à celle des autres professions de santé car les chirurgiens dentistes peuvent se cacher derrière leurs compétences manuelles lorsqu'ils sont épuisés (Gorter et al., 2007).

5.4. Tableau récapitulatif

Les principaux facteurs de stress au cabinet dentaire sont présentés dans la Figure 19.

Nature du stress
Charge de travail trop importante : temps de travail fauteuil, temps de présence au cabinet (supérieur à 35H - 39H hebdomadaires ?)
Peu d'options ou d'alternatives de traitement ou de réaction (anesthésie inefficace, ouverture buccale limitée, langue tonique et volumineuse, accès et visibilité réduits, inquiétude du patient, etc.)
Exercice peu diversifié (position de travail, actes répétitifs, options thérapeutiques et pratiques limitées)
Pression due à l'environnement social, légal, réglementaire (obligation de moyens et de résultats, contrôle fiscal, de sécurité sociale...)
Informations en retour du travail fournies inexistantes ou uniquement négatives (enfin, c'est fini !), doléances des patients
Responsabilité importante en cas d'erreur ou de faute (risque élevé de dommage corporel ou psychologique, notion de faute inexcusable)
Interruptions et perturbations fréquentes (téléphone, instruments ou matériaux non disponibles au fauteuil, patient interrompant l'acte pour se rincer...)
Préparation du travail et coordination insuffisantes (pas d'assistante, ou pas de préparation des actes, aide-opérateur aléatoire et irrégulier)
Pauses insuffisantes (urgences sur la pause déjeuner, débordement d'horaires)
Contraintes liées au travail en équipe (contraintes du prothésiste, inadaptation des délégations de tâches à l'assistante)
Contraintes liées à l'environnement sonore (turbine, ultra-sons aspiration) olfactif (dentine, haleine), matériel (position de travail)
Conflits avec l'équipe : répétitifs, non exprimés, non régulés (confrère, assistante)
Charges financières trop lourdes

Figure 19 : Les facteurs de stress au cabinet dentaire (Sintes, 2007)

PARTIE 2 : ENQUÊTE LOCALE

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'évaluer les conditions psycho-sociales de l'exercice de la chirurgie dentaire dans la région Lorraine et dans le département du Bas-Rhin en 2011 afin d'identifier les éventuels facteurs de risque de stress au travail et comparer avec les données de la même étude réalisée en 1987 (Engels-Deutsch, 1987).

2. Matériel et méthodes

2.1. Élaboration du questionnaire

Un premier questionnaire a été réalisé en 1987 par le docteur Engels-Deutsch dans le cadre de sa thèse professionnelle (Engels-Deutsch, 1987). Ce questionnaire n'a pas été modifié, dans la très grande majorité des questions, dans le but de réaliser une comparaison entre les données actuelles et passées dans les deux départements plus spécifiques de l'étude : le Bas-Rhin et la Moselle.

Cependant, des questions supplémentaires ont été ajoutées suite à l'avis du docteur Pierrette Witkowski, psychiatre du service Psychiatrie et Psychologie clinique du CHU de Nancy.

Une réponse a été intégrée à la question sur le lieu d'exercice. En plus d'un exercice « urbain » et « rural », nous avons laissé la possibilité aux chirurgiens dentistes de répondre « mixte ».

Pour l'état civil, le PACS (Pacte Civile de Solidarité) est devenu une réponse possible et nous avons également ajouté une case « autre » pour laisser aux praticiens la possibilité de répondre des situations différentes comme l'union libre ou le concubinage.

Une question sur le nombre de fauteuils avec lesquels le praticien exerce a été rajoutée. La question ouverte de 1987 « qu'est-ce qui vous paraît le plus pénible ou vous stresse le plus ? » a été remplacée par une question fermée avec onze

propositions de facteurs stressants. Au niveau des questions sur la santé des professionnels la question ouverte sur la qualité du sommeil a été un peu modifiée en proposant quelques termes pouvant aider à la réflexion : « bon, agité, réveils multiples, endormissement difficile, réveil fatigué ou en forme, céphalées au réveil, cauchemars, etc. ».

La partie sur les addictions a été complétée par l'ajout d'une question sur le tabac, la nourriture, le sport intensif et l'addiction aux jeux. Pour les loisirs, un choix complémentaire a été inclus au niveau d'écoute de la musique : « n'en écoute jamais ».

Nous avons ajouté une question qui nous a paru pertinente pour évaluer le sentiment général des praticiens : « Comment vous projetez-vous dans l'avenir ? ».

2.2. Le questionnaire

2.2.1. Situation du chirurgien dentiste

2.2.1.1. Sexe

Masculin

☐

Féminin

☐

2.2.1.2. Âge

- Année de naissance :

- Date de thèse :

2.2.1.3. Lieu d'exercice

Urbain

☐

Rural

☐

Mixte

☐

- Code postal

- Précisions éventuelles

2.2.1.4. État Civil

Marié(e) ☐ PACS ☐ Veuf(ve) ☐

Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Autre ☐

- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

2.2.1.5. Mode d'exercice

- Plusieurs réponses possibles

Libéral ☐ Salarié ☐

Mixte ☐

Individuel ☐ En association ☐

- Préciser :

Avec assistance ☐ Sans assistance ☐

Omnipratique ☐ Spécialité à temps partiel ☐

Spécialité exclusive ☐ Enseignement ☐

2.2.2. Conditions d'exercice

2.2.2.1. Pratique

Nombre d'heures de travail hebdomadaires au fauteuil :

Rythme des rendez-vous : / heure

Nombre de fauteuils :

2.2.2.2. Charges sur le travail

- **Qu'est-ce qui vous paraît le plus pénible ou vous stresse ?**

(Plusieurs réponses possibles)

Retard pris sur l'emploi du temps et des soins d'urgences	<input type="checkbox"/>
Causer de la douleur / du désagrément	<input type="checkbox"/>
Trop de charge de travail	<input type="checkbox"/>
Patients en retard	<input type="checkbox"/>
Patients anxieux	<input type="checkbox"/>
Soins inadéquats	<input type="checkbox"/>
Patients bavards / non coopératifs	<input type="checkbox"/>
Rendez-vous manqués annulés ou manqués	<input type="checkbox"/>
Demandes techniques pour la perfection	<input type="checkbox"/>
Patients ne choisissant pas le traitement idéal	<input type="checkbox"/>
Les contrôles de la Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/>

- **Jugez-vous votre travail routinier ?** Oui ☐ Non ☐
- **Voyez-vous une différence entre la qualité de travail que vous souhaitez et celle que vous obtenez ?** Oui ☐ Non ☐
- **Que pensez-vous des possibilités thérapeutiques en odontostomatologie ?**

2.2.3. Problèmes

2.2.3.1. Relationnels

- **Avez-vous des problèmes avec :**

Votre-vos assistant(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des confrères ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Des patients Oui ☐ Non ☐

Des prothésistes Oui ☐ Non ☐

La Sécurité Sociale Oui ☐ Non ☐

- Classez (en utilisant les lettres) par ordre d'importance les problèmes qui vous affectent le plus :

1 2 3 4 5

- L'exercice professionnel apporte-t-il des perturbations dans votre vie familiale ? Oui ☐ Non ☐

2.2.3.2. Contraintes de gestion

Pensez-vous être convenablement installé(e) et équipé(e) ?

Oui ☐ Non ☐

Jugez-vous vos charges de gestion trop lourdes ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés financières personnelles ?

Oui ☐ Non ☐

2.2.3.3. De formation :

- Avez-vous des difficultés diagnostiques ?

Oui ☐ Non ☐

- Estimez-vous que vos études vous ont préparé à la réalité de votre profession ?

Oui ☐ Non ☐

- Auriez-vous souhaité dans votre cursus, de façon plus importante :

Des cours de psychologie ? Oui ☐ Non ☐

Des cours de gestion ? Oui ☐ Non ☐

2.2.4. État de santé

- **Jugez-vous que votre état de santé actuel est bon ?**

Oui ☐ Non ☐

- Sinon est-ce lié à l'exercice de votre profession ? Oui ☐ Non ☐

- **Vous estimez-vous :**

Inquiet (ète) ? Oui ☐ Non ☐

Anxieux (se) ? Oui ☐ Non ☐

Angoissé(e) ? Oui ☐ Non ☐

- **Avez-vous déjà été amené(e) à vous arrêter pour surmenage ?**

Oui ☐ Non ☐

- **Votre sommeil :**

Durée : heures par nuit

Qualité (bon, agité, réveils multiples, endormissement difficile, réveil fatigué ou en forme, céphalées au réveil, cauchemars, etc.) :

- **Pour vous aider à chasser vos problèmes, avez-vous recours :**

À l'alcool ? Oui ☐ Non ☐

Au tabac ? Oui ☐ Non ☐

À d'autres drogues ou stimulants (tranquillisants...) ? Oui ☐ Non ☐

Au sport intensif (2h/jour minimum) ? Oui ☐ Non ☐

À la nourriture ? Oui ☐ Non ☐

Aux jeux ? Oui ☐ Non ☐

- **Avez-vous déjà pensé au suicide ?** Oui ☐ Non ☐

Remarques sur les liens entre votre travail et votre santé physique ou psychologique :

2.2.5. Hygiène de vie

2.2.5.1. Vos loisirs

- Faites-vous du sport ? Oui ☐ Non ☐

- Aimez-vous la musique ? Oui ☐ Non ☐

En écoutez-vous : Souvent ☐ Pas assez ☐ Jamais ☐

Jouez-vous d'un instrument ? Oui ☐ Non ☐

Le(s)quel(s) ?

- Avez-vous d'autres activités qui vous sortent du milieu professionnel ?

Oui ☐ Non ☐

Lesquelles ?

Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

A quel rythme ?

2.2.6. Évolution professionnelle :

- **Allez-vous à des séminaires, des congrès ?** Oui ☐ Non ☐

Buts : Formation ☐ Rencontres ☐ Autres ☐

- **Souhaitez-vous une mise à jour de la nomenclature de la Sécurité Sociale ?**

Oui ☐ Non ☐

- **D'une façon générale, pensez-vous que les moyens disponibles d'améliorer vos conditions de travail sont :**

Nombreux ☐ Insuffisants ☐ Rares ☐ Je ne sais pas ☐

Comment vous projetez-vous dans l'avenir ? (confiant, inquiet,...)

Remarques personnelles

Merci de transmettre vos impressions et commentaires sur ce thème, éventuellement sur des éléments non abordés dans ce questionnaire (par exemple contraintes professionnelles et vie familiale, environnement et vie professionnelle, etc...)

Merci de votre participation au questionnaire.

2.3. Échantillonnage

Nous avons voulu cibler la population totale de la région Lorraine et du département du Bas-Rhin.

La liste des praticiens du Bas-Rhin et leur adresse postale nous a été envoyée par l'Ordre départemental des Chirurgiens dentistes du Bas-Rhin un mois avant l'envoi des questionnaires.

Nous avons utilisé la liste des praticiens de la Faculté d'odontologie de Nancy pour l'envoi des courriers de formation continue, mise à jour en septembre 2010 et avons considéré que ces deux listes étaient exhaustives.

2.4. Recueil de données

Le questionnaire a été envoyé aux praticiens par courrier postal sans enveloppe timbrée prévue pour le retour. Une lettre explicative de la démarche était jointe au courrier. Pour le Bas-Rhin, l'Union des Jeunes Chirurgiens dentistes (UJCD) a pris en charge l'envoi du courrier. Celui-ci a été effectué mi-avril 2011, l'adresse de retour était celle de l'étudiant. Pour la Lorraine, la Faculté d'odontologie de Nancy a effectué l'envoi des questionnaires joints au calendrier de la formation continue envoyé à tous les praticiens de la région début juillet 2011. L'adresse de retour était celle de la Faculté, au nom du maître de thèse, le docteur Marc Engels-Deutsch.

2.5. Critères d'inclusion de la population

Nous avons choisi de nous intéresser à tous les odontologistes exerçant et ayant déjà leur thèse d'exercice. Le choix de porter l'étude sur toute la Lorraine plutôt qu'à la Moselle seule a été motivé par une volonté de donner de la puissance à l'étude.

3. Technique d'analyse statistique des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel ® et du logiciel Sphinx ®. La comparaison des variables entre elles a été réalisée à l'aide du test de Chi2 d'indépendance (Test de Pearson) à un risque α à 5% pour les variables ayant un effectif réel supérieur à 30 et des effectifs théoriques supérieurs à 5 pour 20% des couples minimums. Ce test est utilisé lorsqu'on désire tester l'indépendance entre deux variables qualitatives à plusieurs classes observées sur un échantillon. Les données sont toutes qualitatives, les données quantitatives ont été transformées en données qualitatives en les ordonnant par classe.

Lorsque le test du CHI2 n'était pas applicable, le test exact de Fisher a été réalisé lorsque le tableau de variables ne comporte que quatre cases ou, quand cela a été possible, des classes ont été regroupées.

Pour les questions à réponse ouverte, les différentes réponses ont été analysées à l'aide de mots-clés afin de permettre une interprétation.

4. Résultats

4.1. Réponses

Nous avons envoyé 2334 questionnaires, 1000 pour le département du Bas-Rhin, 1334 en Lorraine (550 en Moselle, 517 en Meurthe-et-Moselle, 194 dans les Vosges et 58 en Meuse).

Selon les chiffres de la DRESS, en 2009, étaient recensés 534 chirurgiens dentistes en Meurthe-et-Moselle, 77 en Meuse, 646 en Moselle et 209 dans les Vosges (dont respectivement 491, 65, 598 et 191 libéraux), un total de 1466 en

Lorraine (dont 1345 libéraux). Dans le Bas-Rhin, c'était 924 chirurgiens dentistes (dont 832 libéraux) qui exerçaient en 2009.

Le nombre total de réponses était de 692, 363 du Bas-Rhin, 329 de Lorraine (150 en Meurthe-et-Moselle, 118 en Moselle, 47 dans les Vosges et 14 en Meuse).

Selon un rapport de la D.R.E.E.S. de 2007, la densité régionale de chirurgiens dentistes est supérieure pour l'Alsace par rapport à la Lorraine (Figure 20). En effet l'Alsace a une densité supérieure à la moyenne (72 chirurgiens dentistes pour 100000 habitants) et la Lorraine en dessous la moyenne nationale (61 pour 100000 habitants).

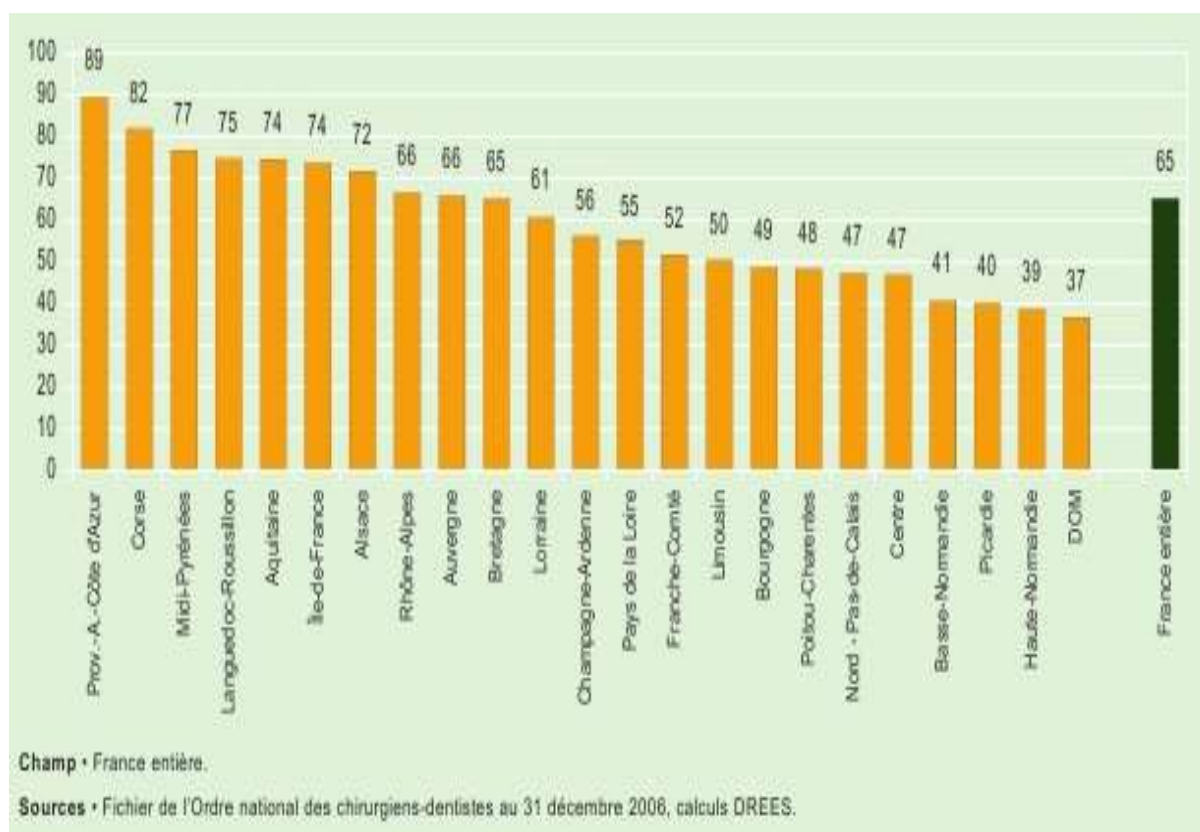


Figure 20 : Densité régionale de chirurgiens dentistes (pour 100 000 habitants) par régions en 2006 (Collet et Sicart, 2007)

4.2. Analyse de la situation

4.2.1. Sexe

La profession est majoritairement masculine (voir tableau 1).

Tableau 1 : Répartition selon le sexe des chirurgiens dentistes en Lorraine et dans le Bas-Rhin en 2011

	Effectifs	Pourcentage (en %)	I.C. à 95% (en %)
Masculin	410	59,2	[55,6 ; 62,9]
Féminin	282	40,8	[37,1 ; 44,4]
	692	100,0	

Taux de réponse : 100%, I.C. : Intervalle de confiance

4.2.2. Âge

La tranche d'âge la plus importante est celle des 50-54 ans (Figure 21), 18,2% des chirurgiens dentistes avec un intervalle de confiance à 95% (I.C. à 95%) [15,3 ; 21,1]. L'âge moyen est de 46,71 ans avec un écart-type de 10,63 ans. La médiane est de 48 ans. Le dentiste le plus jeune exerçant a 25 ans et le plus âgé 72 ans. Un quart des chirurgiens dentistes ont plus de 55 ans, 75% plus de 38 ans.

On peut également observer l'évolution du Numérus Clausus. Il a commencé à diminuer nettement pour les générations de moins de 50 ans et l'augmentation du numerus clausus est déjà marquée pour les 30-34 ans.

Les chirurgiens dentistes de plus de 54 ans sont plus souvent des hommes et les moins de 34 ans des femmes ($\chi^2 = 59,44$; ddl = 3 ; $p < 0,001$). La pyramide des âges (Figure 22) montre le passage à la mixité, puis la féminisation de la profession. Les plus de 50 ans sont en majorité des hommes. Pour les classes d'âge plus jeune, la féminisation progresse, les 45-49 ans sont autant d'hommes que de femmes. Les plus jeunes chirurgiens dentistes sont en majorité des femmes. La pyramide des âges permet également d'observer graphiquement des effectifs importants parmi les

praticiens les plus âgés. La diminution du numerus clausus est notée pour les classes d'âge de 40 à 49 ans. Depuis une dizaine d'années, le numerus clausus en première année d'études de santé augmente progressivement et donc les effectifs augmentent à nouveau. On observe un taux de réponse moins important à notre étude des hommes de 35-39 ans.

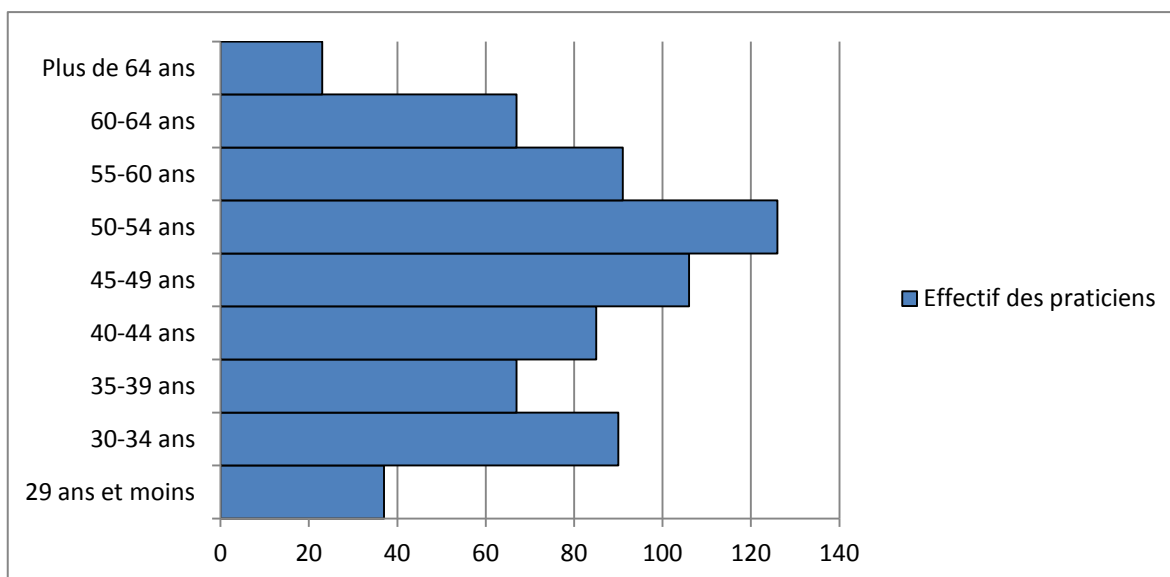


Figure 21 : Répartition de 692 chirurgiens dentistes dans le Bas-Rhin et en Lorraine en 2011 selon leur âge

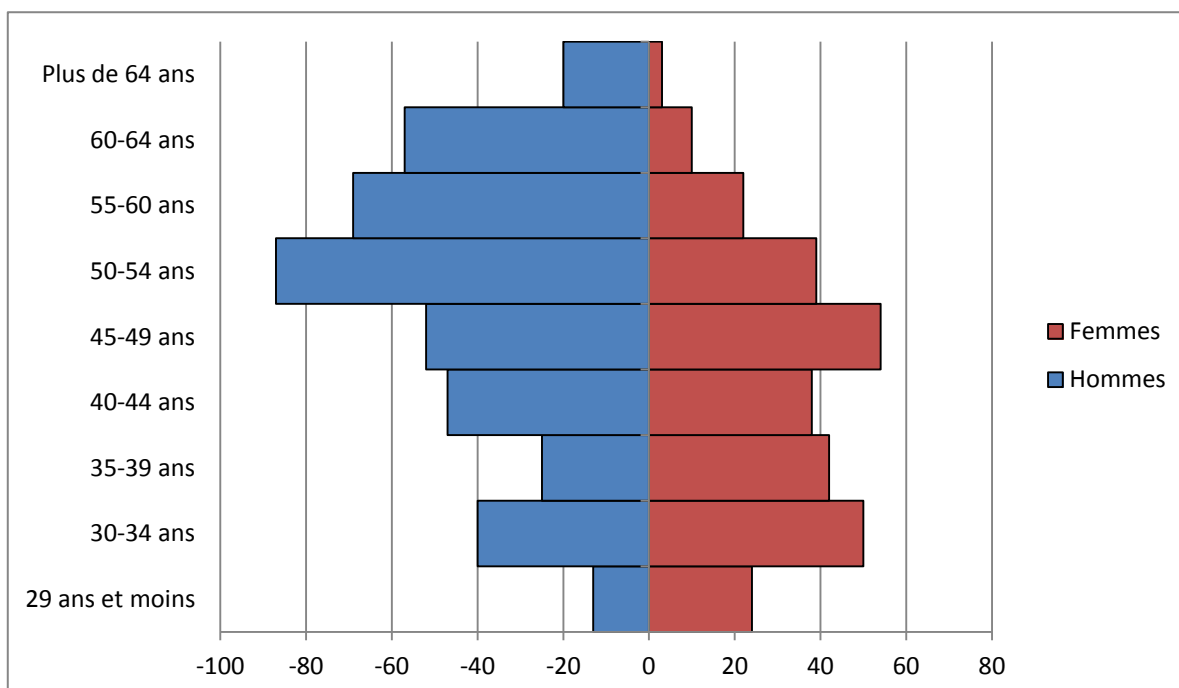


Figure 22 : Pyramide des âges de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

4.2.3. Lieu d'exercice ; département

La majorité des chirurgiens dentistes travaillent en milieu urbain (57,4% ; I.C. à 95% [53,7% ; 61,1%]) et un quart exerce en zone rurale (24,4% ; I.C. à 95% [21,2% ; 27,6%]).

La moyenne de répondants pour l'étude est de 27%.

Les praticiens du Bas-Rhin sont ceux qui ont le plus répondu au questionnaire (36,3% des praticiens) et les praticiens de Moselle le moins (21,5%). Nous n'avons pas noté de différence significative dans notre étude entre l'âge et le lieu d'exercice (Figure 23) ($p = 0,58$; $\chi^2 = 4,70$; $ddl = 6$ (Non Significatif)).

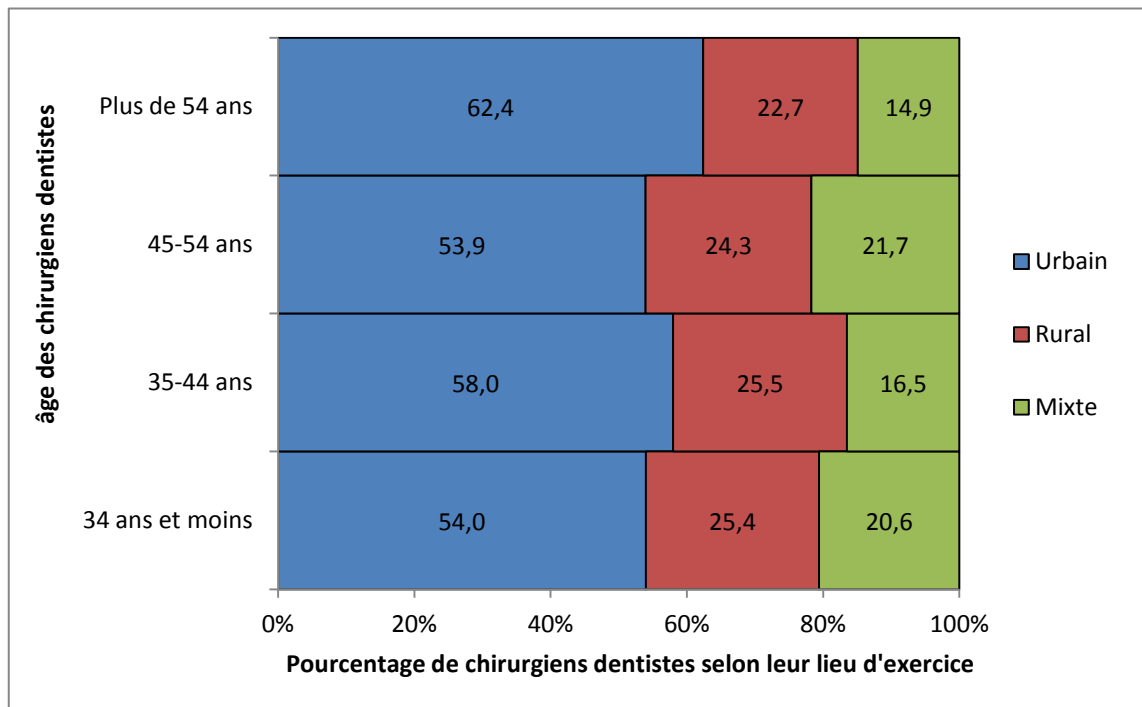


Figure 23 : Répartition selon l'âge et le lieu d'exercice de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.2.4. État civil, enfants

La majorité des praticiens sont mariés (64,9%, I.C. à 95% [61,3 ; 68,4]) (Figure 24). La case « autre » représente les chirurgiens dentistes en concubinage, en relation libre par exemple.

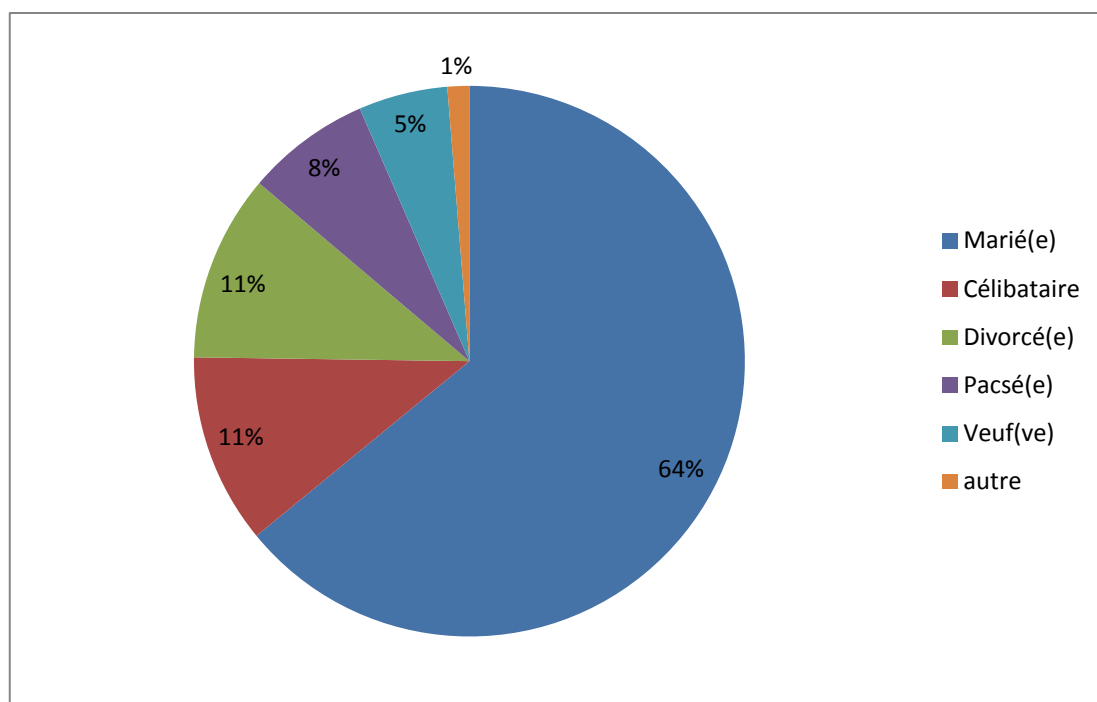


Figure 24 : État civil des 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Plus de la moitié des praticiens ont des enfants (52,7% ; I.C. à 95% [49,0 ; 56,5]) (Tableau 2). Le taux de non réponse à cette question est important : 35,5% des chirurgiens dentistes. Les plus jeunes sont majoritairement sans enfant à la différence des praticiens plus âgés ($\chi^2 = 93,26$; ddl = 3 ; $p < 0,001$) (Figure 25).

Tableau 2 : Réponses à la question : « avez-vous des enfants ? » des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95%
Non réponse	246	35,5	[32,0 ; 39,1]
Oui	365	52,7	[49,0 ; 56,5]
Non	81	11,7	[9,3 ; 14,1]
	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

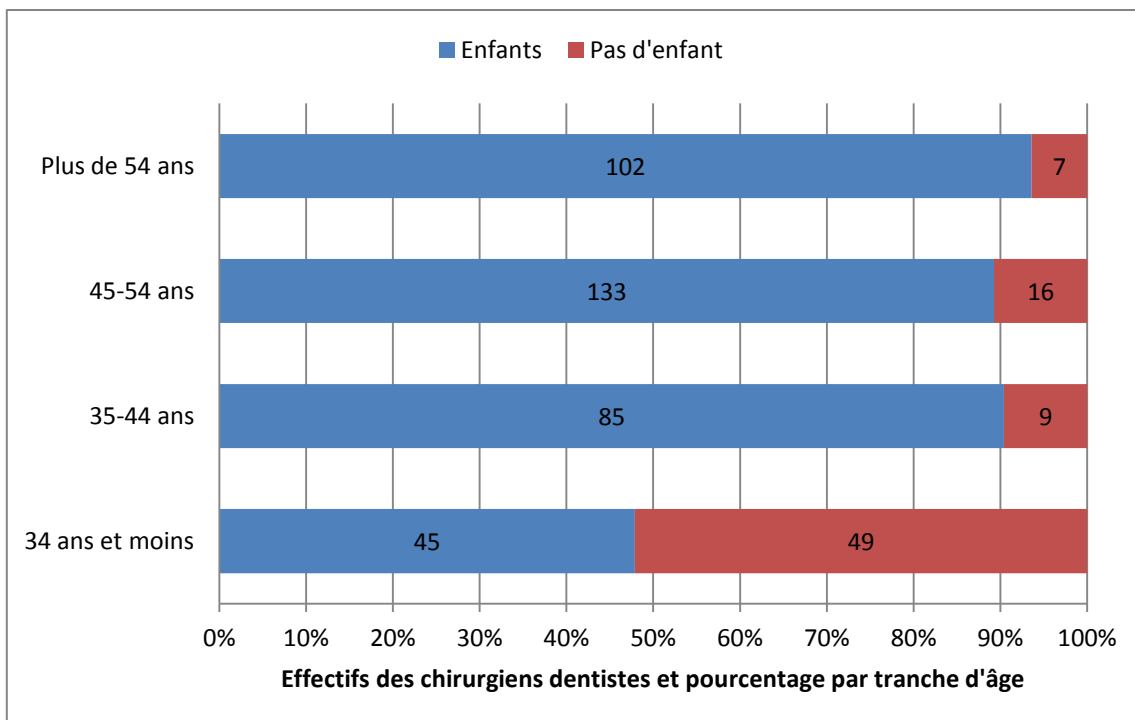


Figure 25 : Répartition par âge et par nombre d'enfants de 446 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

Parmi les praticiens qui ont des enfants, la moyenne est de 1,89 enfant (écart-type de 1,25) et la médiane de 2 (Figure 26). Le maximum par praticien est de 7 enfants.

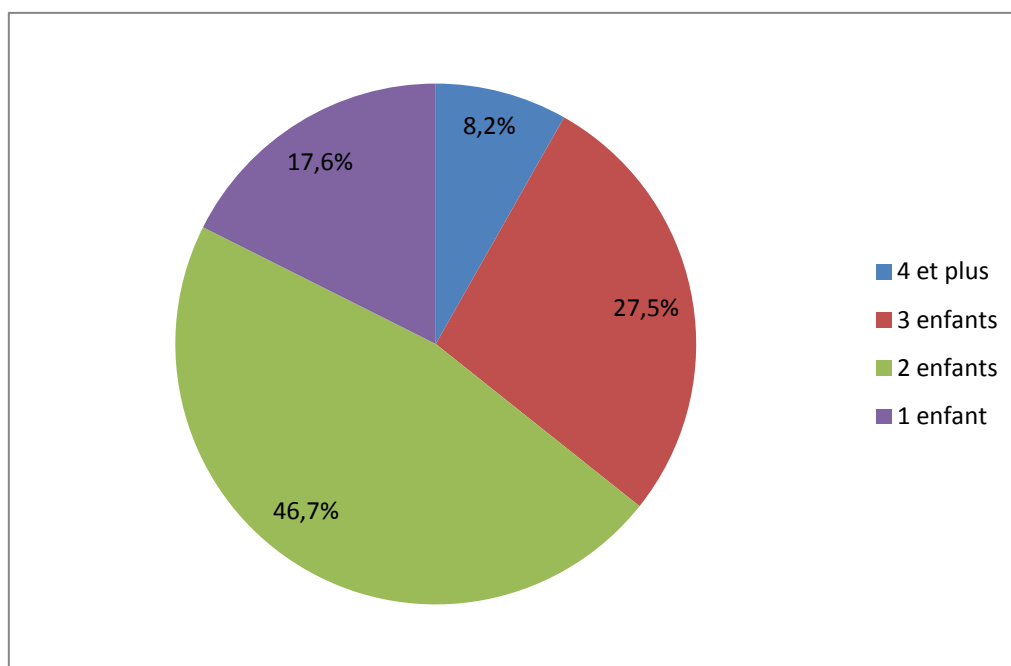


Figure 26 : Nombre d'enfants par famille de 364 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

4.2.5. Mode d'exercice

La chirurgie dentaire est une pratique libérale dans sa grande majorité (87,4%, I.C. à 95% [85,0 ; 89,9]). Le travail en association est plus représenté que le travail individuel (Figure 27). Ces chiffres sont bien différents des chiffres nationaux mais cela peut s'expliquer par les réponses proposées de la question. Souvent certains praticiens exerçant en individuel, ne cochent que l'item « libéral ». Ils n'ont pas précisé s'ils exerçaient en « individuel » alors que les praticiens « en association » ont voulu l'expliciter. Cependant le taux de libéral, de salarié et de praticiens mixtes correspondent aux chiffres nationaux.

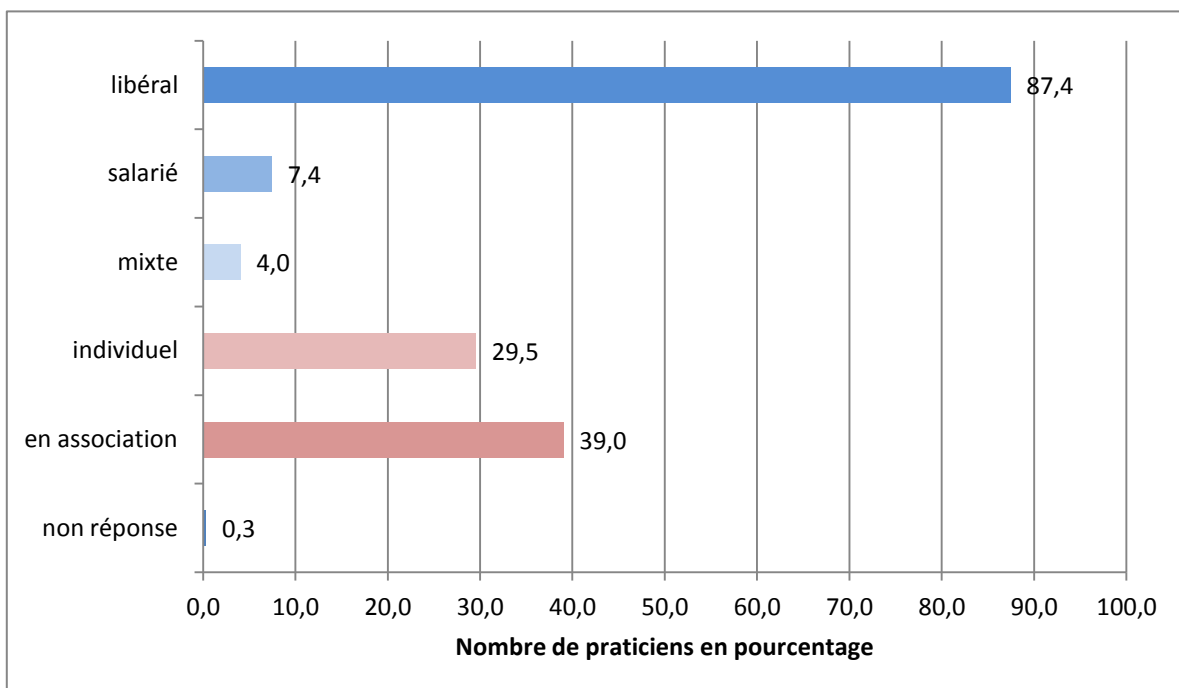


Figure 27 : Précisions sur le mode d'exercice de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

La grande majorité des chirurgiens dentistes sont omnipraticiens (75,7%, I.C. à 95% [72,5 ; 78,9]) et travaillent avec assistance (81,9%, I.C. à 95% [79,1 ; 84,8]) (Figure 28).

Les chirurgiens dentistes qui n'ont pas d'assistante sont plus fréquemment des femmes que dans les autres modes d'exercice (Figure 29) et notre étude ne

montre pas de différence significative selon l'âge du praticien et le travail ou non avec assistance.

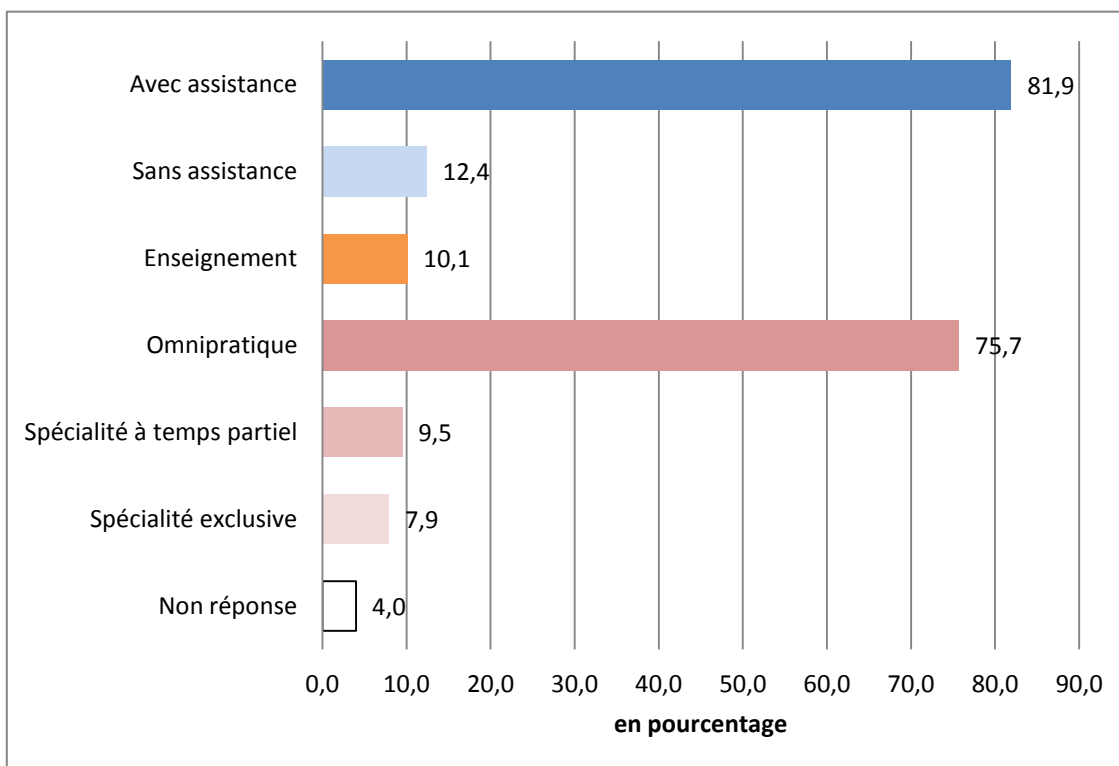


Figure 28 : Précisions sur le mode d'exercice des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

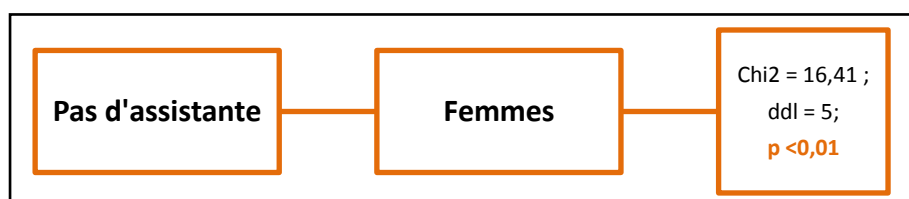


Figure 29 : Relation entre le travail avec assistance et le sexe de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin

Les spécialistes exerçant une spécialité à temps partiel sont très majoritairement des hommes (75,8% des spécialistes à temps partiel). Ce mode d'exercice a une proportion plus importante de praticiens entre 35 et 44 ans (Figure 30). Nous ne retrouvons pas différence significative entre le sexe et les spécialistes exclusifs.

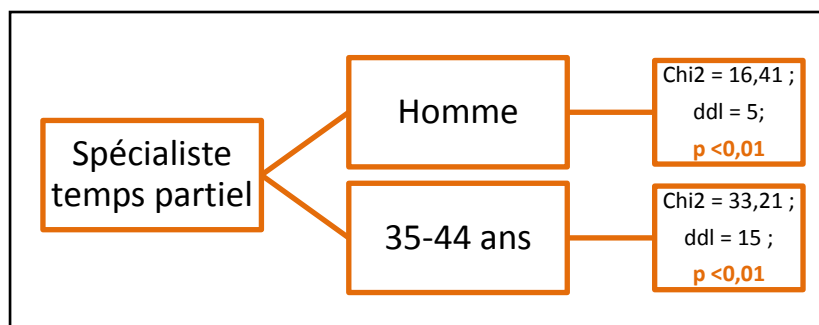


Figure 30 : Relation entre la spécialité et le sexe et l'âge chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

Les salariés, les enseignants et les praticiens qui ont un exercice mixte (saliariat et libéral) sont représentés par une population plus jeune (Figure 31) que les praticiens libéraux. Les praticiens de moins de 34 ans sont moins nombreux à travailler en cabinet individuel (chi2 = 51,26 ; ddl = 12; $p < 0,001$),

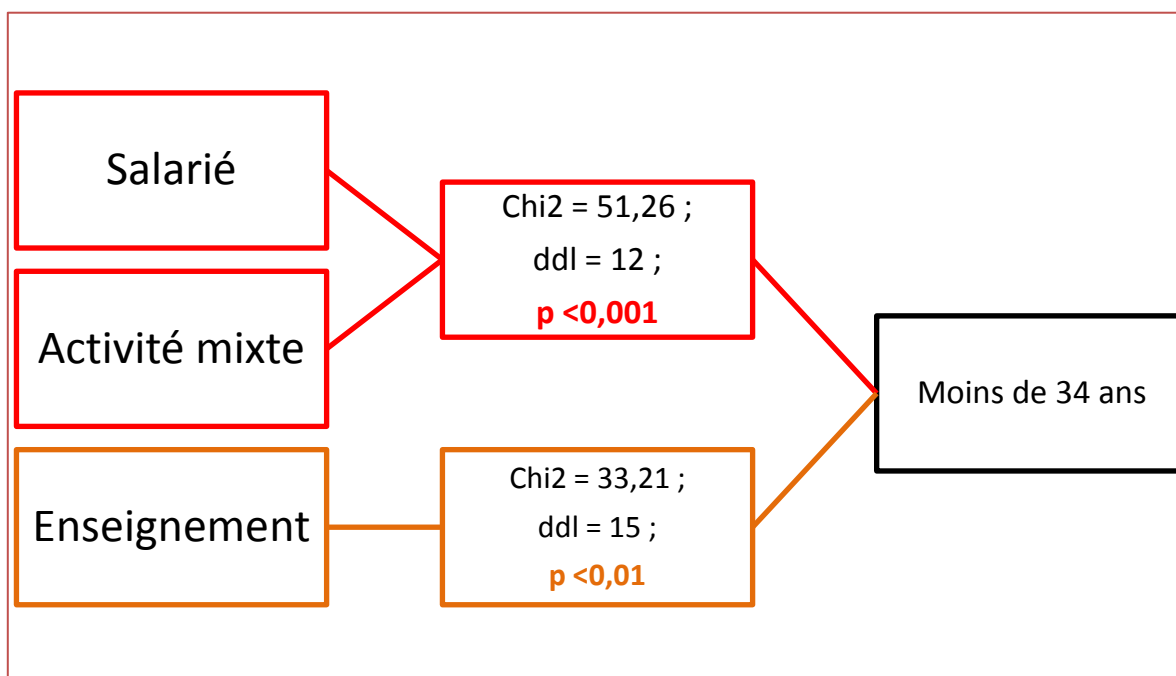


Figure 31 : Relation entre le mode d'exercice et l'âge chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

4.3. Conditions de travail

Dans les réponses des questions ouvertes les chirurgiens dentistes considèrent leur métier « très prenant » mais dont l'isolement gêne quelques-uns (« nous ne sommes pas épaulés par nos instances ordinales », « seule », « isolée au travail », « activité libérale solitaire »).

Les praticiens pensent qu'il faudrait avoir recours à des changements professionnels pour améliorer leurs conditions de travail. Par le biais de formations « investir, se former », en s'entourant d'une assistante pour les praticiens sans « s'entourer d'une assistante en gagnant moins d'argent », « nouvel équilibre : secrétaire, assistante, agrandissement ». L'ambiance et le lieu de travail sont aussi importants pour les professionnels pour garder bonne santé : « j'aime bien mon lieu de travail », « cadre agréable », « bonne ambiance ». Savoir s'organiser et plus particulièrement avoir des connaissances en ergonomie pour soulager toutes les douleurs dues aux mauvaises postures de travail : « organisation bonne », « on retombe souvent dans les mauvaises habitudes », « je travaille seulement 4 jours / semaine », « une bonne position de travail permet de prévenir les douleurs lombaires ». La réduction de charge de travail est bénéfique pour des praticiens « obliger d'adapter le rythme de travail avec l'âge, décélérer ».

4.3.1. Nombre d'heures hebdomadaires de travail au fauteuil

La moyenne de travail hebdomadaire au fauteuil des chirurgiens dentistes est de 33,7 heures (écart-type : 8,75 heures), la médiane 35 heures. Le minimum effectué est de 0 heures de travail au fauteuil, le maximum de 70 heures par semaine. Les chirurgiens dentistes qui ne travaillent pas au fauteuil sont des enseignants-chercheurs des Facultés d'odontologie. Un quart des praticiens travaillent moins de 30 heures au fauteuil et trois-quarts moins de 39 heures par semaine.

Le mode statistique (valeur dominante) (Figure 32) est de 35 à 40 heures de travail par semaines au fauteuil (31,9% des praticiens, I.C. à 95% [28,5 ; 35,4]). Réduire son activité au fauteuil à 35h ou la réduire pour éviter qu'elle soit « au détriment des loisirs » est une solution pour quelques praticiens.

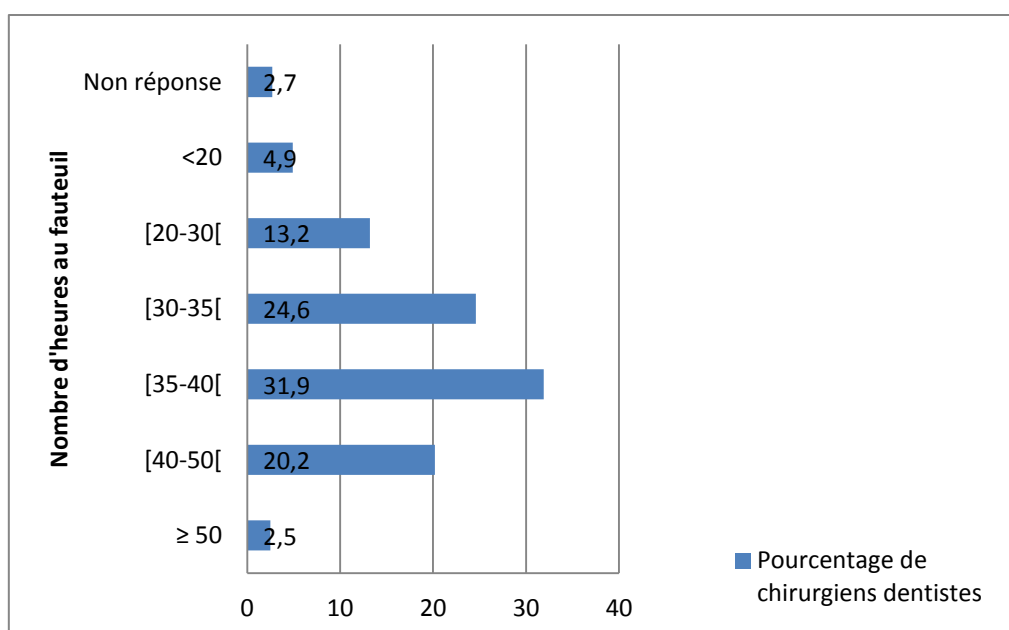


Figure 32 : Répartition de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 selon leur nombre d'heures de travail au fauteuil par semaine effectué

Il existe des relations statistiquement significatives ($\chi^2 = 25,97$; ddl = 9, $p < 0,01$) entre l'âge et le temps de travail au fauteuil des chirurgiens dentistes, elles sont rapportées dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Relations entre l'âge et le nombre d'heures de travail au fauteuil pour 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

	> 54 ans		45-54 ans		35-44 ans		≤ 34 ans	
	effectifs	Taux	effectifs	Taux	effectifs	Taux	effectifs	Taux
	(en %)		(en %)		(en %)		(en %)	
Moins de 30 heures	23	18,4	44	35,2	31	24,8	27	21,6
[30-35[heures	43	25,3	47	27,6	40	23,5	40	23,5
[35-40[heures	52	23,5	75	33,9	52	23,5	42	19,0
40 heures et plus	56	35,7	60	38,2	28	17,8	13	8,3

Zones colorées : données statistiquement significatives

Les chirurgiens dentistes travaillant moins de 30 heures au fauteuil sont représentés par une population plus féminine ($\chi^2 = 41,78$; $ddl = 3$; $p < 0,001$).

Le mode d'exercice est statistiquement corrélé avec le nombre d'heures au fauteuil réalisées par semaine (Figure 33).

Quelques chirurgiens dentistes répondant aux questions ouvertes parlent de surcharge de travail. Beaucoup manquent de temps : « pas le temps de faire du sport », « ma vie intéressante commence après le travail », « difficile de mener de front vie professionnelle et vie privée », « manque chronique de temps », « impossibilité de relâcher l'intensité de travail », « la gestion administrative d'un cabinet occupe le temps nous restant », « une meilleure valorisation des actes » pour « réduire la durée de travail »

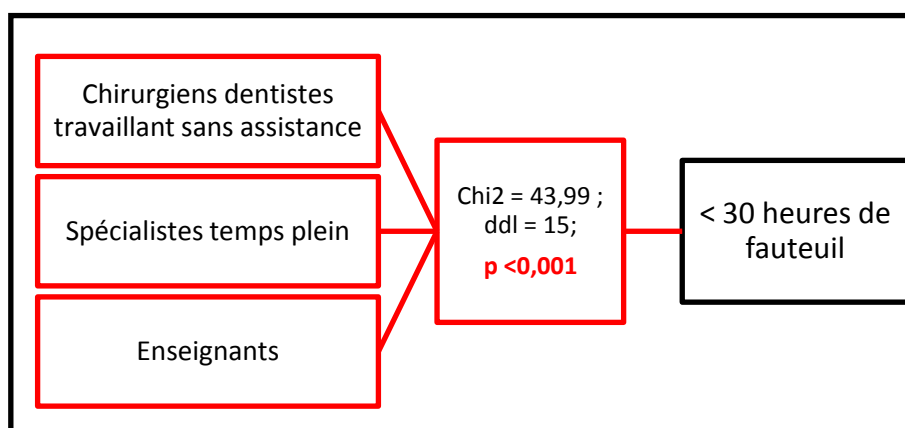


Figure 33 : Relations entre le mode d'exercice et le nombre d'heures au fauteuil par semaine dans un échantillon de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

La chirurgie dentaire est citée comme « métier aliénant » et le fait de travailler à mi-temps est vu comme une solution : « heureusement que je travaille à mi-temps », « le fait de travailler à temps partiel est peut-être la solution ».

4.3.2. Rythme des rendez-vous

En moyenne, les praticiens voient 2,48 patients par heure (écart-type : 2,35) et la médiane est de 2 patients par heure. Trois-quarts des praticiens voient moins de 2,5 patients par heure.

La moitié des praticiens voient 2 patients par heure (Figure 34) (53,5%, I.C. à 95% [49,8 ; 57,2]).

Les praticiens qui voient quatre patients ou plus par heure sont liés statistiquement avec les praticiens qui travaillent en zone urbaine ($\chi^2 = 14,47$; ddl = 6; $p < 0,05$).

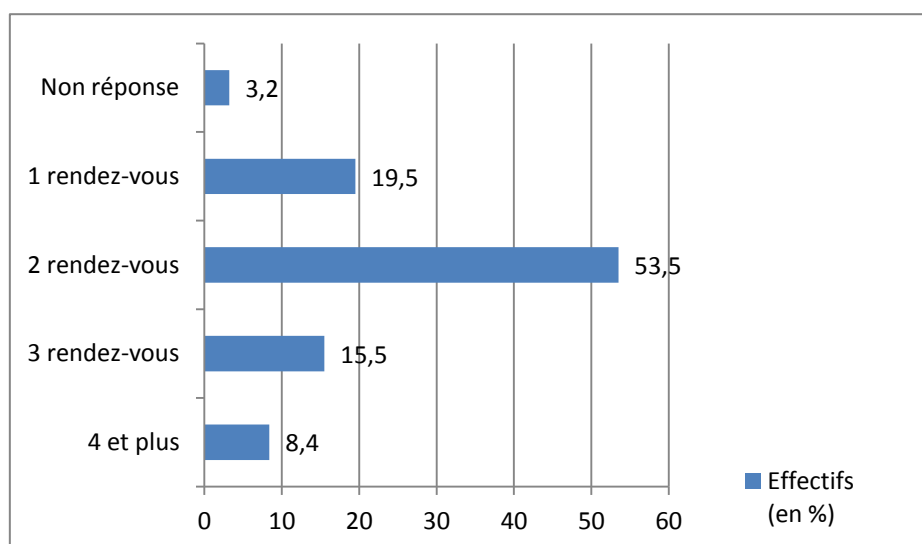


Figure 34 : Nombre de patients vus par heure par 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.3.3. Nombre de fauteuils

Les chirurgiens dentistes ont de façon majoritaire un seul fauteuil au cabinet (Tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de fauteuils des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

	Effectifs	Pourcentage (en %)	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	4	0,6	[0,1 ; 1,1]
1 fauteuil	426	61,6	[57,9 ; 65,2]
2 fauteuils	210	30,3	[26,9 ; 33,8]
3 et plus	52	7,5	[5,6 ; 9,5]
	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

Les femmes exercent plus souvent sur un seul fauteuil que les hommes ($\chi^2 = 6,85$; ddl = 2 ; $p < 0,05$). Nous n'avons pas trouvé de différence statistique significative entre le nombre de fauteuils et l'âge du chirurgien dentiste (Tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de fauteuils selon l'âge de 688 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

	Plus de 54 ans		45-54 ans		35-44ans		34 ans et moins		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Un fauteuil	144	33,8	103	24,2	100	23,5	79	18,5	426	100,0
2 fauteuils	68	32,4	60	28,6	42	20,0	40	19,0	210	100,0
Trois et plus	19	36,5	15	28,8	10	19,2	8	15,4	52	100,0

N : sous-effectifs

$p = 0,839$; $\chi^2 = 2,76$; *degré de liberté* = 6 (Non Significatif)

Les chirurgiens dentistes qui exercent sur trois fauteuils ou plus sont plus souvent des praticiens associés ($\chi^2 = 24,69$; ddl = 8 ; $p < 0,01$).

Les spécialistes exclusifs travaillent plus fréquemment que les autres modes d'exercice sur trois fauteuils. Ce sont également les praticiens qui travaillent le plus rarement sur un seul fauteuil ($\chi^2 = 86,72$; ddl = 10 ; $p < 0,001$).

4.3.4. Possibles facteurs de pénibilité ou de stress au travail

La majorité des praticiens trouve pénible le retard pris sur l'emploi du temps et la gestion des soins d'urgence (65%, I.C. à 95% [61,5 ; 68,6]). Plus de la moitié des praticiens sont stressés par les rendez-vous manqués ou annulés (50,7%, I.C. à 95% [47 ; 54,4], Figure 35).

Nous remarquons une différence statistiquement significative entre les facteurs qui sont jugés stressants par les chirurgiens dentistes et le nombre d'heures de travail au fauteuil par semaine. La Figure 36 récapitule ces liens statistiques.

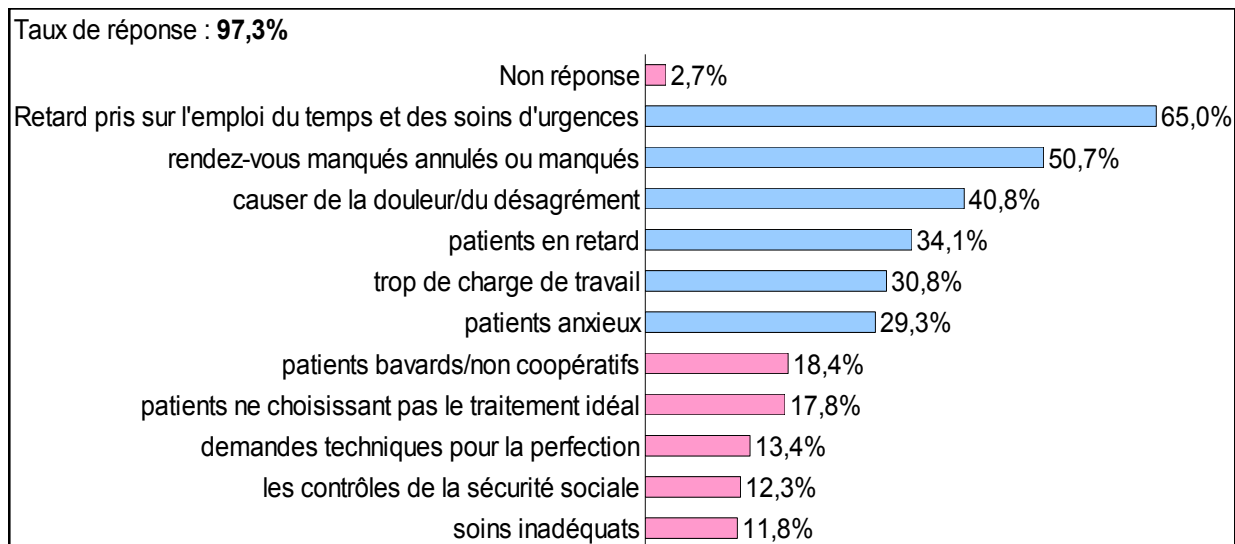


Figure 35 : Facteurs de pénibilité ou de stress selon 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

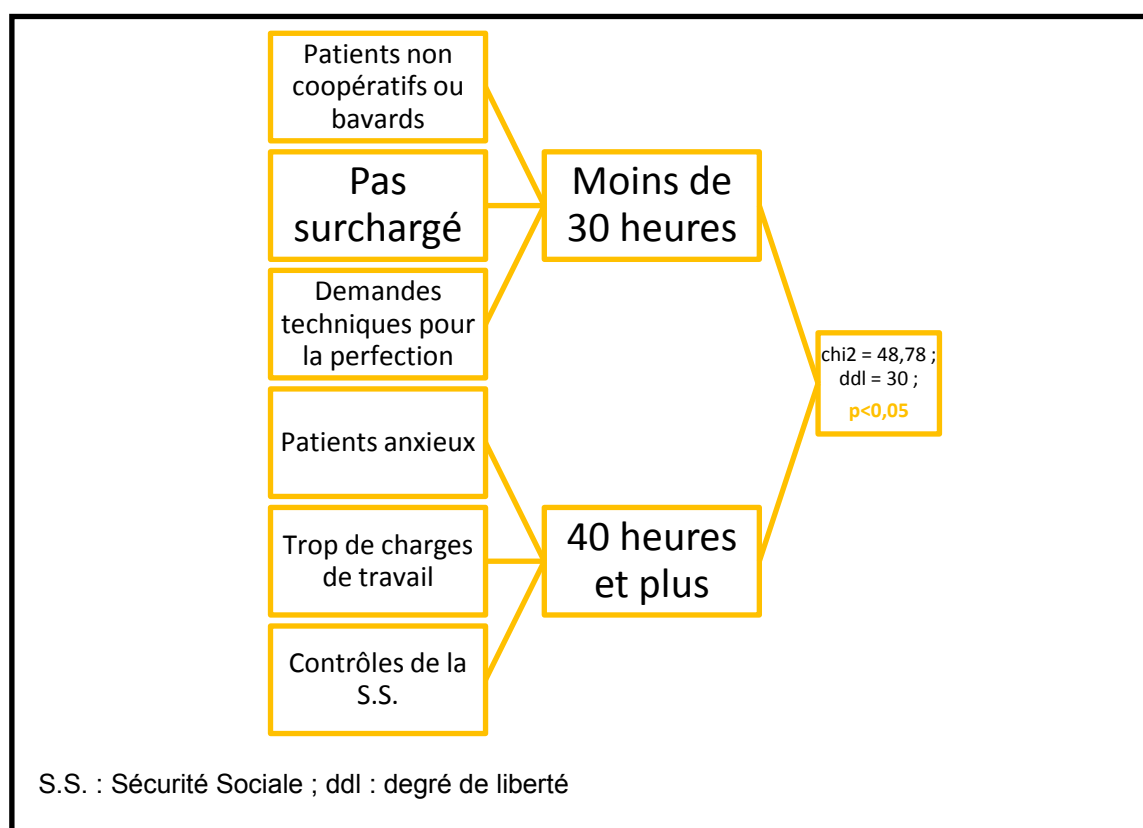


Figure 36 : Liens statistiques entre les facteurs jugés pénibles ou stressants par 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.3.5. Sentiment de routine

Trois-quarts des chirurgiens dentistes ne trouvent pas leur profession routinière (Figure 37) (73,4%, I.C. à 95% [70,1 ; 76,7]).

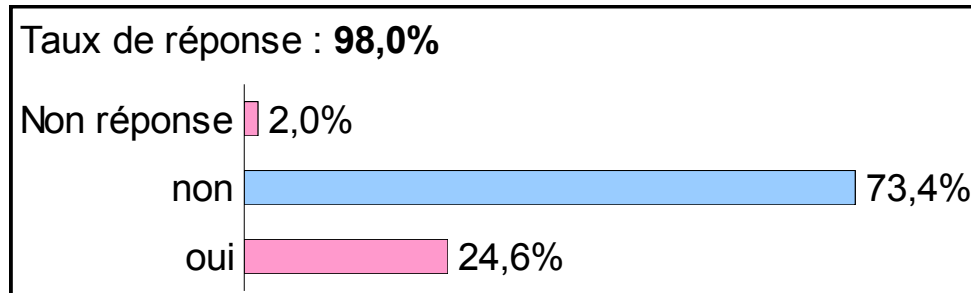


Figure 37 : Réponse à la question « jugez-vous votre travail routinier » de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Les enseignants ont un lien statistique ne jugent pas leur travail routinier comparativement aux autres praticiens ($\chi^2 = 16,32$; ddl = 5 ; $p < 0,01$).

La sensation de routine au travail est corrélée statistiquement avec le sexe et le nombre de fauteuils (Figure 38).

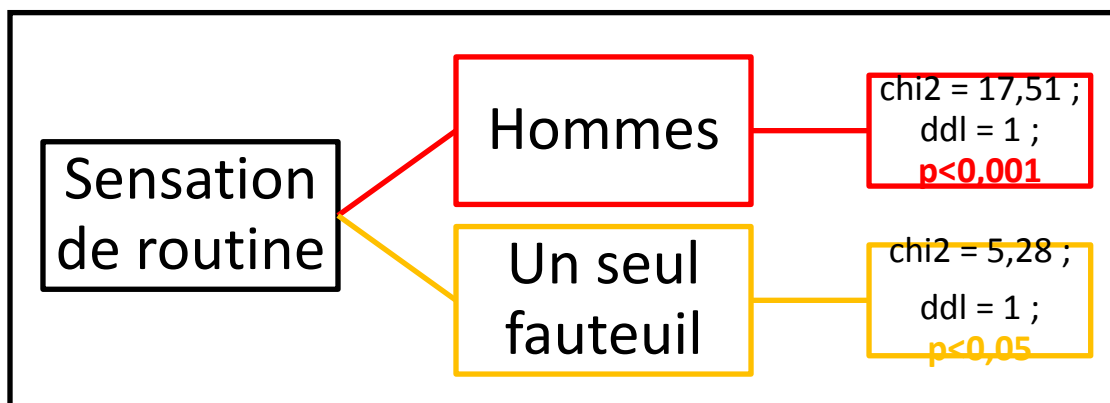


Figure 38 : Liens statistiquement significatifs entre la sensation de routine et le sexe ainsi que le nombre de fauteuils chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

4.3.6. Qualité de travail

Comme le montre les résultats du tableau 6, l'avis des chirurgiens dentistes sur leur qualité de travail est partagé.

Tableau 6 : Réponses des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « Voyez-vous une différence entre la qualité de travail que vous souhaitez et celle que vous obtenez ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95%
Non réponse	57	8,2	[6,2 ; 10,3]
Oui	326	47,1	[43,4 ; 50,8]
Non	309	44,7	[40,9 ; 48,4]
	692	100,0	

I.C. : Intervalle de Confiance

Nous observons des liens statistiques significatifs entre le jugement du chirurgien dentiste sur sa qualité de travail au travail et plusieurs variables : le département d'exercice, les facteurs de stress ressentis par les chirurgiens dentistes (soins inadéquats, rendez-vous manqués ou annulés, demandes techniques pour la perfection), le sentiment de routine (Figure 39).

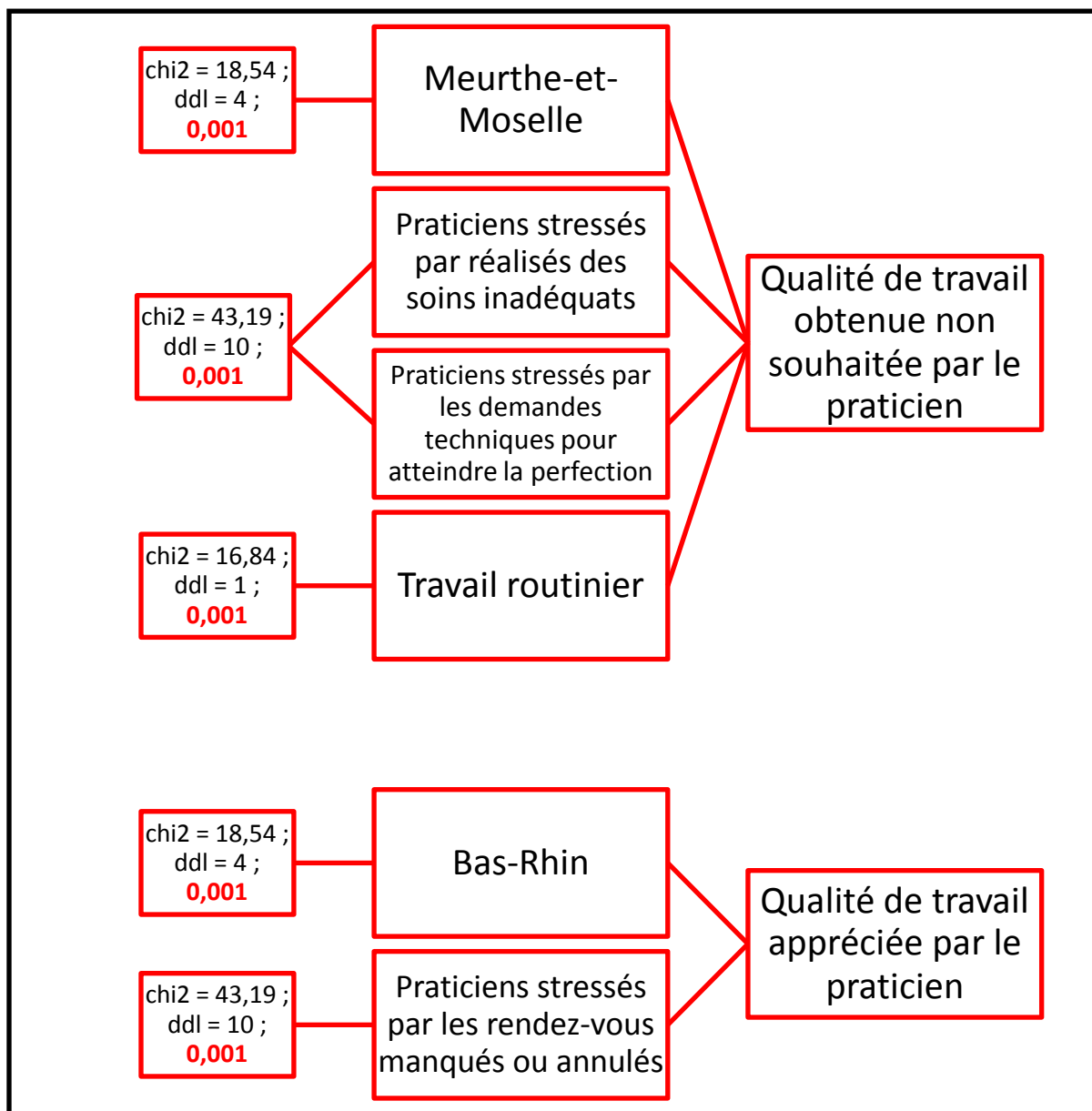


Figure 39 : Liens statistiquement significatifs entre la notion de qualité de travail des praticiens et leur département d'exercice, leurs perceptions des facteurs de stress et le sentiment de routine professionnelle pour 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.3.7. Les possibilités thérapeutiques en odontostomatologie

La moitié des 692 praticiens ont répondu à cette question ouverte (51,2%).

Les chirurgiens dentistes trouvent les possibilités thérapeutiques bonnes (10,4%), voire excellentes (10,1%), larges (25,8%) et diversifiées (8,7%), suffisantes (5,3%) et en progression (15,4%). Une minorité les trouve insuffisantes (2,8%).

La prise en charge des moyens thérapeutiques est souvent relevée dans les réponses (14,6%) ainsi que les difficultés financières des patients (12,9%). Le coût élevé des thérapeutiques (7,6%) et leur complexité (3,1%) sont aussi notés par les chirurgiens dentistes.

4.4. Problèmes :

4.4.1. Relationnels

Les relations avec les différents intervenants dans la vie professionnelle du chirurgien dentiste ne sont pas toujours faciles à gérer pour le praticien. Certains parlent même de pression exercée sur eux : « la pression que nous subissons au quotidien, « par les associés », « contrôlés par le conseil de l'Ordre », « la CPAM », « les mutuelles » et les « dentistes-conseils ».

4.4.1.1. Avec les assistantes

La grande majorité des praticiens n'ont pas de problèmes relationnels avec leurs assistantes (Tableau 7).

Tableau 7 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec votre/vos assistante(s) ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95%
Non réponse	33	4,8	[3,2 ; 6,4]
oui	59	8,5	[6,4 ; 10,6]
non	600	86,7	[84,2 ; 89,2]
Total	692	100,0	

Les praticiens qui ont des problèmes avec leur assistante ont plus souvent moins de 54 ans ($\chi^2 = 10,52$; ddl = 3; $p < 0,05$) et constatent plus fréquemment

une différence entre la qualité de travail souhaitée et celle obtenue que les autres chirurgiens dentistes ($\chi^2 = 9,18$; ddl = 1 ; $p < 0,01$).

4.4.1.2. Avec les confrères

Les chirurgiens dentistes sont peu nombreux à rencontrer des problèmes avec leurs confrères (Tableau 8).

Tableau 8 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec vos confrères ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	15	2,2	[1,1 ; 3,3]
Oui	56	8,1	[6,1 ; 10,1]
Non	621	89,7	[87,5 ; 92,0]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

Les chirurgiens dentistes qui exercent sur trois fauteuils ou plus ont plus de problèmes avec leurs confrères que les autres ($\chi^2 = 14,80$; ddl = 2 ; $p < 0,001$).

Les praticiens qui ont des problèmes relationnels avec leurs confrères ont un lien statistique avec les praticiens qui ont des problèmes avec leur assistante ($\chi^2 = 9,32$; ddl = 1 ; $p < 0,01$)

Travailler en association est bénéfique pour les uns « exercice en groupe et même philosophie avec les autres chirurgiens dentistes » alors que pour d'autres elle est source de pression « je travaillais à un rythme beaucoup plus intense en association ».

4.4.1.3. Avec les patients

Plus d'un quart des praticiens ont des problèmes relationnels avec leurs patients (Tableau 9).

Tableau 9 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec vos patients ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	19	2,7	[1,5 ; 4,0]
Oui	194	28,0	[24,7 ; 31,4]
Non	479	69,2	[65,8 ; 72,7]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

- Insatisfactions de la relation patient-praticien :

Les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes relationnels avec leurs patients constatent plus souvent une différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue ($\chi^2 = 14,08$; ddl = 1 ; $p < 0,001$).

Nous observons également un lien significativement statistique entre les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes relationnels avec leurs patients et ceux qui ont des problèmes avec leur assistant(e) ($\chi^2 = 16,33$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), avec leurs confrère(s) ($\chi^2 = 17,64$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), ou encore qui ont un sentiment de routine professionnelle ($\chi^2 = 9,02$; ddl = 1 ; $p < 0,01$).

Les praticiens reviennent souvent sur le côté négatif du travail avec les patients : certains évoquent la « peur de la plainte du patient », d'autres les « patients désagréables, phobiques, désintéressés par leur traitement qui ne viennent qu'en urgence », « stress par rapport aux patients très exigeants sur les horaires de rendez-vous ». Les chirurgiens dentistes rapportent leur stress de « gérer le stress des patients », de « gérer les conflits » et « les exigences et parfois l'agressivité de certains patients sont décourageants ». Ils trouvent les « patients de plus en plus exigeants et pressés ».

Les praticiens ressentent également une exigence en hausse chez les patients : « de plus en plus d'exigence de la part des patients », « des patients de plus en plus exigeants ».

Une autre inquiétude des chirurgiens dentistes est en rapport avec les moyens financiers des patients et leur prise en charge : « des prestations sociales des patients en baisse », « moyen financier des patients diminuent », « le budget des patients n'est plus extensible à souhait ». « Quand les patients n'ont pas beaucoup de moyens c'est difficile de travailler correctement ».

Les chirurgiens dentistes ont peur d'avoir un rapport différent avec leurs patients à cause du facteur financier : « un rapport commercial de plus en plus avec les patients ».

Certains odontologistes ont aussi « peur de perdre des patients » et n'osent pas s'arrêter de travailler pour cette raison même pour « des gros problèmes de santé (cancer) ».

- Satisfactions de la relation patient-praticien :

Une source de satisfaction des praticiens est de bien s'entendre avec leurs patients. C'est un « facteur ingérant très nettement sur l'état psychologique et donc également sur la vie personnelle ». C'est aussi « des rencontres avec les patients, quel que soit leur niveau social qui sont enrichissantes ».

Le bien-être des patients est également recherché : « je fais actuellement une formation en hypnose pour le bien-être de mes patients », « rendez-vous tard (19h) pour les patients travaillant tard », « nous rendons le sourire à nos patients ».

4.4.1.4. Avec les prothésistes

La majorité des chirurgiens dentistes n'ont pas de problèmes relationnels avec leur prothésiste (Tableau 10).

Il existe un lien statistique significatif entre les praticiens qui ont des problèmes relationnels avec leurs prothésistes et la zone urbaine professionnelle, le sentiment sur sa qualité de travail ainsi que d'autres problèmes relationnels (Figure 40).

Tableau 10 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec votre prothésiste ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	23	3,3	[2,0 ; 4,7]
Oui	50	7,2	[5,3 ; 9,2]
Non	619	89,5	[87,2 ; 91,7]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

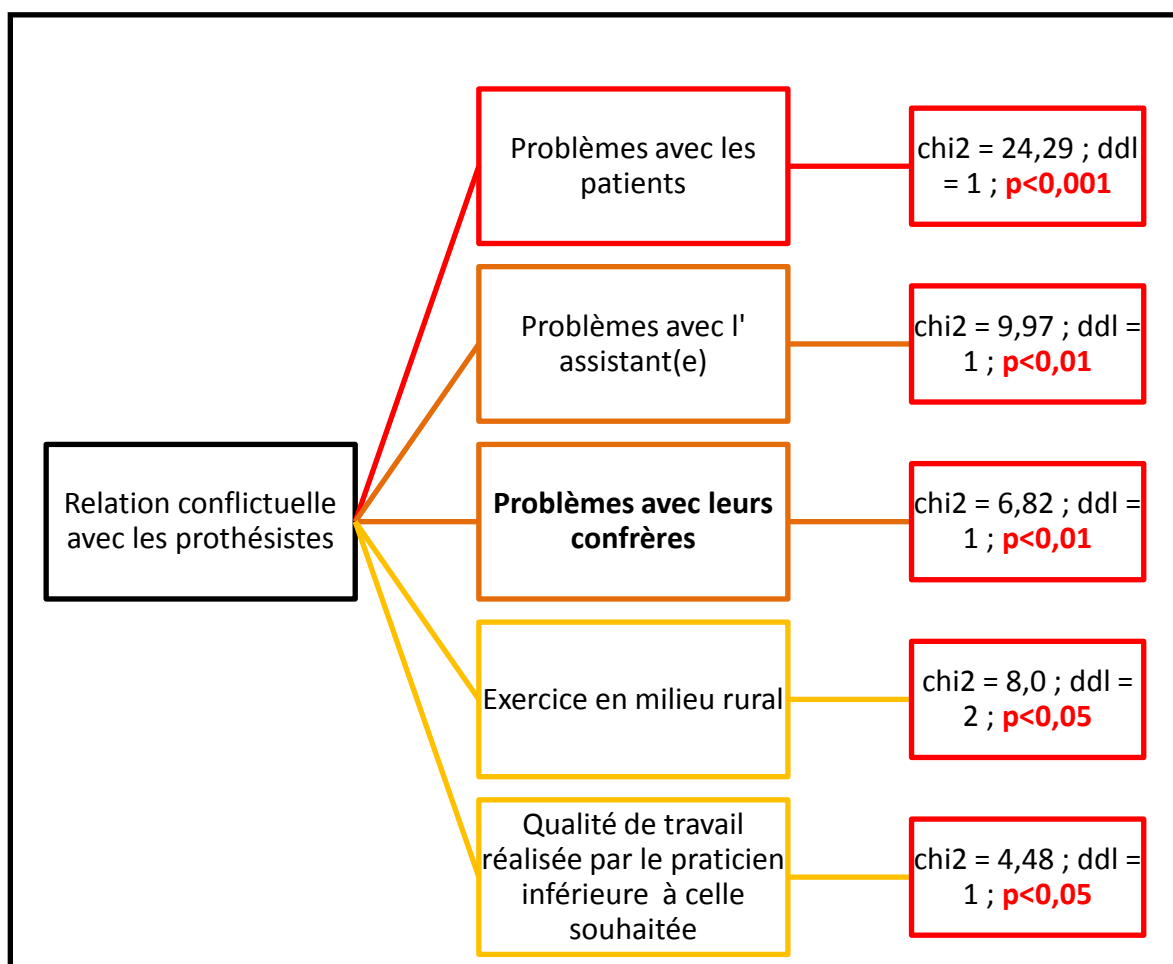


Figure 40 : Liens statistiquement significatifs entre les relations conflictuelles avec les prothésistes et le lieu d'exercice, le ressenti de la qualité de travail pratiquée du praticien et les autres problèmes relationnels chez 692 chirurgiens dentistes lorrains et Bas-Rhinois en 2011

La grande majorité des chirurgiens dentistes n'ont pas de problèmes avec la Sécurité Sociale (Tableau 11).

Tableau 11 : Réponses des chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « avez-vous des problèmes avec la Sécurité Sociale ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	21	7,7	[1,8 ; 4,3]
Oui	53	7,7	[5,7 ; 9,6]
Non	618	87,0	[87,0 ; 91,6]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

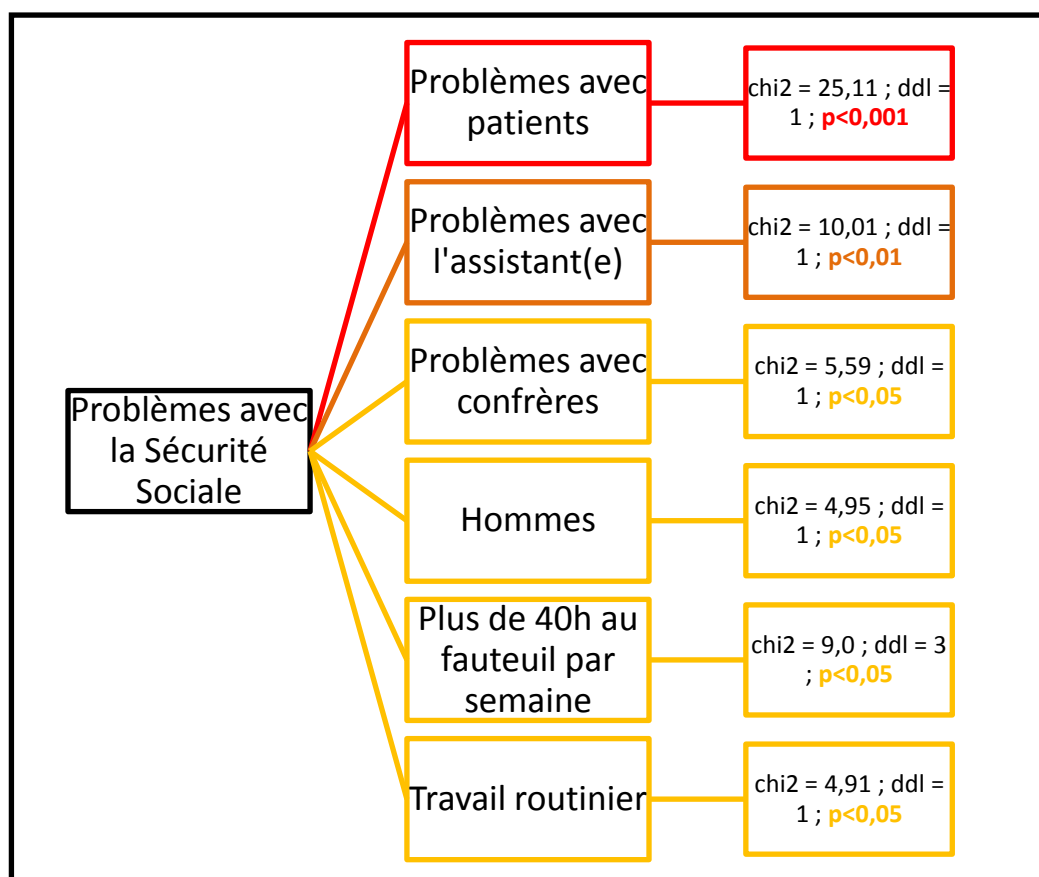


Figure 41 : Liens statistiquement significatifs entre les problèmes avec la Sécurité Sociale et les problèmes relationnels, le sexe, le temps de travail et le sentiment de routine chez 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine

Les chirurgiens dentistes qui jugent stressant les contrôles de la Sécurité Sociale et ceux qui ont des relations conflictuelles avec leurs prothésistes ont plus

fréquemment des problèmes avec la Sécurité Sociale que les autres praticiens. (Respectivement : $\chi^2 = 32,46$; ddl = 10 ; $p < 0,001$ et $\chi^2 = 31,62$; ddl = 1 ; $p < 0,001$).

Il existe une liaison statistiquement significative entre les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes avec la Sécurité Sociale et le sexe du praticien, le temps de travail au fauteuil, le sentiment de routine et les problèmes relationnels professionnels (Figure 41).

4.4.1.6. Les problèmes relationnels qui affectent le plus les praticiens

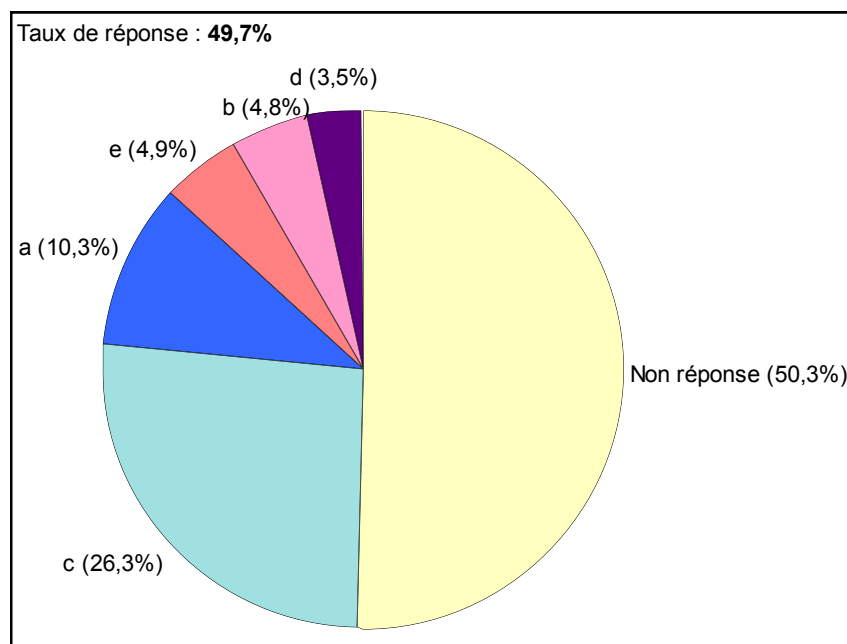
Suite aux questions sur les problèmes relationnels avec les différents acteurs professionnels, les chirurgiens dentistes devaient classer par ordre d'importance ceux qui les affectent le plus. Les problèmes qui affectent le plus les chirurgiens dentistes sont les problèmes relationnels avec les patients (Tableau 12). Le pourcentage de réponses à cette question est de 49,7%.

Tableau 12 : Ordre d'importance des problèmes relationnels de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

	Importance de la réponse (rapport)
Problèmes avec les patients	3,90
Problèmes l'assistante	2,39
Problèmes la Sécurité Sociale	1,96
Problèmes avec les confrères	1,89
Problèmes avec les prothésistes	1,81

La réponse au premier rang correspond à l'ordre d'importance que donnent les chirurgiens dentistes aux différents problèmes relationnels. En effet nous

retrouvons le plus souvent à la première place les problèmes avec les patients (Figure 42)



- a : Problèmes relations avec l'assistante
- b : Problèmes relationnels avec les confrères
- c : Problèmes relationnels avec les patients
- d : Problèmes relationnels avec les prothésistes
- e : Problèmes relationnels avec la Sécurité Sociale

Figure 42 : Problèmes relationnels cités en tête parmi ceux proposés pour 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

4.4.1.7. Vie familiale et exercice professionnel

La majorité des praticiens considère que leur profession apporte des perturbations au sein de leur vie familiale (Tableau 13).

Les chirurgiens dentistes qui ont des perturbations dans leur vie familiale dues à leur profession voient plus fréquemment que les autres praticiens une différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue ($\chi^2 = 35,16$; ddl = 1 ; $p < 0,001$). Les chirurgiens dentistes de plus de 64 ans (3,3% des chirurgiens dentistes, I.C. à 95% [2,0% ; 4,7%]) ont moins de perturbation de vie familiale que les professionnels plus jeunes ($\chi^2 = 10,32$; ddl = 4 ; $p < 0,05$). Une liaison

statistiquement significative est notée entre l'âge du praticien, le nombre d'heures de travail au fauteuil, les facteurs ressentis comme stressants, la charge de travail, les relations conflictuelles et les perturbations de la vie familiale dues à la profession (Figure 43).

Tableau 13 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : « L'exercice professionnel apporte-t-il des perturbations dans votre vie familiale ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	19	2,7	[1,5 ; 4,0]
Oui	409	59,1	[55,4 ; 62,8]
Non	264	38,2	[34,5 ; 41,8]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

Dans les remarques faites par les chirurgiens dentistes, on note qu'il est important de savoir scinder la vie professionnelle de la vie familiale pour se sentir bien : « j'arrive très bien à scinder les vies professionnelle et privée ».

La famille a aussi une place importante et quand la vie familiale se passe agréablement, le travail s'en ressent : « mariage heureux », « mon mari et mes enfants », « la famille, les amis et la fête entre amis ».

Quand certains ont du mal à gérer le temps de travail avec le temps familial d'autres trouvent que c'est justement une qualité de ce métier : « cette profession permet de se ménager du temps pour la vie familiale sans trop de problèmes », « notre métier nous laisse une grande liberté [...] d'emploi du temps » « Étant salariée [...], cela me laisse du temps pour ma vie familiale », « liberté de gérer son emploi du temps », « les horaires me permettent de garder du temps pour l'épanouissement de ma vie personnelle », « grande chance de gérer notre temps de travail », « quand on aime ce que l'on fait, le temps ne compte pas ».

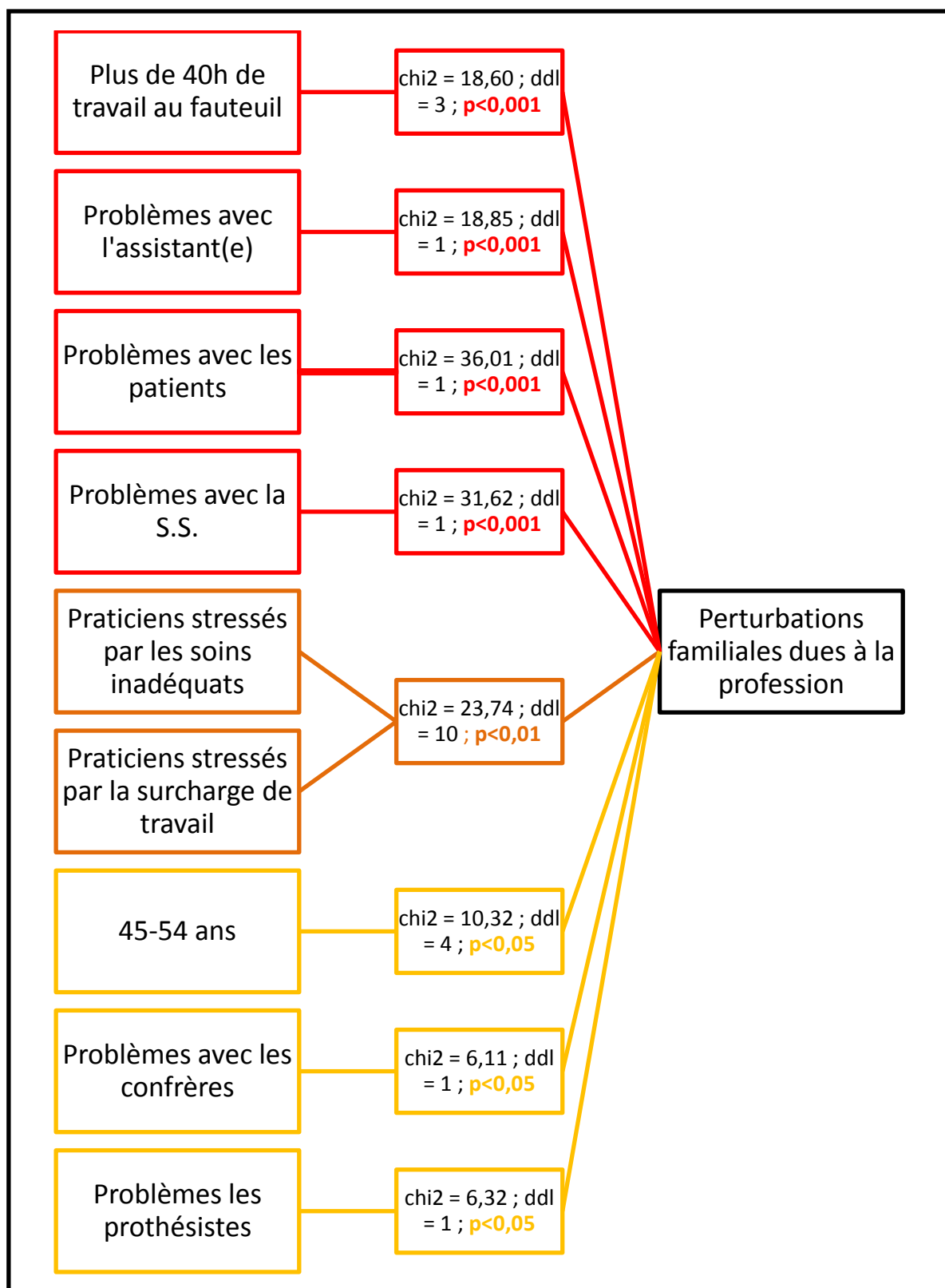


Figure 43 : Liens statistiquement significatifs entre l'âge, les problèmes relationnels, les facteurs de stress et les perturbations familiales dues à la profession parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

Le mot « famille » a autant de place dans les observations des praticiens que le mot « stress ». En effet, cette notion rejoint celle du « temps », l'aménagement des horaires permet pour certains d'améliorer leur vie de famille, de privilégier celle-ci ou encore se ménager du temps pour eux contrairement à d'autres qui n'arrivent pas à concilier les deux. « La famille a intérêt d'être forte », « décalage entre le rythme de vie au travail et celui de la famille ».

Autant la famille a un apport bénéfique sur la profession, autant le manque de temps laissé par l'exercice de la profession et les occupations familiales en rentrant ne permettront pas au praticien de récupérer : « Perturbation familiale par manque de disponibilité horaire », « surtout avec les enfants », « rendez-vous jusqu'à 19h30 néfastes pour la vie de famille », « difficile de jongler entre le cabinet et l'éducation de 3 enfants ». La difficulté du métier à « concilier vie familiale et vie professionnelle » est notée régulièrement dans les remarques.

La notion du temps fait partie des notes personnelles des praticiens interrogés : « temps du cabinet / participation [...] du conjoint dans vie familiale », « la chose que je regrette le plus est d'avoir passé plus de temps avec mes patients qu'à voir mes propres enfants », « J'aimerais pouvoir passer plus de temps avec eux [mes enfants ; F.C.] et avec mon mari! » « Prendre du temps pour communiquer », « manque de temps ! », « trop de temps à passer dans le bureau plutôt qu'au fauteuil », « gestionnaire au détriment du temps passé aux soins », « pas le temps d'aller en séminaire et en congrès », « temps de travail trop long », « je n'ai jamais réussi à dégager du temps pour moi ».

4.4.2. De gestion

4.4.2.1. Installation et équipement

La plus grande majorité des chirurgiens dentistes pense être convenablement équipés et installés (89,5%, I.C. à 95% [87,2 ; 91,7]) (Figure 44).

Les praticiens qui considèrent ne pas être bien équipés ont plus souvent des perturbations de leur vie familiale dues à leur profession ($\chi^2 = 7,84$; ddl = 1; $p < 0,01$). Les praticiens stressés par les soins inadéquats jugent être plus fréquemment moins convenablement équipés que les autres ($\chi^2 = 23,04$; ddl = 10; $p < 0,05$).

Figure 44 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question : "Pensez-vous être convenablement installé(e) et équipé(e) ?"

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	5	0,7	[0,1 ; 1,4]
Oui	619	89,5	[87,2 ; 91,7]
Non	68	9,8	[7,6 ; 12,0]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

4.4.2.2. Charges de gestion

Un grand nombre de chirurgiens dentistes trouvent leurs charges de gestion trop lourdes (78,3%, I.C. à 95% [75,3 ; 81,4]) (Figure 45).

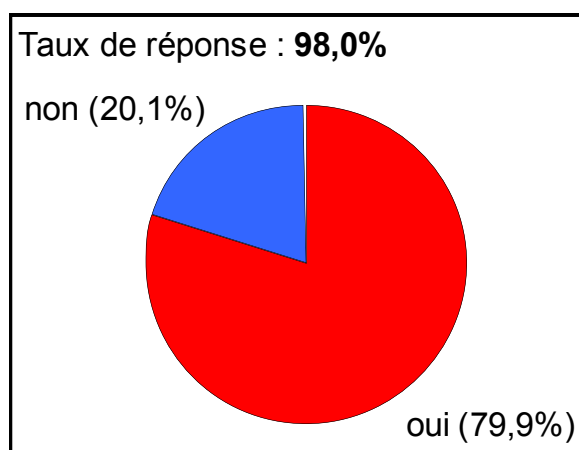


Figure 45 : Réponse la question " Jugez-vous vos charges de gestion trop lourdes ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

La notion de surcharge est présente dans les réponses aux questions ouvertes : « trop de paperasseries, trop de contraintes », « le cabinet devient lourd à gérer », « contraintes administratives et financières de plus en plus lourdes », « soins aux patients deviennent accessoires comparés au travail administratif », « de plus en

plus de contraintes nuisibles ». « J'ai cessé actuellement et définitivement mon activité suite à trop de pressions ». Un praticien estime qu'« un exercice un peu moins lourd » peut être « rendu possible par moins de charges ». Il faut faire « abstraction des contraintes de plus en plus importantes et insensées » pour aller « bien ». Les exemples sont nombreux : « contraintes de gestion, de charges, techniques, réglementaires, financières, fiscales, de comptabilité et d'informatique, de contrôles électriques, de stérilisation, administratives, économiques incontournables, horaires, de la Sécurité Sociale, tiers payant, traçabilité, radioprotection, de normes et de contrôles ».

Les contraintes sont souvent soulignées en parallèle avec les nombre de charges que doit supporter le praticien : « charges de plus en plus lourdes », « excessives », « intolérable », une praticienne se sent « oppressée par les charges ». Les charges sont dues à la « collaboration : charges pour l'employeur », à l'« augmentation des charges fixes », aux « charges trop importantes », aux « charges sociales », à la « charge de travail lourde hors fauteuil », aux « charges fiscales ». Ainsi « les charges sont augmentées de façon spectaculaire : matériel, stérilisation, radioprotection, charges patronales, formations postuniversitaires hors de prix... ».

Les praticiens libéraux sont des « gestionnaires ». Il manque pour certains praticiens « des structures d'accompagnement dans la gestion du cabinet dentaire ».

Les praticiens qui estiment ne pas avoir de charges de gestion trop lourdes pensent plus que les autres ne pas avoir un travail routinier ($\chi^2 = 5,78$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), observent moins une différence de qualité de travail entre celle attendue et celle observée ($\chi^2 = 9,21$; ddl = 1 ; $p < 0,01$), ont moins de problèmes avec leurs patients ($\chi^2 = 5,24$; ddl = 1 ; $p < 0,05$) et ont moins de problèmes familiaux liés à leur profession ($\chi^2 = 34,80$; ddl = 1 ; $p < 0,001$).

Les plus jeunes chirurgiens dentistes (moins de 34 ans) ($\chi^2 = 22,92$; ddl = 3 ; $p < 0,001$), les salariés temps plein ($\chi^2 = 46,33$; ddl = 4 ; $p < 0,001$), les spécialistes temps plein et les enseignants ($\chi^2 = 27,63$; ddl = 5 ; $p < 0,001$) jugent moins souvent que les autres praticiens leurs charges de gestion trop lourdes.

Le fait que le « dentiste doit manager une entreprise » est un « travail non reconnu » selon quelques chirurgiens dentistes de notre enquête.

4.4.2.3. Difficultés financières

Peu de praticiens ont des difficultés financières personnelles (15,2%, I.C. à 95% [12,5 ; 17,8] (Figure 46). Cependant beaucoup sont gênés par les problèmes de rentabilité du métier : « stress de rentabilité », « rendement », « tensions liées au stress financier », non reconnaissance économique de mon travail », « le sommeil est un peu fonction de mon compte bancaire ». Un praticien a proposé d'adapter le système de santé anglais : que le « nombre d'actes effectués » soit réalisé « sans baisse ni augmentation de revenu ».

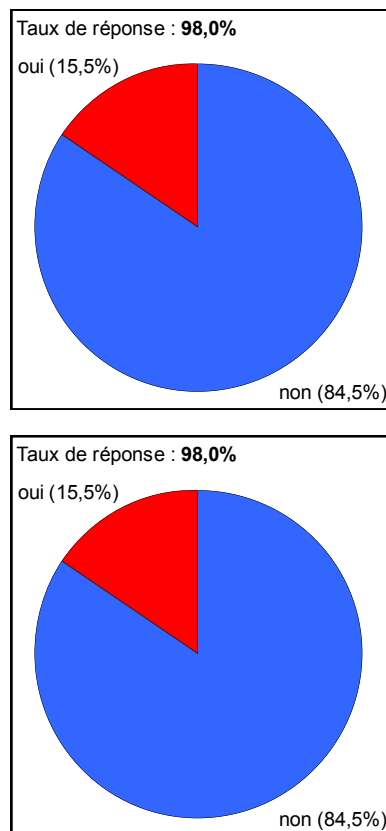


Figure 46 : Réponses à la question "avez-vous des difficultés financières personnelles ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

Les chirurgiens dentistes qui ont des difficultés financières ont un lien statistiquement significatif avec de nombreuses variables, plutôt négatives, des conditions psycho-sociales du chirurgien dentiste (Figure 47).

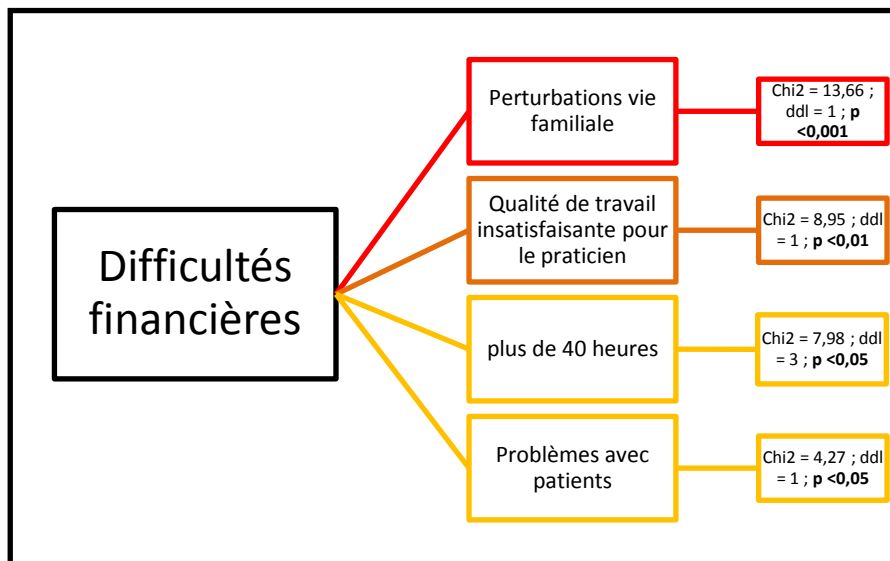


Figure 47 : Relation entre les difficultés financières et différentes variables professionnelles du chirurgien dentiste pour 692 praticiens du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

Selon l'âge, les difficultés financières ne sont pas les mêmes. Les chirurgiens dentistes les plus âgés (plus de 64 ans, 3,3% des chirurgiens dentistes, I.C. à 95% [2,0% ; 4,7%]) ont plus souvent des difficultés financières ($\chi^2 = 18,06$; ddl = 4 ; $p < 0,001$) et les plus jeunes (moins de 34 ans) en ont moins ($\chi^2 = 8,95$; ddl = 1 ; $p < 0,01$).

Les praticiens qui sont stressés par les patients qui ne choisissent pas les traitements idéaux ou encore par des soins inadéquats ont plus souvent des difficultés financières que les autres ($\chi^2 = 24,68$; ddl = 10 ; $p < 0,001$).

Les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes relationnels avec leurs prothésistes ($\chi^2 = 9,99$; ddl = 1 ; $p < 0,01$), qui considèrent ne pas être bien équipés ($\chi^2 = 14,17$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) ont également plus fréquemment des difficultés financières personnelles.

4.4.3. De formation

4.4.3.1. Difficultés diagnostiques

Moins de 20% des praticiens ont des difficultés diagnostiques (18,8%, I.C. à 95% [15,9 ; 21,7]) (Figure 48).

Figure 48 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question "avez-vous des difficultés diagnostiques ?"

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	24	3,5	[2,1 ; 4,8]
Oui	130	18,8	[15,9 ; 21,7]
Non	538	77,7	[74,6 ; 80,8]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

Il existe un lien statistique entre les praticiens qui ont des difficultés diagnostiques et d'autres facteurs (Figure 49).

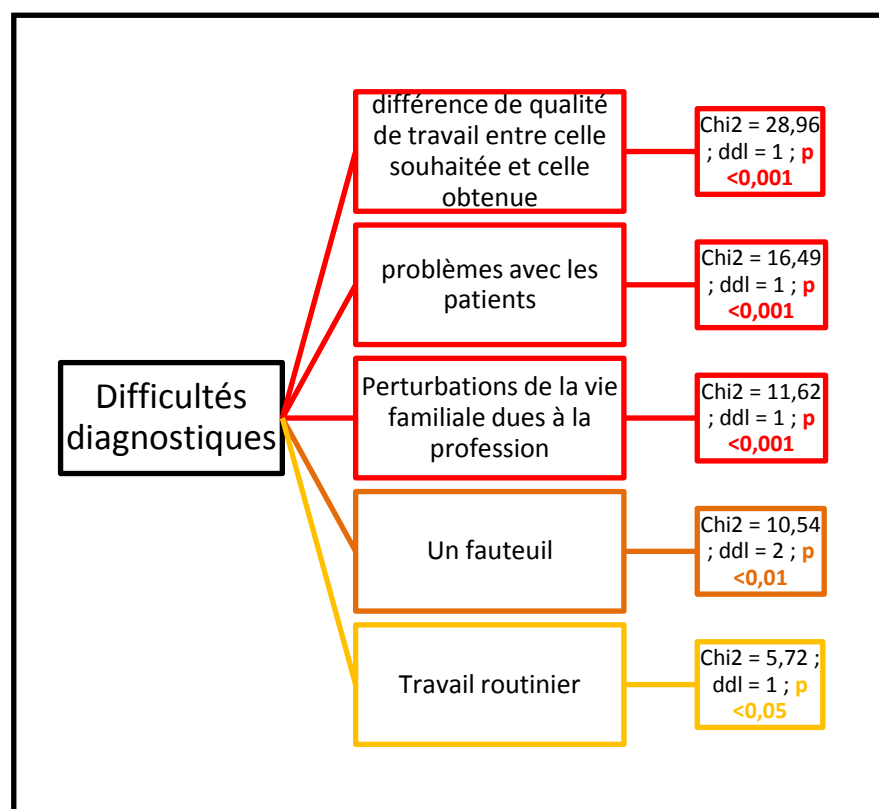


Figure 49 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ont des difficultés diagnostiques et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Les chirurgiens dentistes stressés par les patients en retard, par le fait de causer de la douleur ou du désagrément à leurs patients, par les soins inadéquats ($\chi^2 = 31,58$; ddl = 10 ; $p < 0,001$), ceux qui se sent mal équipés ($\chi^2 = 4,63$; ddl = 1 ; $p < 0,05$) ou qui ont des difficultés financières ont plus souvent des difficultés diagnostiques ($\chi^2 = 6,26$; ddl = 1 ; $p < 0,05$) que les autres praticiens.

4.4.3.2. Formation initiale et réalité de la profession

Seulement un quart des chirurgiens dentistes estiment que leurs études les ont préparés à la réalité professionnelle (24,7% ; I.C. à 95% [21,5 ; 27,9] (tableau 14)

Tableau 14. : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question "Estimez-vous que vos études vous ont préparé à la réalité de votre profession ?"

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	40	5,8	[4,0 ; 7,5]
Oui	174	24,7	[21,5 ; 27,9]
Non	481	69,5	[66,1 ; 72,9]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

Nous observons une différence statistiquement significative entre les praticiens qui jugent leur formation initiale conforme à la réalité professionnelle et plusieurs données (Figure 50).

Nous pouvons également noter que les outils statistiques ne permettent pas de mettre en évidence une différence significative selon l'âge du chirurgien dentiste (Tableau 15).

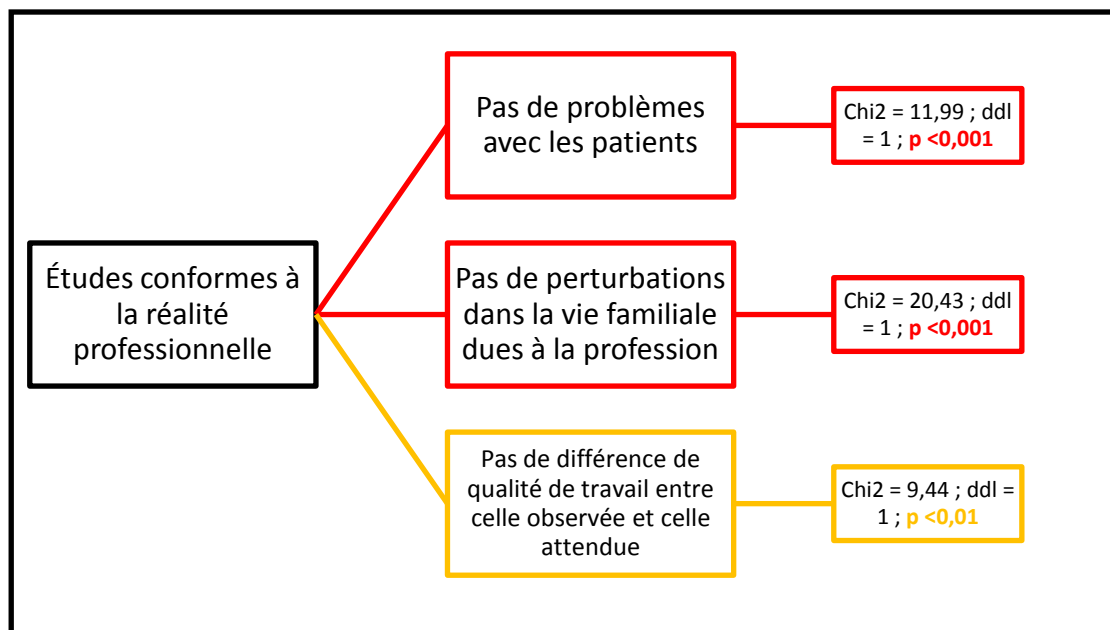


Figure 50 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui jugent leur formation initiale conforme à la réalité professionnelle et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin

Tableau 15 : Préparation des études à la réalité professionnelle selon l'âge chez 652 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

	Les études vous ont-elles préparé à la réalité professionnelle ?					
	Oui		Non		Total	
	(Effectif)	(%)	(Effectif)	(%)	(Effectif)	(%)
Plus de 54 ans	51	29,7	121	70,3	172	100,0
De 45 à 54 ans	53	24,2	166	75,8	219	100,0
De 35 à 44 ans	33	22,9	111	77,1	144	100,0
Moins de 34 ans	34	29,1	83	70,9	117	100,0

Les salariés temps plein ($\chi^2 = 14,86$; ddl = 4 ; $p < 0,05$), les chirurgiens dentistes qui ne se plaignent pas de leurs charges de gestion ($\chi^2 = 14,90$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), ceux qui exercent sur trois fauteuils ou plus jugent plus souvent que les autres praticiens que leurs études les ont préparé à la réalité de la profession. À l'inverse, les chirurgiens dentistes qui ont des difficultés diagnostiques ($\chi^2 = 24,60$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) pensent ne pas avoir été préparé à la réalité professionnelle par leurs études.

Dans les questions ouvertes, la formation initiale est citée comme pouvant être un moyen d'aide dans la profession : « Études à améliorer fortement », notamment avec une présence accrue de « cours de management » et d'« ergonomie ».

4.4.3.3. Cours de psychologie

La majorité des chirurgiens dentistes auraient souhaité davantage de cours de psychologie au cours de leur formation initiale (57,5% ; I.C. à 95% [53,8 ; 61,2]) (Figure 51).

Figure 51 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la question "Auriez-vous souhaité dans votre cursus, de façon plus importante : des cours de psychologie ?"

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	9	1,3	[0,5 ; 2,1]
Oui	398	57,5	[53,8 ; 61,2]
Non	285	41,2	[37,5 ; 44,9]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

Les praticiens qui ne souhaitent pas davantage de cours de psychologie ne voient pas de différence de qualité de travail entre celle attendue et celle observée

plus souvent que les autres chirurgiens dentistes ($\chi^2 = 11,54$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) et sont moins anxieux ($\chi^2 = 23,27$; ddl = 1 ; $p < 0,001$).

Les salariés temps plein ($\chi^2 = 14,81$; ddl = 4 ; $p < 0,05$), les chirurgiens dentistes stressés par les rendez-vous manqués ou annulés, par les patients en retard ($\chi^2 = 32,11$; ddl = 10 ; $p < 0,001$), les praticiens qui estiment ne pas avoir de charges de gestion trop lourdes ($\chi^2 = 8,67$; ddl = 1 ; $p < 0,01$) et enfin ceux qui estiment que leurs études les ont préparé à la réalité professionnelle ($\chi^2 = 40,18$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) souhaitent plus souvent que les autres praticiens ne pas avoir davantage de cours de psychologie.

Les praticiens qui ont des problèmes relationnels avec leurs patients ($\chi^2 = 16,22$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), ceux qui ont des perturbations de leur vie familiale dues à leur profession ($\chi^2 = 35,02$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) ainsi que ceux qui ont des difficultés financières personnelles ($\chi^2 = 5,37$; ddl = 1 ; $p < 0,05$) auraient quant à eux préféré davantage de cours de psychologie dans leur cursus universitaire.

4.4.3.4. Cours de gestion

Une très grande majorité de praticiens auraient souhaité davantage de cours de gestion (85,7% ; I.C. à 95% [83,1 ; 88,3]) (Figure 52).

Figure 52 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 à la question : "Auriez-vous souhaité dans votre cursus, de façon plus importante : des cours de gestion ?"

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	6	0,9	[0,2 ; 1,6]
Oui	593	85,7	[83,1 ; 88,3]
Non	93	13,4	[10,9 ; 16,0]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

On peut voir un lien statistiquement significatif entre les praticiens qui ne souhaitent pas plus de cours de gestion et d'autres conditions (Figure 53).

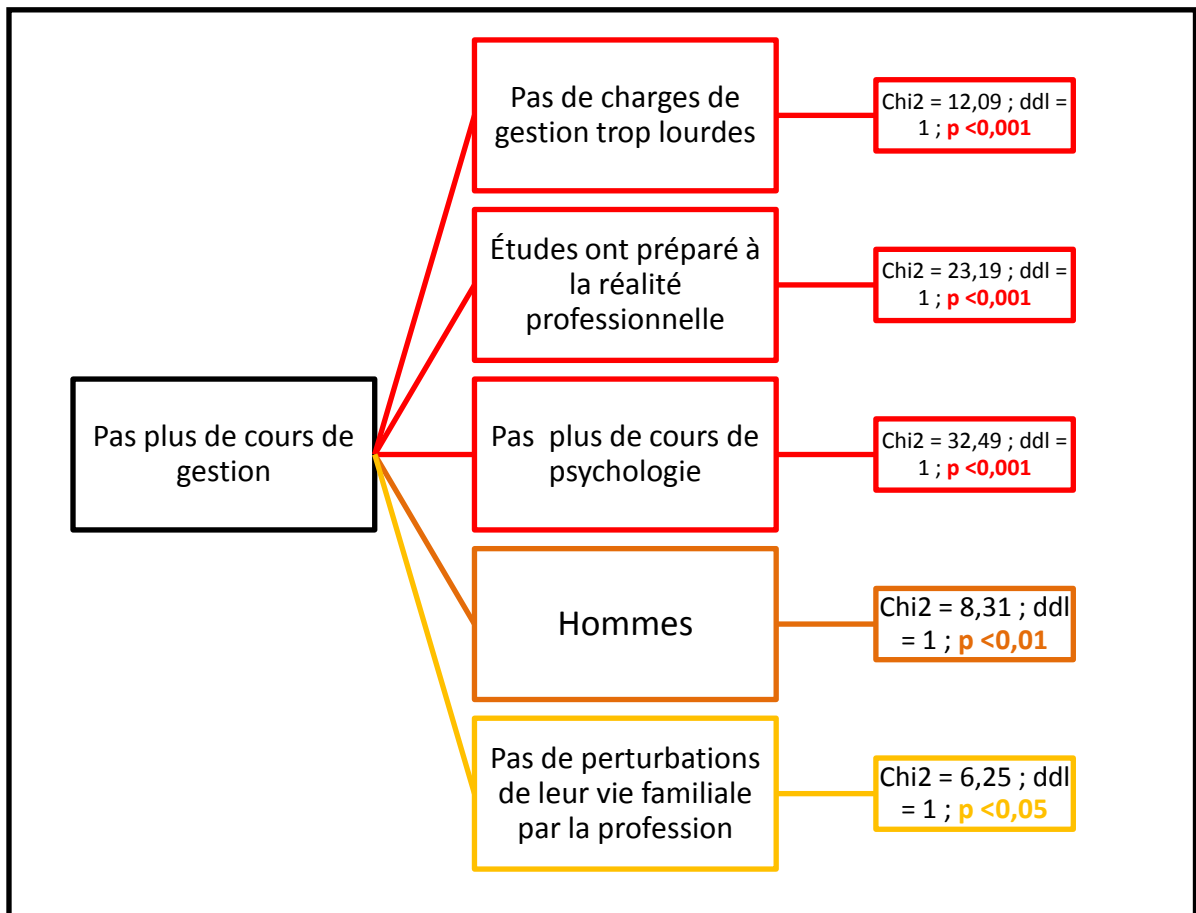


Figure 53 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ne souhaitent pas davantage de cours de gestion au cours de leur formation initiale et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine

Les praticiens qui travaillent sans assistance souhaitent plus fréquemment que les autres moins de cours de gestion ($\chi^2 = 11,64$; $ddl = 5$; $p < 0,05$).

Certains parlent du manque de formation « à la gestion du cabinet en tant qu'entreprise de santé » comme cause de stress.

4.5. Santé

4.5.1. État de santé, rapport éventuel avec la profession

Les chirurgiens dentistes se sentent en général en bonne santé (80,9% ; I.C. à 95% [78,0 ; 83,9]) (Tableau 16).

On retrouve différents liens statistiques avec les praticiens qui se plaignent de leur santé (Figure 54).

Tableau 16 : Réponses de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 à la question : "Jugez-vous que votre état de santé actuel est bon ?"

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	4	0,6	[<0,1 ; 1,1]
Oui	560	80,9	[78,0 ; 83,9]
Non	128	18,5	[15,6 ; 21,4]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

La très grande majorité des praticiens ne jugeant pas leur santé bonne pensent que cela est lié à leur profession (86,3% ; I.C. à 95% [80,2 ; 92,3]) (Tableau 17).

Les praticiens de 45-54 ans, classe la plus importante de la profession, ont de manière statistiquement significative par rapport aux autres classes d'âge un état de santé qui n'est pas jugé bon ($\chi^2 = 20,97$; ddl = 3 ; $p < 0,001$).

Les praticiens stressés, par les soins inadéquats par la surcharge de travail, par les contrôles de la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 24,64$; ddl = 10 ; $p < 0,01$) jugent plus fréquemment que les autres avoir une mauvaise santé.

On peut noter également que les chirurgiens dentistes ayant des problèmes relationnels avec leurs confrères ($\chi^2 = 4,53$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), les prothésistes

($\chi^2 = 21,14$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 8,04$; ddl = 1 ; $p < 0,01$) ont plus souvent le sentiment d'être en mauvaise santé.

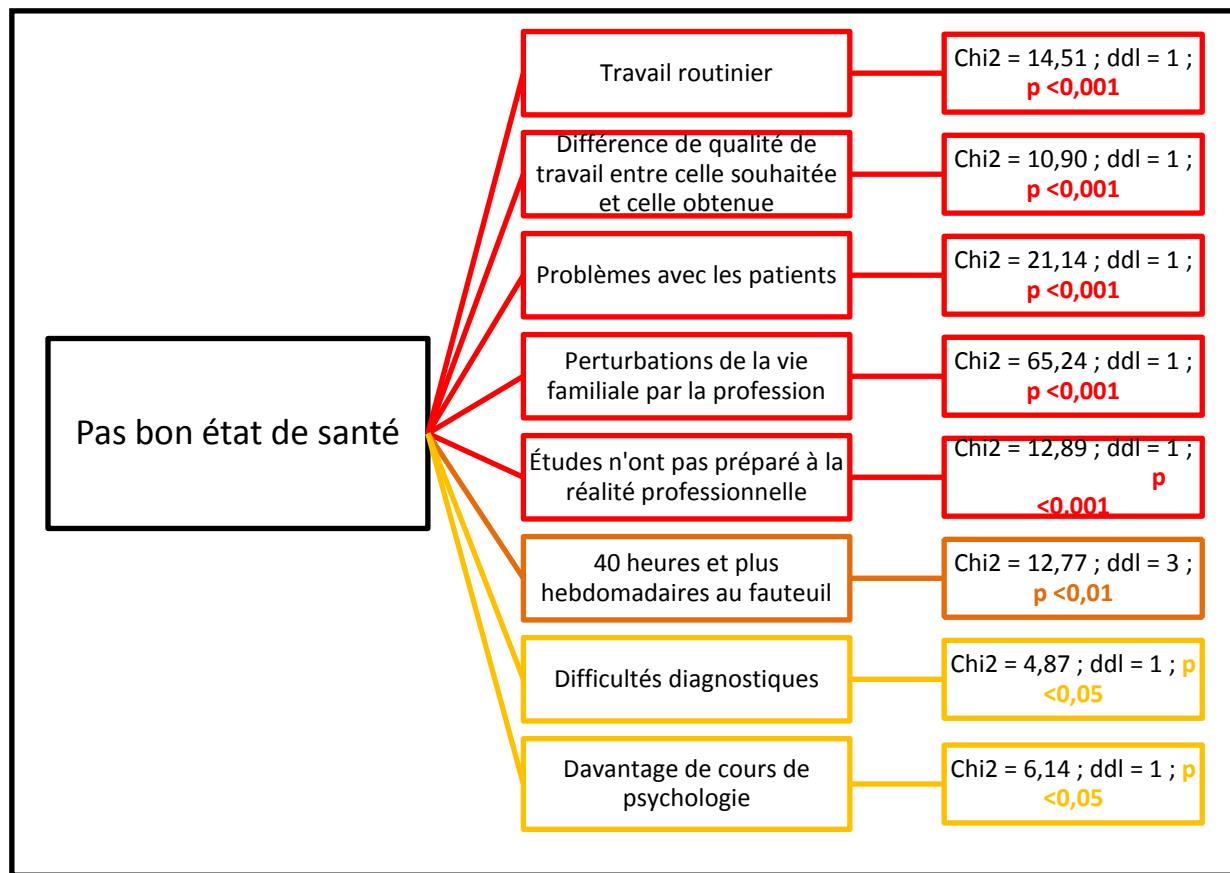


Figure 54 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ne répondent pas être en bonne santé et différentes autres conditions psychosociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Enfin les praticiens qui considèrent ne pas être bien équipés ($\chi^2 = 18,92$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) et ceux qui ont des difficultés financières ($\chi^2 = 15,49$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) s'évaluent aussi comme n'étant pas en bonne santé plus souvent que les autres chirurgiens dentistes.

Sur les 692 chirurgiens dentistes ayant répondu au questionnaire, 33,7% ont écrit des remarques sur la relation entre leur travail et leur santé physique et psychologique.

Tableau 17 : Réponses de 124 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 à la réponse : « si votre état de santé n'est pas jugé bon, est-ce lié à l'exercice de votre profession ? »

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Oui	107	86,3	[80,2 ; 92,3]
Non	17	13,7	[7,7 ; 19,8]
Total	124	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

Une minorité de praticiens qui ont répondu ne voient pas de corrélation entre leur santé et leur profession : « mon métier n'a aucune incidence », ce n'est « pas lié au travail mais au manque d'activité en hiver ».

Presque autant affirment le contraire (6,8%) : « il y a un lien direct mais méfiance face aux conclusions hâtives », « le travail, facteur très déterminant dans ces maux », « ils sont évidents avec l'âge et l'expérience », il existe des liens « étroits » entre santé et travail ou encore « qualité du travail et qualité de vie sont intimement liées ». Des relations semblent évidentes pour certains : « je suis mieux depuis que mon travail se passe bien », « je me réjouis de bientôt m'arrêter », « profession mauvaise pour la santé à long terme » jusqu'à ne pas le conseiller à leurs proches « je ne le conseillerai pas à mes enfants ». La profession fait partie d'une globalité « c'est un tout ».

4.5.1.1.1. Ressenti négatif des chirurgiens dentistes sur leur santé

Quelques praticiens pensent que c'est la profession de chirurgien dentiste plus qu'une autre qui est la cause d'effets néfastes sur leur santé « faut changer de profession ! ».

Les douleurs physiques sont celles citées en majorité en lien avec la profession (28,5%) : des troubles de l'audition, de la vue, des céphalées, des

courbatures... Majoritairement, les problèmes de dos sont soulevés ainsi que des troubles d'articulations. Le terme « TMS » (Troubles Musculo-Squelettiques) a été mis en évidence à plusieurs reprises. On note également des troubles du sommeil pour quelques praticiens.

Les praticiens qui trouvent leur métier routinier pensent que cela influe sur leur santé. Une baisse de motivation peut se manifester (« ma vie intéressante commence après le travail ») et certains trouvent leur métier trop sédentaire. La posture de travail est souvent mise en cause dans les douleurs physiques : « le fauteuil n'est pas du tout adapté à ma morphologie », « trop de postures contraignantes », « position de travail : douleurs cervicales et sciatique côté droit ».

Les professionnels remarquent une certaine « fatigue » : « psychologique » et « physique ». Ils affirment que la chirurgie dentaire est un « métier épuisant ».

D'autres parlent de déprime, de frustrations et nombreux sont ceux qui parlent du retentissement de leur vie privée et de leur difficulté à créer une barrière entre leur métier et leur vie familiale (« j'ai l'impression de continuer à soigner des dents toute la nuit », « relation perturbée avec les proches », « énervement et dispute stupide liée au travail », « même en dehors du travail, on pense à des cas traités »,...)

Dans les remarques laissées par les praticiens, certains évoquent le « stress » provoqué par le travail, d'autres sont même alertés par leurs médecins : « mon cardiologue m'a souvent dit qu'avec une vie professionnelle plus calme, ça irait mieux ».

Certains praticiens rappellent que les professionnels de santé sont soumis à l'exposition de produits chimiques (« monomères », « poussière », « gaz de mercure »).

4.5.1.1.2. Ressenti positif des chirurgiens dentistes sur leur santé

Le bien-être au travail existe également notamment par la satisfaction professionnelle « globalement satisfait d'avoir soulagé les patients », « mon travail me passionne, cela m'épanouit personnellement », « j'suis content », « j'ai toujours plaisir à être au fauteuil », « c'est dur mais aimer son métier rend la vie fort agréable », « travail riche mais complexe », « je suis dans mon travail comme un

poisson dans l'eau », « une vie professionnelle équilibrée », « le travail m'a souvent aidé dans des moments difficiles », « j'aime mon travail ».

4.5.2. Inquiétude, anxiété, angoisse

Dans le questionnaire, les chirurgiens dentistes étaient interrogés sur leur inquiétude, anxiété et angoisse ressenties à partir de trois questions indépendantes. Les figures ci-dessous représentent la réponse des praticiens à chacun de ces niveaux. Certains ayant répondu par l'affirmative à plusieurs questions. Ainsi certains répondent se sentir inquiets, anxieux et angoissés. Nous avons traité les trois questions de façon indépendante et les pourcentages ne correspondent pas à des scores cumulés. 37,7% des chirurgiens dentistes se sentent inquiets (37,7% ; I.C. à 95% [34,1 ; 41,3]) (Figure 55), presque la moitié anxieuse (43,5% ; I.C. à 95% [39,8 ; 47,2]) (Figure 56) et 20% se sentent angoissés (21,7% ; I.C. à 95% [18,6 ; 24,7]) (Figure 57).

La Figure 58 et la Figure 59 soulignent les liens statistiquement significatifs avec les praticiens, respectivement, inquiets, anxieux et angoissés.

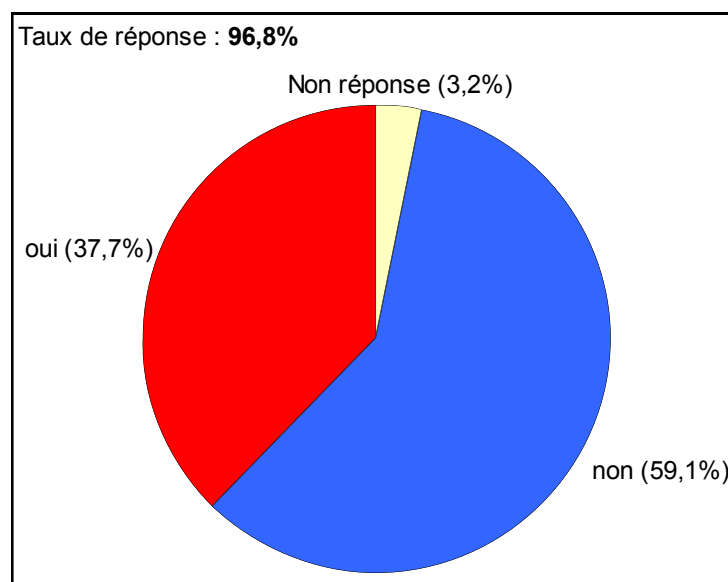


Figure 55 : Réponse à la question "Vous estimez-vous inquiet ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

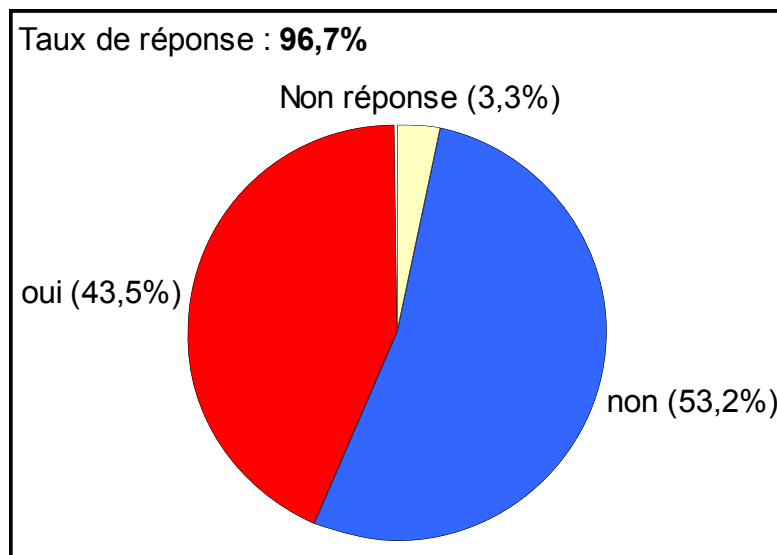


Figure 56 : Réponse à la question "Vous estimez-vous anxieux ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

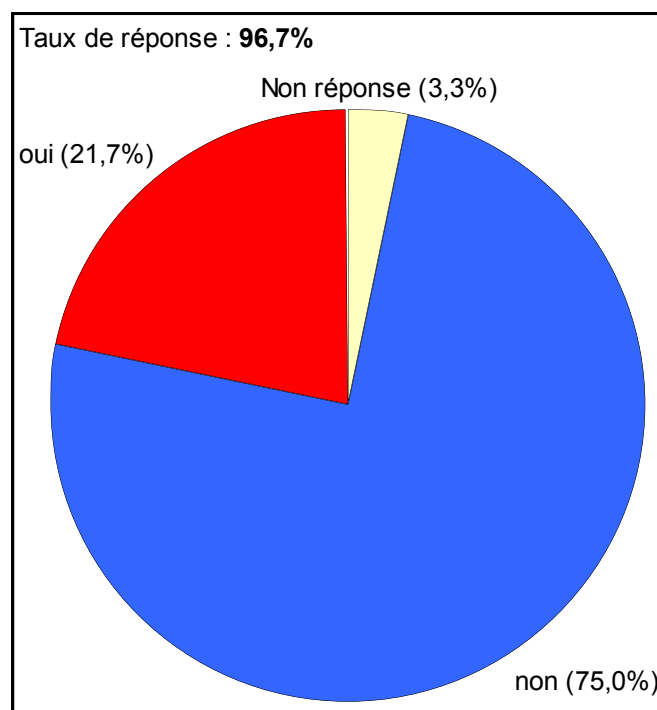


Figure 57 : Réponse à la question "Vous estimez-vous angoissé ?" de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

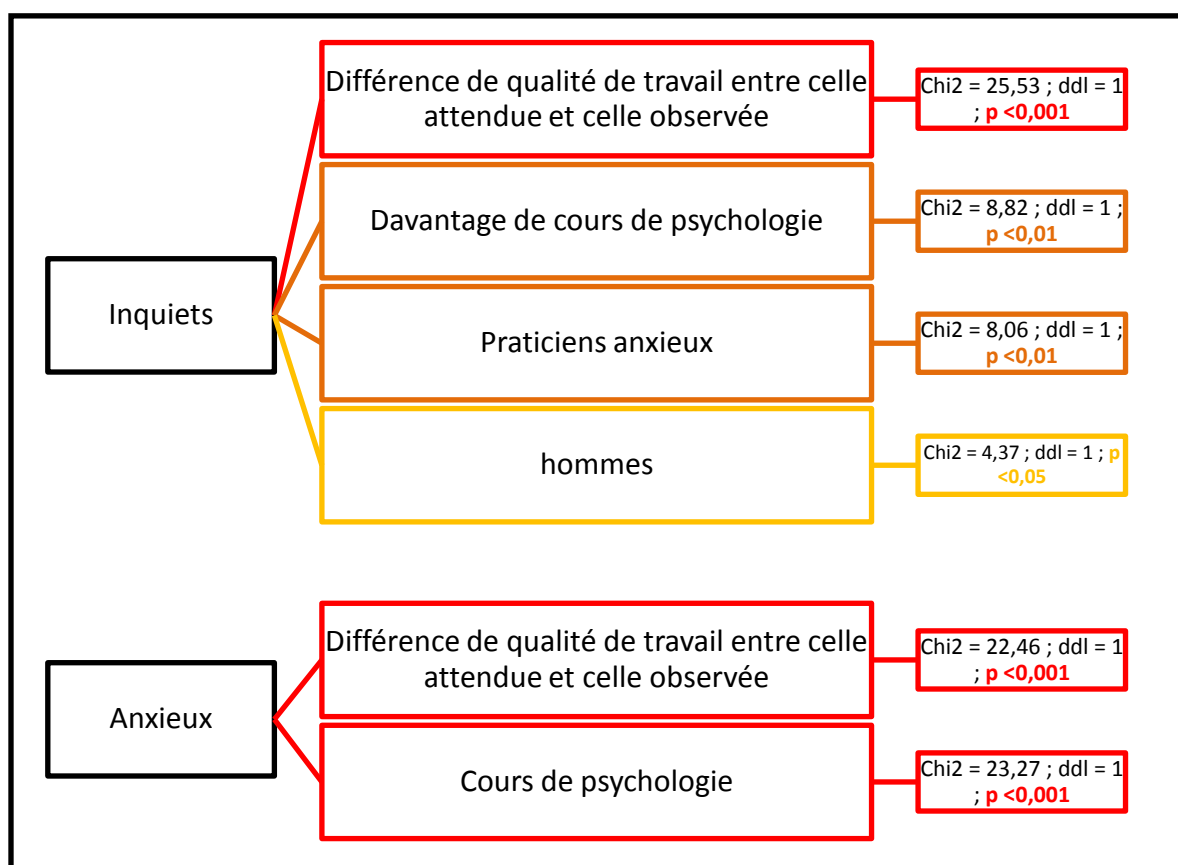


Figure 58 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens inquiets, anxieux et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.5.2.1. Les chirurgiens dentistes inquiets ou anxieux

Les praticiens qui jugent leur travail routinier ($\chi^2 = 6,30$; $ddl = 1$; $p < 0,05$), qui ont des problèmes relationnels avec leurs patients ($\chi^2 = 17,40$; $ddl = 1$; $p < 0,001$), avec leur famille dus à leur profession ($\chi^2 = 37,58$; $ddl = 1$; $p < 0,001$), avec la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 13,02$; $ddl = 1$; $p < 0,001$), les chirurgiens dentistes qui ont des difficultés financières ($\chi^2 = 14,91$; $ddl = 1$; $p < 0,001$) et enfin ceux qui ne jugent pas leur état de santé comme bon ($\chi^2 = 20,30$; $ddl = 1$; $p < 0,001$) sont plus souvent inquiets que les autres.

Les chirurgiens dentistes qui trouvent leur métier routinier ($\chi^2 = 10,37$; $ddl = 1$; $p < 0,001$), ceux qui ont des problèmes avec leur assistant(e) ($\chi^2 = 10,74$; $ddl =$

1; $p < 0,001$), avec les patients ($\chi^2 = 14,52$; ddl = 1; $p < 0,001$), avec la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 3,85$; ddl = 1; $p < 0,05$), ceux qui ont des perturbations de leur vie familiale dues à leur profession ($\chi^2 = 71,28$; ddl = 1; $p < 0,001$), les praticiens qui ont des difficultés financières ($\chi^2 = 13,31$; ddl = 1; $p < 0,001$), qui jugent ne pas avoir un bon état de santé ($\chi^2 = 44,18$; ddl = 1; $p < 0,001$) sont plus fréquemment anxieux.

4.5.2.2. Les chirurgiens dentistes pas inquiets ou pas anxieux

Les chirurgiens dentistes qui ne jugent pas leurs charges de gestion trop lourdes ($\chi^2 = 17,26$; ddl = 1; $p < 0,001$) et ceux qui considèrent que leurs études les ont bien préparé à la réalité de leur profession ($\chi^2 = 8,82$; ddl = 1; $p < 0,01$) se sentent moins souvent inquiets que les autres praticiens.

Les spécialistes temps plein, les enseignants ($\chi^2 = 11,44$; ddl = 5; $p < 0,05$), les praticiens qui estiment ne pas avoir de charges de gestion trop lourdes ($\chi^2 = 12,08$; ddl = 1; $p < 0,001$), ceux qui ne voient pas de différence entre la qualité de travail souhaitée et celle obtenue ($\chi^2 = 22,46$; ddl = 1; $p < 0,001$), les chirurgiens dentistes qui estiment que leur études les ont préparé à la réalité professionnelle ($\chi^2 = 22,61$; ddl = 1; $p < 0,001$), ceux qui pensent avoir eu suffisamment des cours de gestion ($\chi^2 = 4,71$; ddl = 1; $p < 0,05$) sont moins souvent anxieux que les autres.

4.5.2.3. Les chirurgiens dentistes angoissés

Les chirurgiens dentistes qui n'ont pas d'enfant ($\chi^2 = 6,65$; ddl = 1; $p < 0,01$), qui sont stressés par les patients anxieux, par les soins inadéquats, par les contrôles de la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 35,97$; ddl = 10; $p < 0,001$), ceux qui jugent leur travail routinier ($\chi^2 = 10,20$; ddl = 1; $p < 0,001$), ainsi que les praticiens qui ont des problèmes relationnels avec leur prothésiste ($\chi^2 = 4,90$; ddl = 1; $p < 0,05$), la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 8,07$; ddl = 1; $p < 0,01$), les chirurgiens dentistes qui ont des difficultés financières ($\chi^2 = 14,53$; ddl = 1; $p < 0,001$), diagnostiques ($\chi^2 = 7,84$; ddl = 1; $p < 0,01$), et enfin ceux qui ne jugent pas avoir un bon état de santé ($\chi^2 =$

30,22 ; ddl = 1 ; $p < 0,001$) se sentent plus souvent angoissés que les autres praticiens.

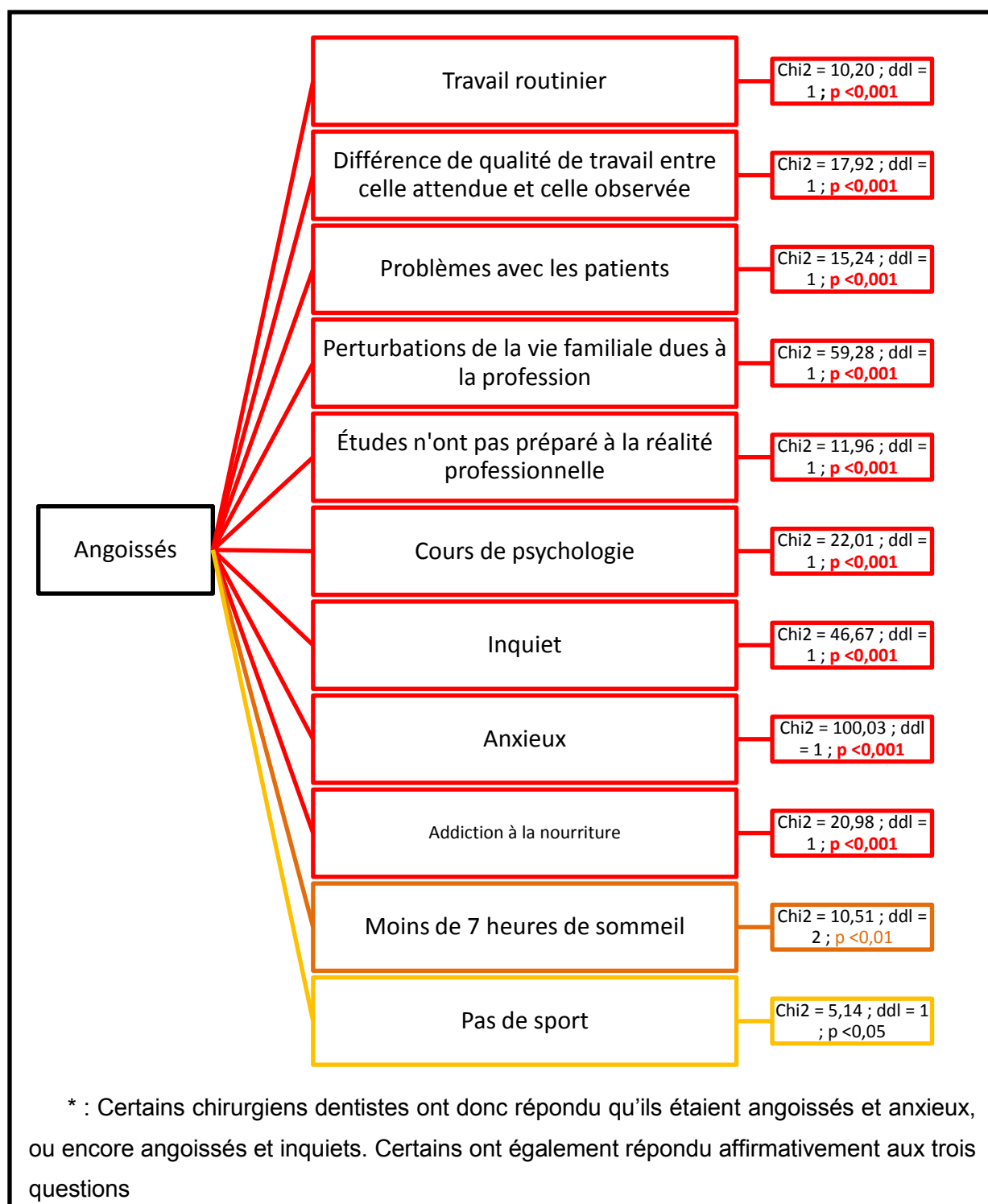


Figure 59 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens angoissés et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.5.3. Surmenage

Peu de chirurgiens dentistes se sont déjà arrêtés pour surmenage (7,9% ; I.C. à 95% [5,9 ; 10,0]).

La Figure 60 nous montre quelles différences statistiquement significatives existent pour les praticiens qui se sont déjà arrêtés pour surmenage.

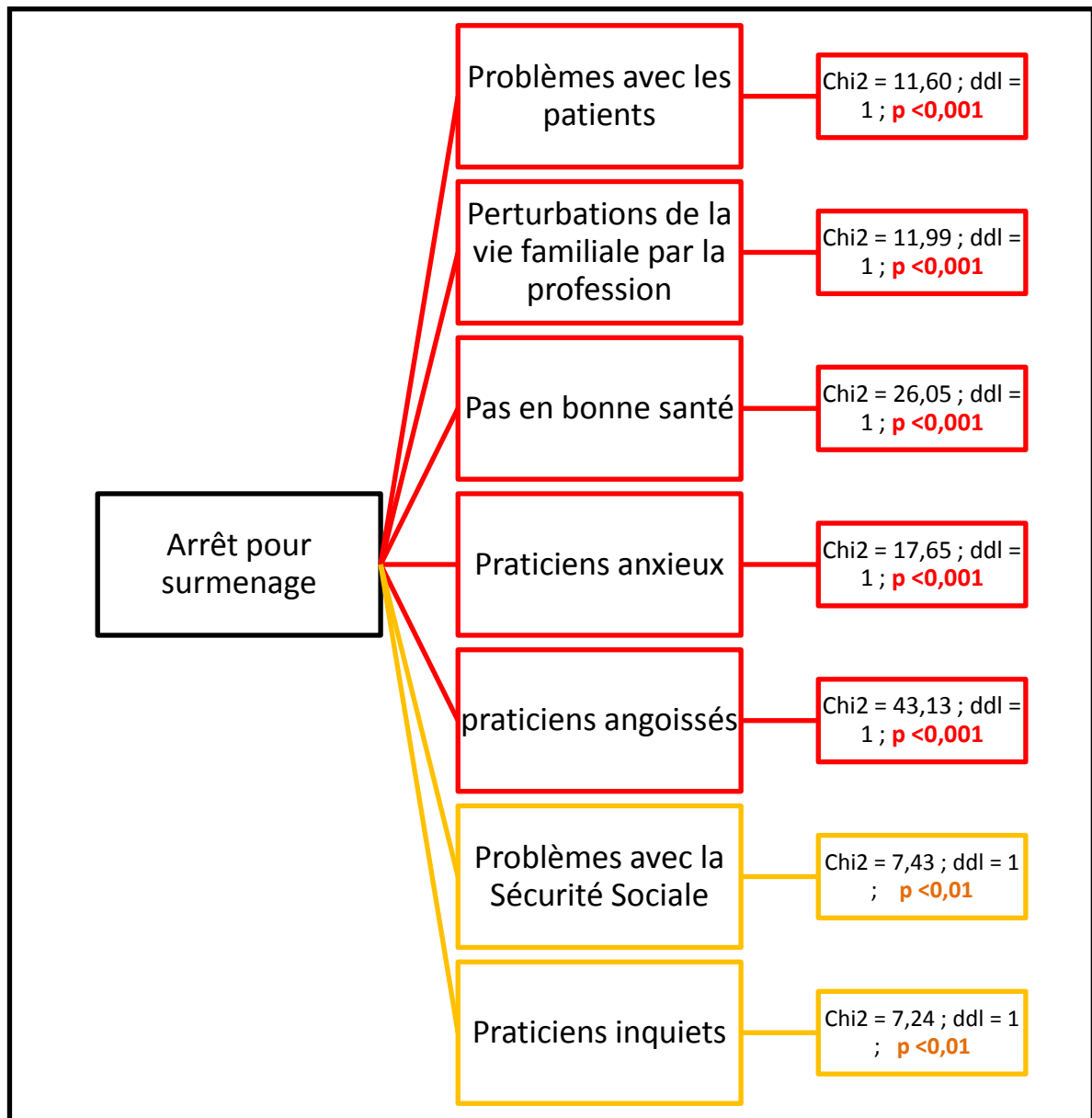


Figure 60 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens déjà arrêté pour surmenage et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes relationnels avec leur prothésistes se sont déjà arrêtés plus fréquemment que les autres praticiens pour surmenage ($\chi^2 = 7,39$; ddl = 1 ; $p < 0,01$)

Pour se relâcher certains n'ont pas d'autres moyens que l'« arrêt de travail ». Certains aimeraient pouvoir s'arrêter mais ne se le permettent pas « pas arrêté pour surmenage car impossible financièrement », « impossible de s'arrêter pour surmenage ».

4.5.4. Qualité du sommeil

La médiane de durée du sommeil par nuit des chirurgiens dentistes est de 7 heures. La moitié des praticiens dorment entre 6,5 et 8 heures par nuit (Figure 61).

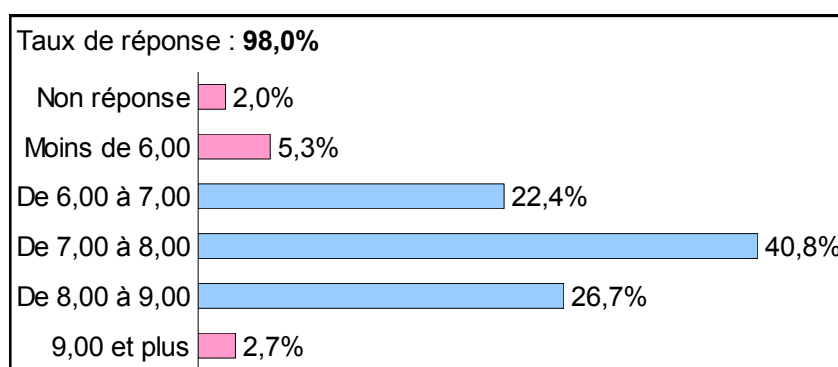


Figure 61 : Répartition de 692 praticiens de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 selon leur durée de sommeil par nuit, en heures

La Figure 62 montre les liens statistiquement significatifs pour les praticiens qui dorment le moins et ceux qui dorment le plus.

La majorité des praticiens ont répondu à la question ouverte sur leur qualité de sommeil (89%). Parmi les chirurgiens dentistes interrogés, un peu moins de la moitié (45,2 %) disent avoir un bon sommeil et rares sont ceux qui disent avoir un réveil en forme (2,0%), un praticien sur quatre a un réveil fatigué (24,1%) et d'autres se réveillent plusieurs fois durant la nuit (25,4%). Certains chirurgiens dentistes ont un sommeil agité (11,0%), d'autres encore un endormissement difficile (10,2%). Moins de 5 % ont des cauchemars (3,4%), des céphalées au réveil (3,6%) ou des insomnies (1,7%).

Les praticiens qui considèrent ne pas être bien équipés ($\chi^2 = 7,80$; ddl = 2 ; $p < 0,05$), ceux qui ont des difficultés financières ($\chi^2 = 13,39$; ddl = 2 ; $p < 0,01$) et les chirurgiens dentistes qui pensent ne pas avoir un bon état de santé ($\chi^2 = 725,37$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) dorment moins que les autres (moins de 7 heures de sommeil).

Les chirurgiens dentistes qui estiment ne pas avoir de charges de gestion trop lourdes dorment plus que les autres (8 heures de sommeil ou plus) ($\chi^2 = 16,71$; ddl = 2 ; $p < 0,001$).

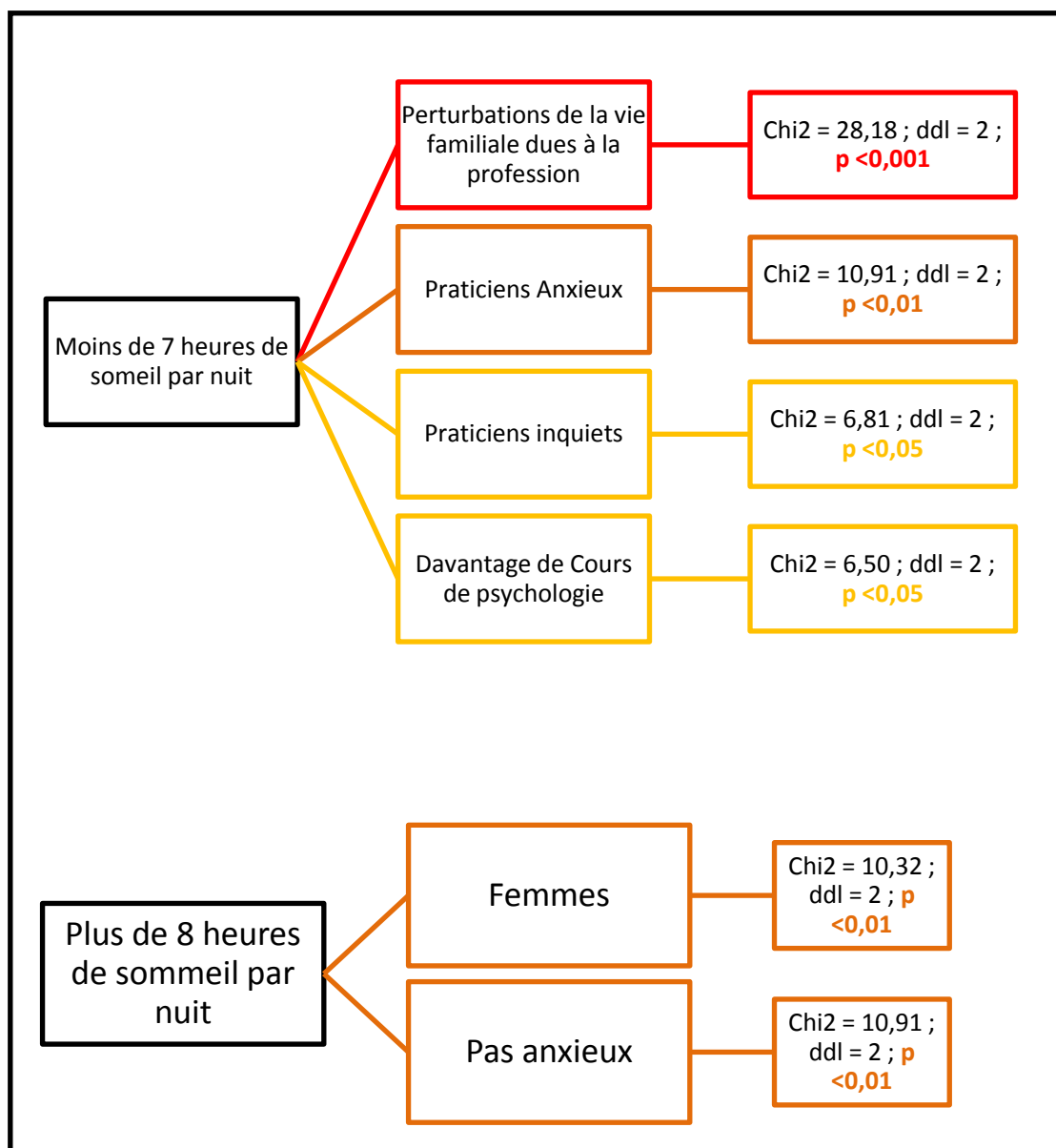


Figure 62 : Liens statistiquement significatifs entre la durée de sommeil des praticiens et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.5.5. Addictions et pensées suicidaires

Pour chasser leurs problèmes, 8,7% des praticiens ont recours à l'alcool (I.C. à 95% [6,6 ; 10,8]), 13,7% au tabac (I.C. à 95% [11,2 ; 16,3]), 7,5% à d'autres drogues ou stimulants (I.C. à 95% [5,6 ; 9,5]), 6,2% au sport intensif, plus de deux heures par jour (I.C. à 95% [4,4 ; 8,0]), 21,5% à la nourriture (I.C. à 95% [18,5 ; 24,6]), 3,6% aux jeux (I.C. à 95% [2,2 ; 5,0]). Il existe des liens statistiquement significatifs pour les différentes addictions : alcool (Figure 63), tabac (Figure 64), autres drogues et médicaments (Figure 65), sport intensif, nourriture (Figure 66), jeux (Figure 67).

Dans les remarques personnelles, les chirurgiens dentistes ont souligné l'utilisation d'alcool (« Un petit apéritif de temps en temps pour « remonter le moral »), de « tranquillisants », et de « somnifères occasionnellement ». Le « grignotage » est également un moyen pour les chirurgiens dentistes de lutter contre le stress. Le mot « burnout » a été utilisé par quelques praticiens pour définir leur santé.

Les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes avec la Sécurité Sociale utilisent plus fréquemment l'alcool pour chasser leurs problèmes que les autres ($\chi^2 = 4,49$; ddl = 1 ; $p < 0,05$).

Les praticiens qui considèrent ne pas être bien équipés chassent plus souvent leurs problèmes que les autres à l'aide du tabac ($\chi^2 = 10,50$; ddl = 1 ; $p < 0,001$).

Les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes avec leur assistante ($\chi^2 = 4,90$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 16,72$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), les praticiens qui ont des difficultés diagnostiques ($\chi^2 = 4,81$; ddl = 1 ; $p < 0,05$) ou financières ($\chi^2 = 9,15$; ddl = 1 ; $p < 0,01$), ceux qui ne pensent pas être bien équipés ($\chi^2 = 4,75$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), ceux qui pensent ne pas être en bonne santé ($\chi^2 = 17,04$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), les praticiens qui se sont déjà arrêté pour surmenage ($\chi^2 = 8,73$; ddl = 1 ; $p < 0,01$) utilisent plus souvent la nourriture pour chasser leurs problèmes.

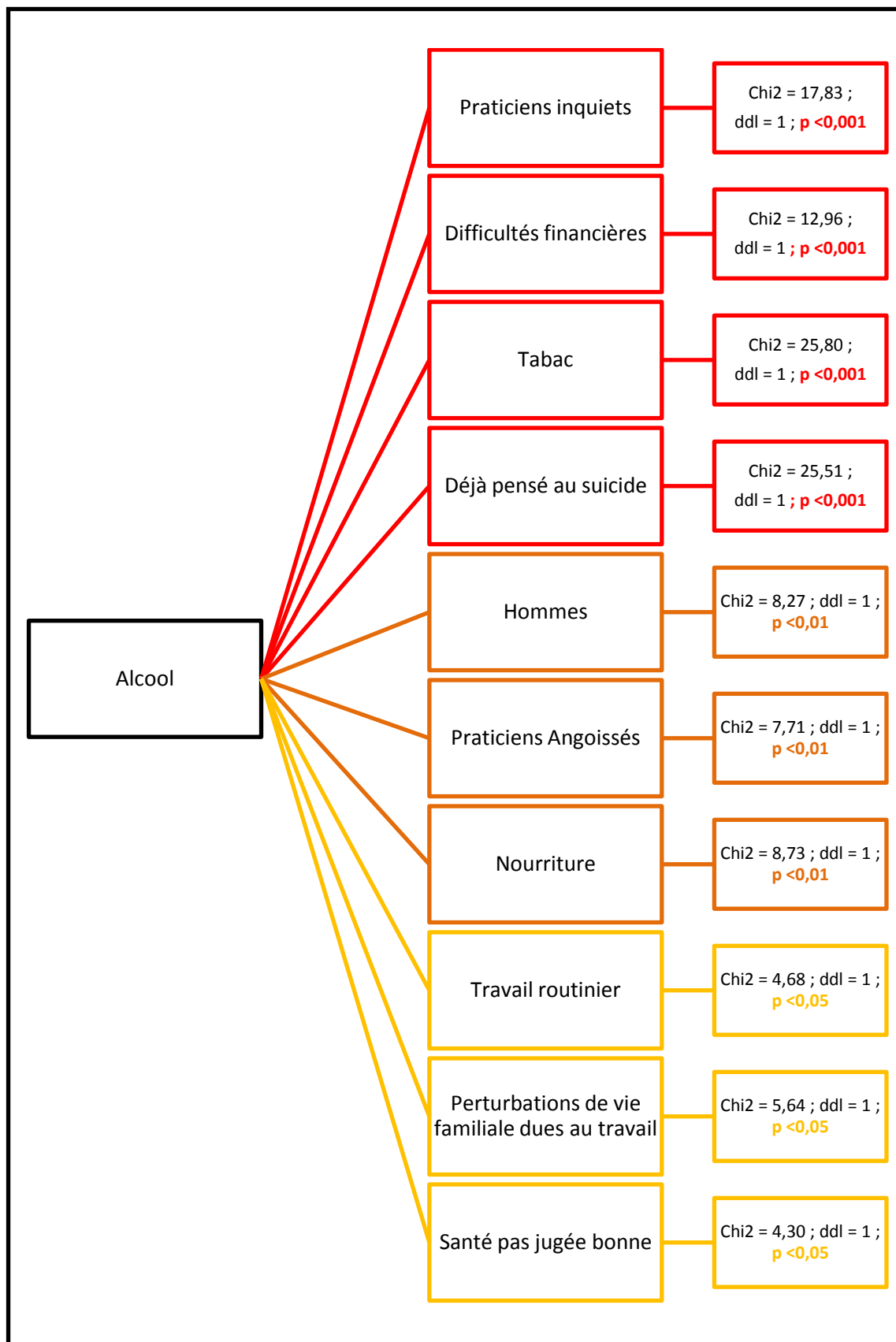


Figure 63 : Liens statistiquement significatifs entre la prise d'alcool «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

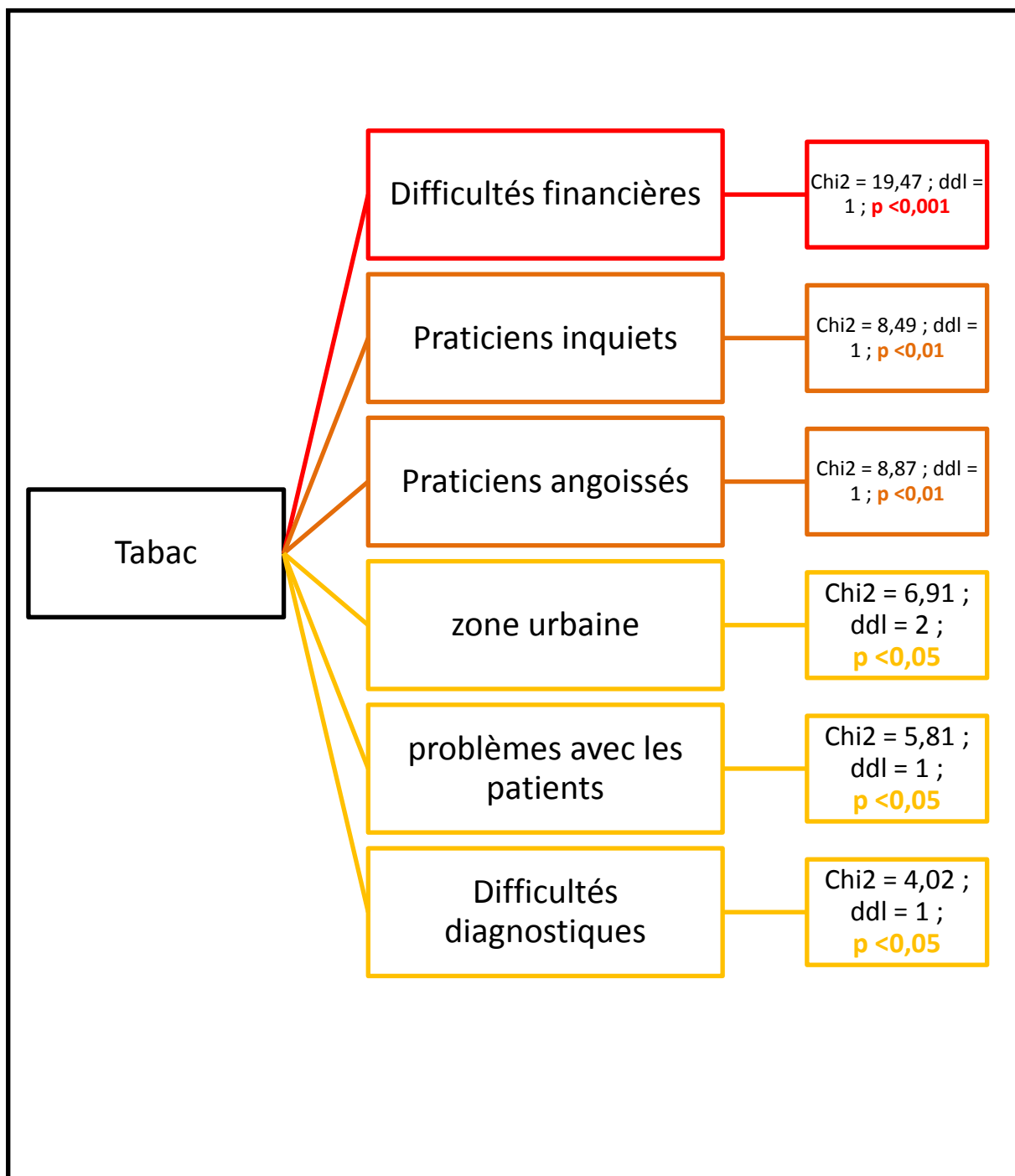


Figure 64 : Liens statistiquement significatifs entre la consommation de tabac «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

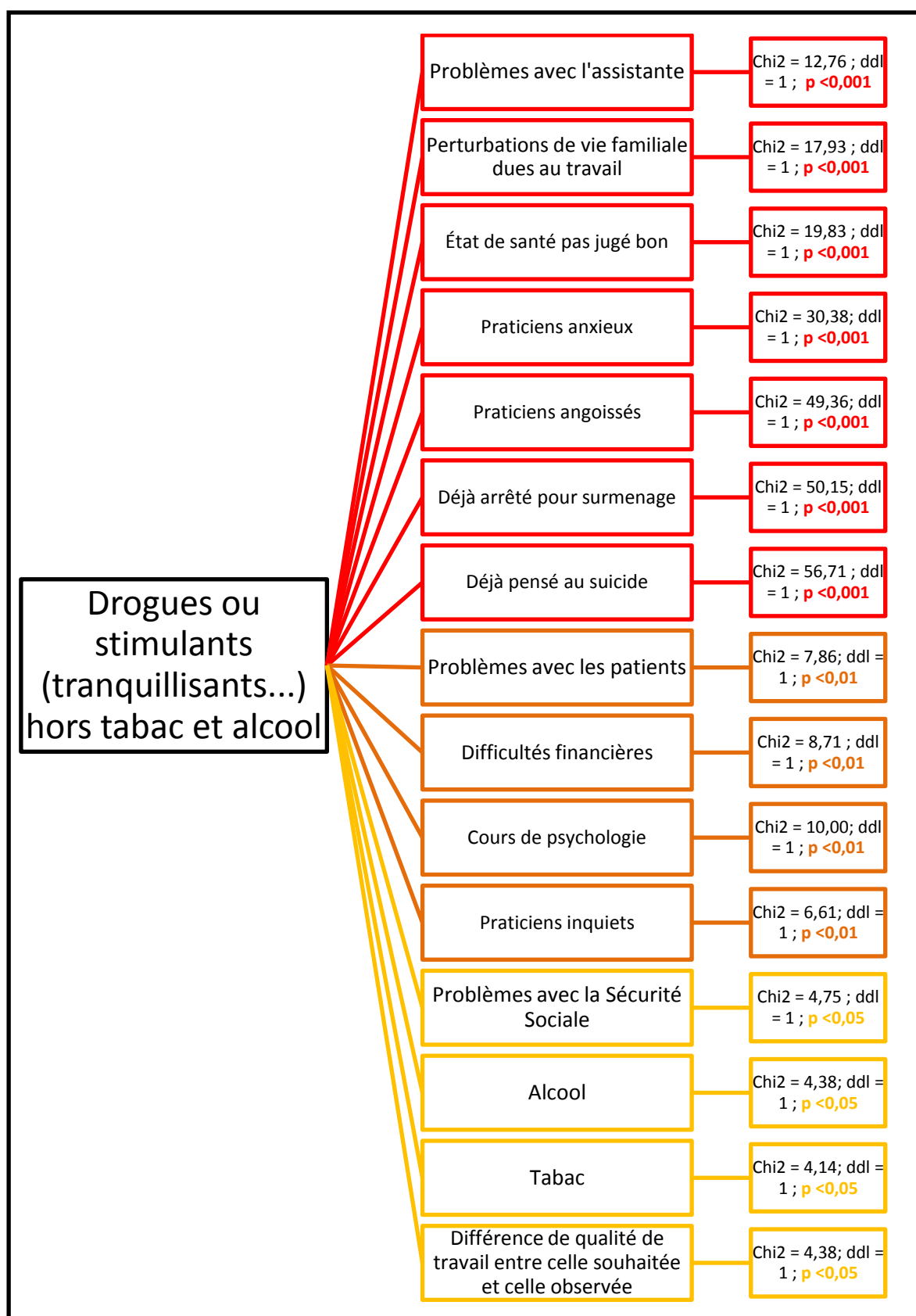


Figure 65 : Liens statistiquement significatifs entre la consommation de drogues (sauf alcool et tabac) ou stimulants pour chasser ses problèmes et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

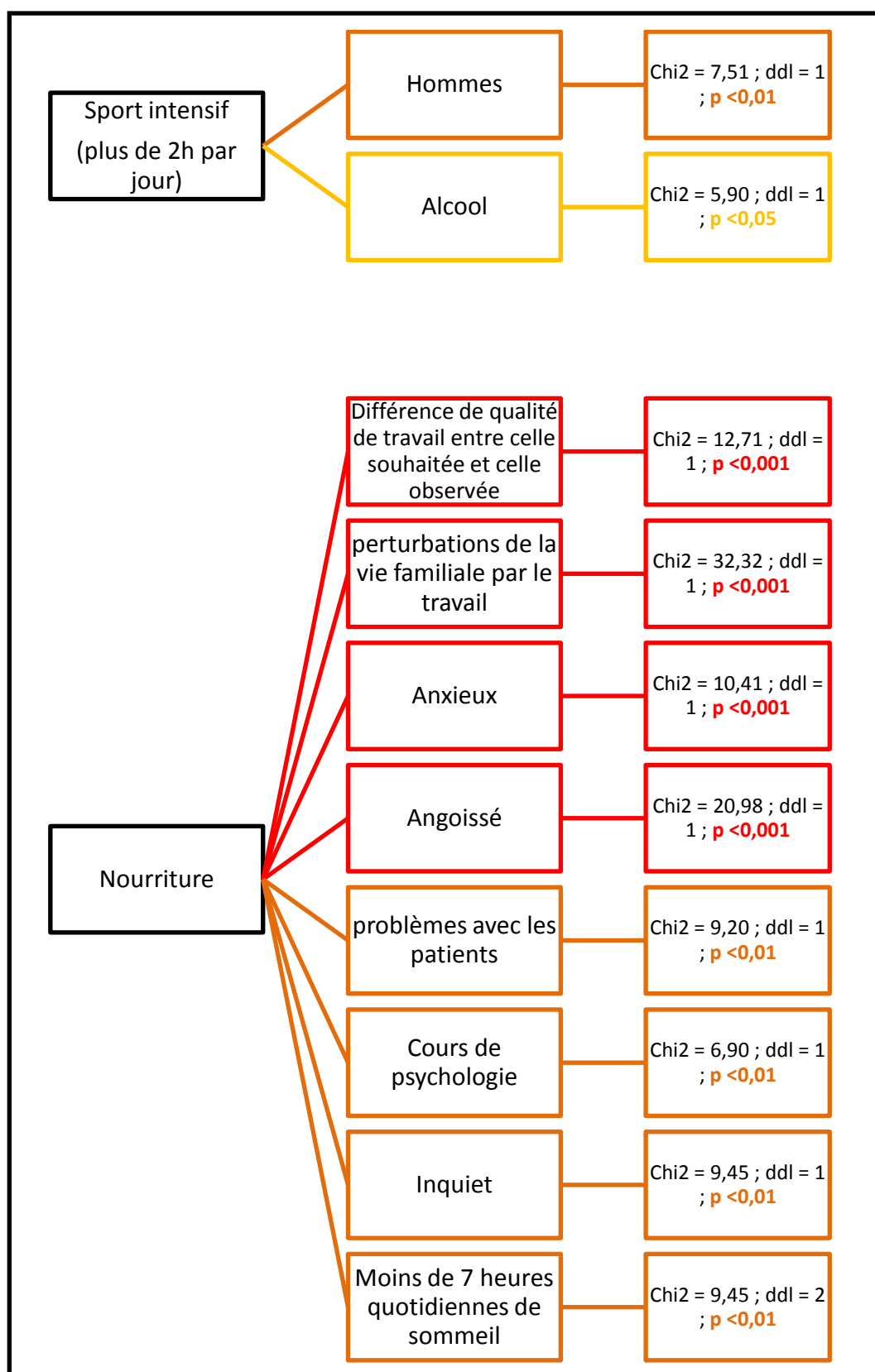


Figure 66 : Liens statistiquement significatifs entre la pratique de sport intensif ou la prise de nourriture «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

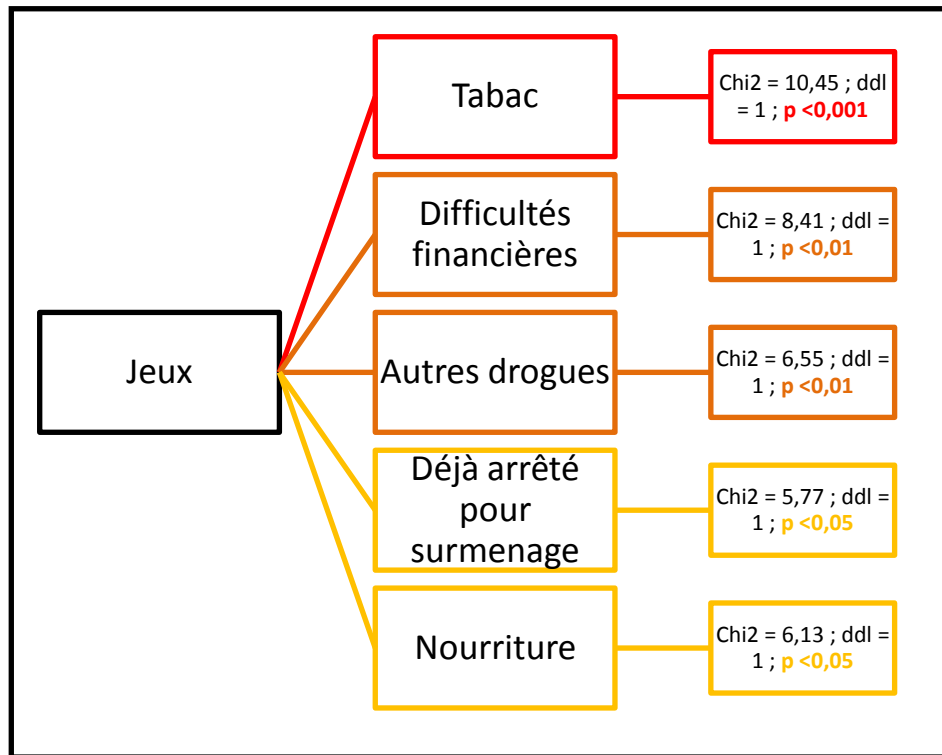


Figure 67 : Liens statistiquement significatifs entre la pratique de jeux «pour chasser ses problèmes» et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Parmi les praticiens ayant répondu, 13% déclarent avoir déjà songé au suicide (I.C. à 95% [10,5 ; 15,5]).

Il existe un lien statistiquement significatif entre les praticiens qui ont déjà pensé au suicide et de nombreuses variables décrite dans la Figure 68.

Les pensées suicidaires sont plus fréquentes parmi les chirurgiens dentistes qui sont stressés par le soins inadéquats ($\chi^2 = 22,70$; ddl = 10 ; $p < 0,05$), qui ont des problèmes avec la Sécurité Sociale ($\chi^2 = 12,64$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) ou qui sont stressés par ses contrôles ($\chi^2 = 22,70$; ddl = 10 ; $p < 0,05$), parmi les praticiens qui ont des problèmes relationnels avec leur prothésistes ($\chi^2 = 13,10$; ddl = 1 ; $p < 0,001$), , parmi ceux qui considèrent ne pas être bien équipés ($\chi^2 = 9,98$; ddl = 1 ; $p < 0,01$) et ceux qui se sont déjà arrêtés pour surmenage ($\chi^2 = 44,89$; ddl = 1 ; $p < 0,001$).

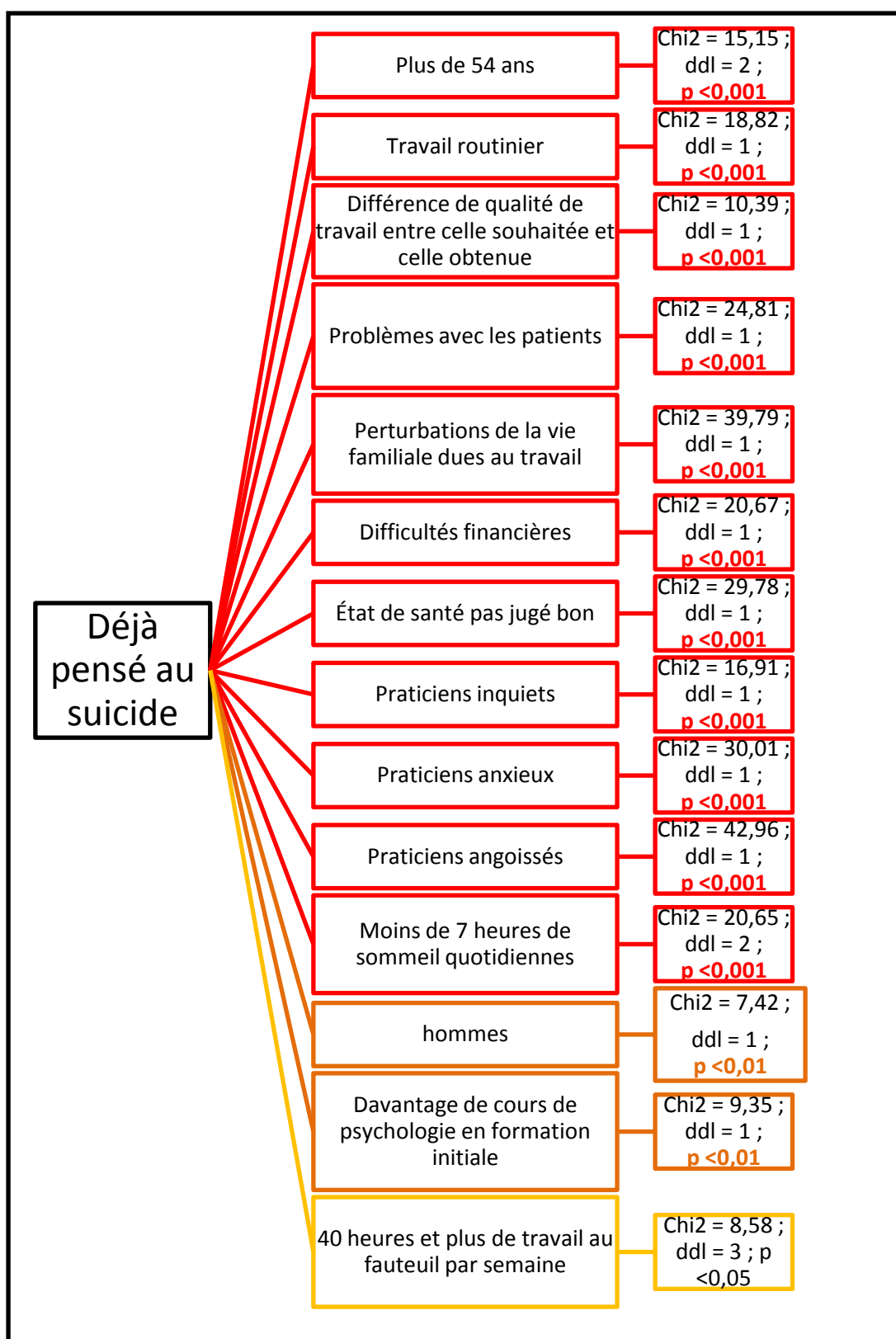


Figure 68 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ont déjà pensé au suicide et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Dans les remarques personnelles, des chirurgiens dentistes ont précisé qu'ils ont fait des « tentatives de suicide mais pas pour des raisons professionnelles ». De nombreux chirurgiens dentistes révèlent des troubles psychologiques tels que de l'anxiété, de l'angoisse certains parlant même de tendance suicidaire (« je me demande à quoi ça sert de vivre », « j'ai pensé au suicide et sérieusement »).

4.6. Les loisirs

4.6.1. Sports

Trois quarts des chirurgiens dentistes font du sport (74,1% ; I.C. à 95% [70,9 ; 77,4]).

Savoir « relativiser » est important et le sport fait partie de la vie hebdomadaire des professionnels de santé : « le sport permet d'éliminer les pressions », « pratique régulière de sport non intensif », « je fais de plus en plus de golf ».

Les praticiens qui ne font pas de sport voient plus souvent que les autres une différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue ($\chi^2 = 6,31$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), ont plus fréquemment des perturbations de leur vie familiale par leur profession ($\chi^2 = 19,13$; ddl = 1 ; $p < 0,001$) et sont plus souvent anxieux ($\chi^2 = 9,62$; ddl = 10 ; $p < 0,01$).

Les chirurgiens dentistes de plus de 64 ans (3,3% des chirurgiens dentistes, I.C. à 95% [2,0% ; 4,7%]) sont ceux qui font le moins souvent du sport ($\chi^2 = 13,85$; ddl = 4 ; $p < 0,01$) à l'inverse des 45-54 ans, classe la plus importante de la profession, qui ont une activité sportive plus fréquente que les autres praticiens ($\chi^2 = 13,85$; ddl = 4 ; $p < 0,01$).

Les praticiens qui travaillent plus de 40 heures, les fumeurs ($\chi^2 = 5,02$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), et les chirurgiens dentistes qui ont déjà eu des pensées suicidaires ($\chi^2 = 7,84$; ddl = 1 ; $p < 0,01$) sont ceux qui font le moins souvent de sport.

4.6.2. Musique

La grande majorité des chirurgiens dentistes aiment la musique (88,6% ; I.C. à 95% [86,2 ; 91,0]) mais la moitié seulement en écoutent souvent (53% ; I.C. à 95%

[49,3 ; 56,8], Figure 69). Les chirurgiens dentistes qui jugent ne pas être en bonne santé pensent ne pas écouter assez souvent de musique ($\chi^2 = 14,71$; ddl = 2 ; $p < 0,001$).

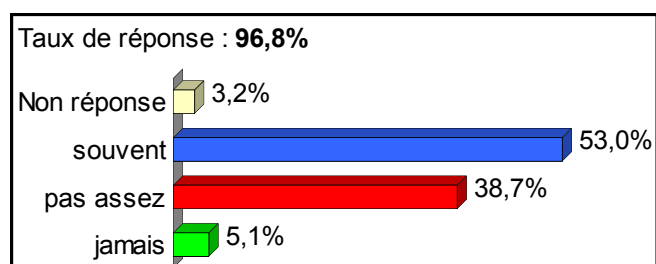


Figure 69 : Réponse à la question : "Écoutez-vous de la musique ? " : de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

Un cinquième des praticiens jouent d'un instrument (19,2% ; I.C. à 95% [16,3 ; 22,2]). Parmi les 134 praticiens qui ont répondu, plus de la moitié joue du piano (54,5%), un quart joue de la guitare (23,9%), le saxophone, le chant et la flûte traversière viennent ensuite. 18,7% jouent d'un autre instrument.

Les plus jeunes praticiens, âgés de moins de 34 ans, jouent plus souvent d'un instrument ($\chi^2 = 8,86$; ddl = 3 ; $p < 0,05$).

4.6.3. Activités extra-professionnelles

La majorité des praticiens (80,3% ; [77,4 ; 83,3]) ont au moins une activité qui les sortent du milieu professionnel.

Les chirurgiens dentistes qui n'ont pas d'activités extra-professionnelles jugent plus fréquemment avoir un travail routinier ($\chi^2 = 6,15$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), ont plus souvent des perturbations de leur vie familiale par leur profession ($\chi^2 = 6,44$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), et sont plus souvent angoissés ($\chi^2 = 4,81$; ddl = 1 ; $p < 0,05$).

Questionnés sur leurs loisirs, 62,7 % des chirurgiens dentistes ont répondu. Parmi eux la moitié (50,6%) fait du sport. Les sports les plus cités sont par ordre décroissant : vélo, golf, footing, ski, tennis et danse. Le quart des répondants (27,5%) a des loisirs pour se sortir du monde professionnel tels que (ordre décroissant) : les jeux, la photographie et la chasse ainsi que les arts culinaires (l'œnologie et la gastronomie). Les sorties sont également importantes en particulier le cinéma et les

concerts (23,8%). Le jardinage et le bricolage tiennent une place importante dans les activités hors professionnelles (17,2%). Se cultiver fait partie des mœurs du chirurgien dentiste (15,8%), principalement par la lecture. La famille, notamment les enfants, occupent le temps libre des chirurgiens dentistes (14,6%). Le chirurgien dentiste est un citoyen plutôt engagé au niveau associatif et politique (13%). Partir en voyages et en vacances fait partie également des activités non professionnelles du praticien. Les amis permettent de s'évader également (11,7%). La marche à pied, de la simple promenade aux randonnées, est un loisir assez fréquent des praticiens (10,5%). Les arts, en particulier la peinture et jouer d'un instrument, est un plaisir pour 9,4% des chirurgiens dentistes. Et 3,4% des praticiens n'ont pas d'autres loisirs que d'autres activités professionnelles, supplémentaires à leur profession.

Pour les chirurgiens dentistes interrogés, des activités comme les cures thermales, internet, la religion, la lecture et la musique sont des moyens de garder une bonne santé.

Les praticiens exerçant plus de 50 heures ($\chi^2 = 12,53$; ddl = 5 ; $p < 0,05$) au fauteuil par semaine, ceux qui considèrent ne pas être bien équipés ($\chi^2 = 4,54$; ddl = 1 ; $p < 0,05$), les fumeurs ($\chi^2 = 6,26$; ddl = 1 ; $p < 0,05$) et les chirurgiens dentistes ayant des pensées suicidaires ($\chi^2 = 3,99$; ddl = 1 ; $p < 0,05$) ont le moins souvent des activités extra-professionnelles.

4.6.4. Les vacances

Les chirurgiens dentistes prennent le plus fréquemment 5 à 7 semaines de vacances par an (40,9% ; [37,2 ; 47,6], Figure 70).

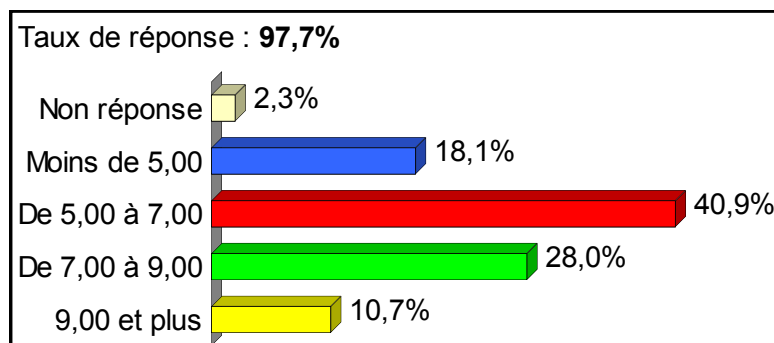


Figure 70 : Répartition de 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine selon leur nombre de semaines de vacances prises par an.

On remarque des différences statistiquement significatives selon la durée des vacances et certaines variables (Figure 71).

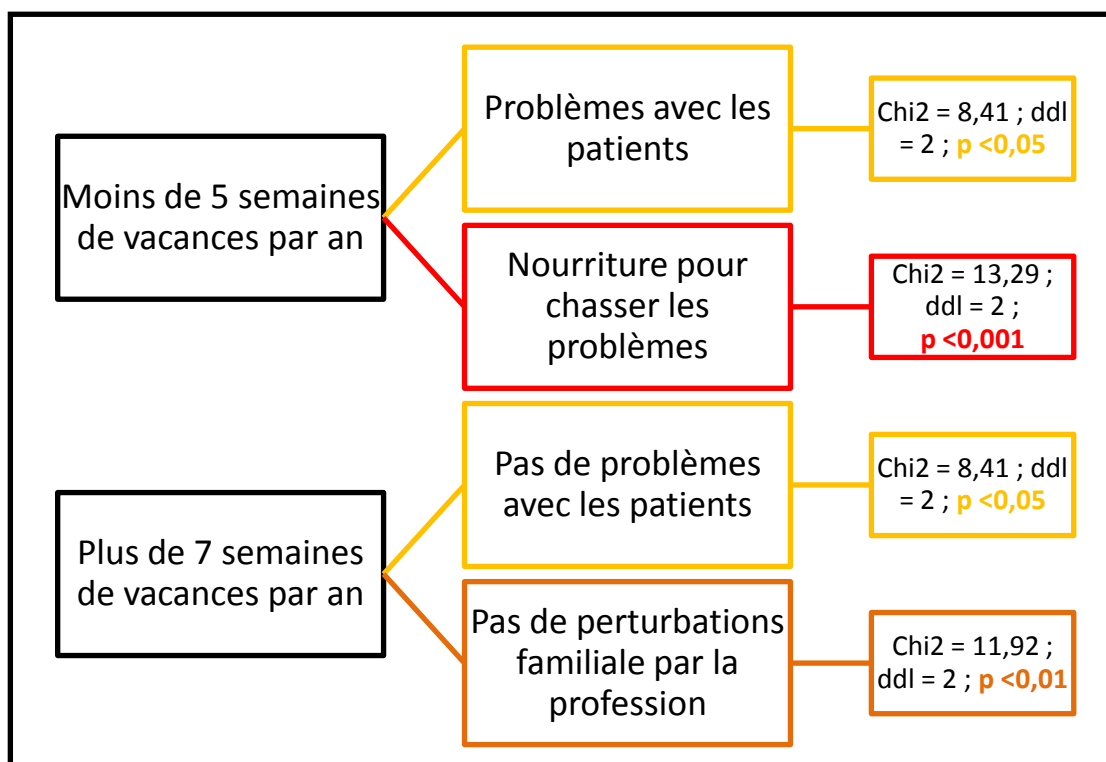


Figure 71 : Liens statistiquement significatifs entre le nombre de vacances et d'autres variables psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

La majorité des praticiens (81,1%) ont répondu sur leur rythme de vacances. Un peu plus d'un quart prend des vacances calquées sur les vacances scolaires (26,9%) : tous les deux mois. Une autre partie des répondants (23,0%) ont des vacances réparties sur l'année : « réparties sur l'année, fragmentées », « week-end prolongés », « toutes les 6-7 semaines de travail », « 4 en été, le reste réparti », « 2 fois par mois », ... L'été a une place prépondérante dans le nombre de semaines de vacances. D'autres répartitions sont citées, 15,8% prennent des vacances par saison, 12,6% par trimestre et 8,7% rajoutent une semaine de ski à la répartition saisonnière.

Beaucoup de praticiens rappellent que les vacances permettent de récupérer du stress professionnel : « besoin de vacances », « pas assez de vacances », « il faut s'imposer des périodes de repos plus fréquentes ».

Les chirurgiens dentistes sans enfants prennent moins souvent des vacances que les autres praticiens (moins de 5 semaines de vacances par an, $\chi^2 = 14,15$; ddl = 2 ; $p < 0,05$). Il en est de même pour les praticiens qui ont un exercice mixte (salarié et libéral, $\chi^2 = 17,49$; ddl = 8 ; $p < 0,05$), les chirurgiens dentistes qui travaillent sans assistance ($\chi^2 = 19,48$; ddl = 10 ; $p < 0,05$), les enseignants ($\chi^2 = 19,48$; ddl = 10 ; $p < 0,05$), les praticiens qui ont des problèmes relationnels avec leurs confrères ($\chi^2 = 6,13$; ddl = 2 ; $p < 0,05$), ceux qui considèrent être mal équipés ($\chi^2 = 17,69$; ddl = 2 ; $p < 0,001$) ainsi que ceux qui ont des difficultés financières ($\chi^2 = 28,30$; ddl = 2 ; $p < 0,001$) ou qui ont des idées suicidaires ($\chi^2 = 10,04$; ddl = 2 ; $p < 0,01$).

4.7. Hygiène de vie professionnelle

4.7.1. Formation continue

Rares sont les praticiens qui ne vont pas à des séminaires ou à des congrès (5,6% ; I.C. à 95% [3,9 ; 7,4]).

Il existe des liens statistiquement significatifs entre différentes variables et les praticiens qui ne vont pas aux congrès (Figure 72).

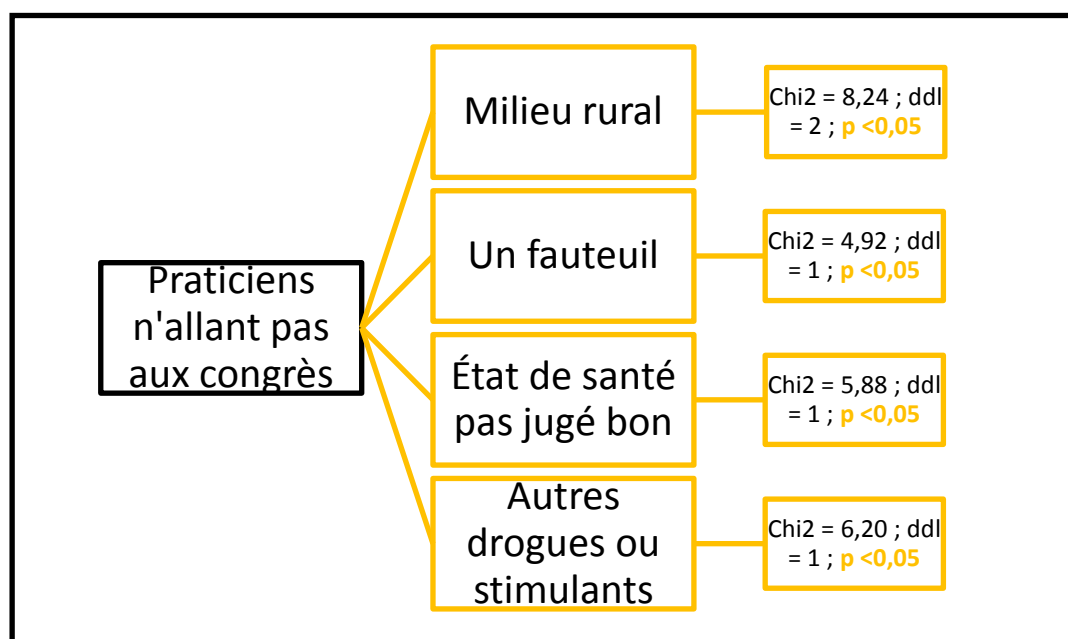


Figure 72 : Liens statistiquement significatifs entre les praticiens qui ne vont pas aux congrès, séminaires et différentes autres conditions psycho-sociales professionnelles chez 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

La formation est l'intérêt majeur des séminaires et des congrès pour les chirurgiens dentistes (Figure 73).

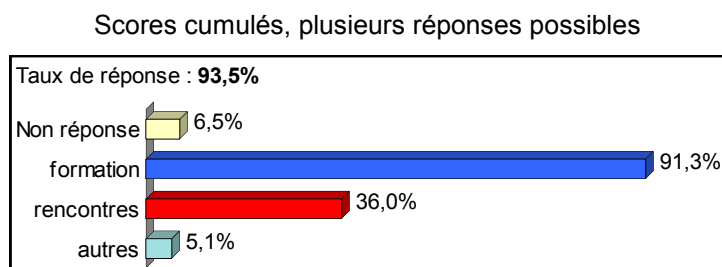


Figure 73 : Buts des congrès, des séminaires pour 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

4.7.2. Nomenclature de la Sécurité Sociale

Une très forte majorité de chirurgiens dentistes souhaitent une mise à jour de la nomenclature de la Sécurité Sociale (88,4% ; I.C. à 95% [86,1 ; 90,8]).

Nous pouvons montrer des liens significativement statistiques entre les praticiens ne souhaitant pas de mise à jour et différentes variables (Figure 74).

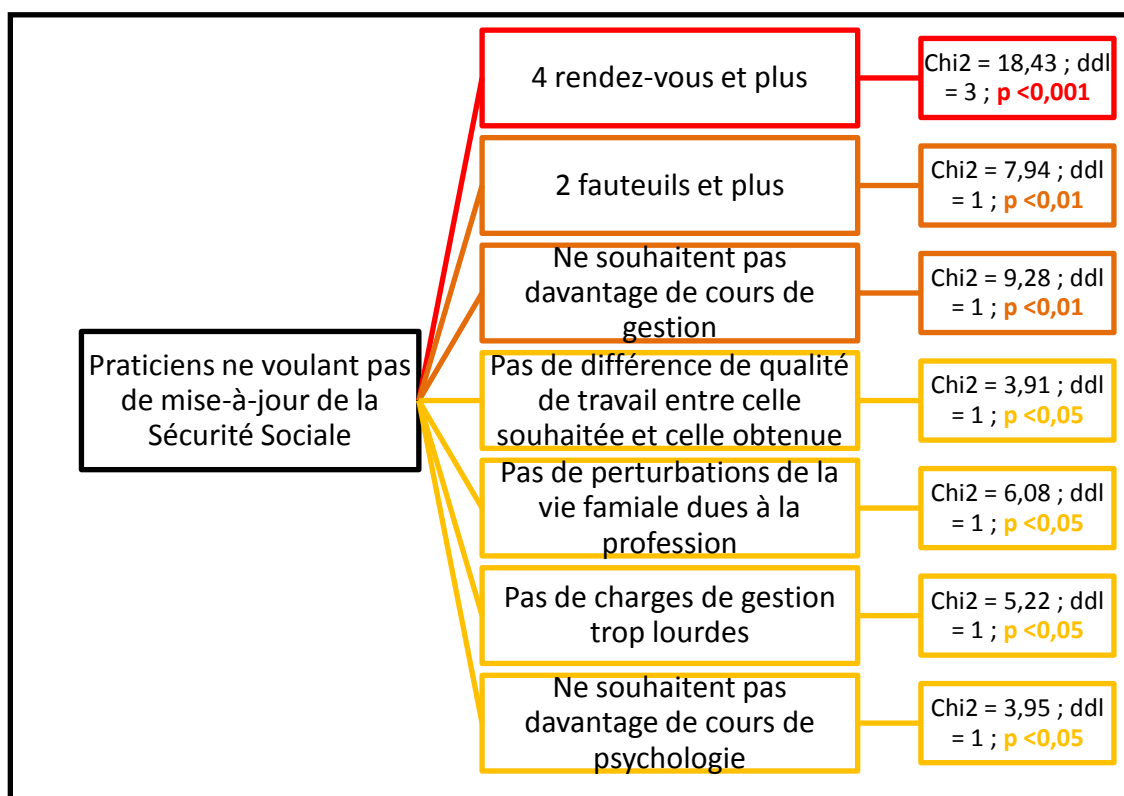


Figure 74 : Liens statistiquement significatifs entre les chirurgiens dentistes qui ne veulent pas de mise-à-jour de la Sécurité Sociale et différentes variables psychosociales parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

4.7.3. Les moyens disponibles pour améliorer les conditions de travail

Les chirurgiens dentistes sont très partagés sur les moyens pour améliorer leurs conditions de travail. Autant de praticiens les trouvent nombreux qu'insuffisants (Tableau 18).

Tableau 18 : Réponse à la question : "D'une façon générale, pensez-vous que les moyens disponibles pour améliorer vos conditions de travail sont nombreux, insuffisants, rares ?" de 692 chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011

	Effectifs	Pourcentage	I.C. à 95% (en %)
Non réponse	34	4,9	[3,3 ; 6,5]
Insuffisants	215	31,1	[27,6 ; 34,5]
Nombreux	209	30,2	[26,8 ; 33,6]
Je ne sais pas	131	18,9	[16,0 ; 21,8]
Rares	103	14,9	[12,2 ; 17,5]
Total	692	100,0	

I.C. : Intervalle de confiance

On retrouve une différence statistiquement significative entre les chirurgiens dentistes pensant que les moyens sont rares et ceux qui les trouvent nombreux (Figure 75).

Les chirurgiens dentistes sans enfants connaissent moins souvent les moyens pour améliorer leurs conditions de travail ($\chi^2 = 9,34$; ddl = 3 ; $p < 0,001$).

Les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes avec la Sécurité Sociale jugent plus fréquemment insuffisants les moyens pour améliorer leurs conditions de travail ($\chi^2 = 7,86$; ddl = 3 ; $p < 0,05$).

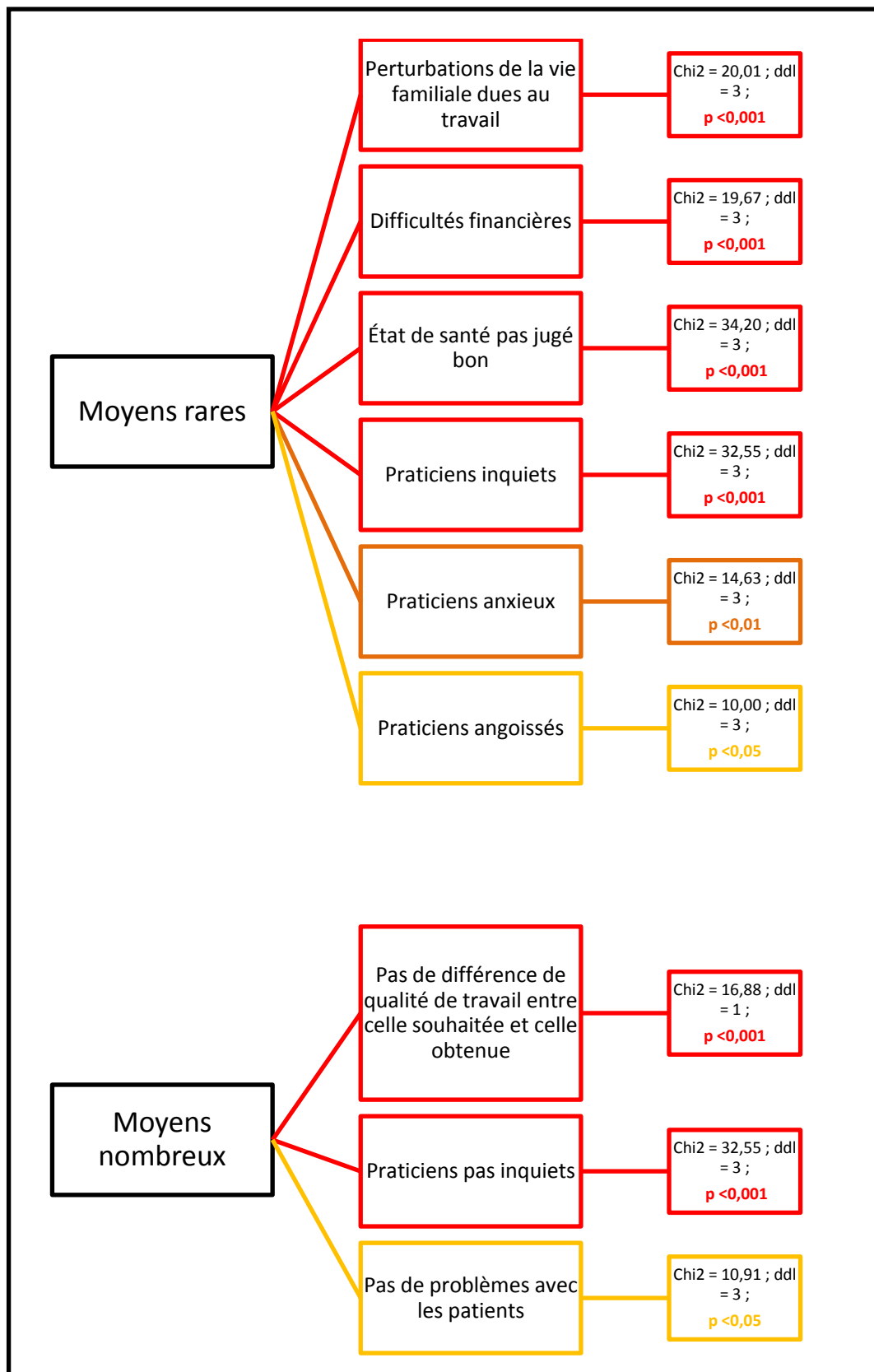


Figure 75 : Liens statistiquement significatifs entre le jugement du chirurgien dentiste sur le nombre de moyen mis en place pour améliorer ses conditions de travail et différentes variables psychosociales professionnelles parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011

Les chirurgiens dentistes qui ne jugent pas leurs charges de travail trop lourdes pensent plus souvent que les moyens pour améliorer leurs conditions de travail sont nombreux ($\chi^2 = 32,77$; ddl = 3 ; $p < 0,001$).

L'avenir de la profession est souvent évoqué et est source d'inquiétude pour de nombreux praticiens. Certains font la remarque que leurs enfants ne prennent pas le même chemin qu'eux « aucun des trois [enfants ; F.C.] n'a voulu suivre leurs parents... » Et d'autres sont heureux qu'ils ne deviennent pas chirurgiens dentistes : « J'aime mon travail mais du fait de tous ces inconvénients je n'ai jamais encouragé mes enfants à prendre la relève », « très content qu'aucun de mes enfants ne prennent ma suite! ».

4.8. Avenir et remarques

La majorité des chirurgiens dentistes ont répondu sur leur projection dans l'avenir (89,4%). La moitié des répondants sont inquiets (50,7%), 42,1% sont confiants.

4.8.1.1.1. Regards négatifs sur la profession

Les praticiens répondants parlent de la retraite (9,8%), ils pensent aux jeunes et sont inquiets pour eux (1,9%), certains font part de leur inquiétude face aux mutuelles et complémentaires (1,4%). Certains praticiens notent qu'ils sont incertains et attendent l'avenir et le prendront comme il vient.

Diverses difficultés du métier sont relevées : le fait d'être « employeurs-travailleurs », la difficulté « de se préserver aussi bien physiquement que mentalement », « gérer les patients », « un métier très difficile à tout point de vue », « communication très difficile avec les administrations (SS, URSSAF, CARCDSF,...), « difficulté de recruter des associés dans petite ville », « difficile de trouver un remplaçant », « difficile d'améliorer la qualité de vie », « difficile de diminuer le nombre d'heures de travail », « l'exercice en solo est vraiment très difficile »

Un des principes de l'étude était de poser des questions sur les facteurs de stress possibles du chirurgien dentiste sans jamais écrire le mot « stress ». Cependant ce terme est mis en évidence régulièrement dans les notes personnelles : « quand entre confrères, on parle du stress, on n'essaie même plus de trouver des

solutions ! », le métier « stresse », « travail très stressant » mais souvent la remarque est que le praticien se sent souvent plus stressé « par les à-côtés du cabinet que par les soins ». « Téléphone et paperasses diverses [...] Ras-le-bol ! ». Des moyens de prévention sont proposés comme « l'hypnose au cabinet (pédodontiste) », le « travail en salarié » qui « décharge du stress lié à l'administratif et aux charges », le travail en groupe offre pour certains une baisse de stress.

4.8.1.1.2. Regards positifs sur la profession

Des odontologistes rappellent que leur profession est « dans l'ensemble : que du bonheur ! », que « leur vie professionnelle est un bonheur ! ». Ainsi « nous exerçons un très beau et très bon métier ». Le métier amène une véritable « passion » : « la chirurgie dentaire reste pour moi une passion, mon métier me passionne et je n'ai jamais regretté mon choix, nous avons la chance d'avoir un travail passionnant ».

Certains praticiens font la remarque qu'il existe plusieurs manières de travailler dans notre profession comme en faisant « une prise en charge spécifique des patients en situation de handicap », ou en ayant une certaine patientèle : « je soigne essentiellement des patients CMU ».

4.8.2. La féminisation de la profession

Les remarques des praticiens prennent tout leur sens lorsque les chirurgiens dentistes soulèvent un point important dans le changement de notre profession sur la féminisation de la profession, peu abordée par les études. « Il faudrait une rubrique spéciale pour les femmes chirurgiens dentistes avec ce type de questions : À quel âge avez-vous eu votre premier enfant, avez-vous travaillé pendant votre grossesse, avez pris des congés parentaux. Après accouchement. Combien de mois avez-vous consacré à votre enfant après sa naissance avant de reprendre votre travail ? » En effet les femmes parlent souvent de leurs enfants, soit pour soulever les avantages de la profession à cet égard : « possibilité de prendre des congés quand on veut, possibilité d'accompagner les enfants à leurs sorties scolaires », soit, plus nombreuses, pour la difficulté de mener de front sa vie de femme et sa vie professionnelle : « difficile de mener de front sa vie de femme, de mère de trois enfants, d'épouse et de professionnelle de santé », « travail trop tard le soir pour vie

familiale avec les enfants correct », « Il est vrai que parfois, bien s'occuper de ses enfants en rentrant le soir après 10 heures de travail est une victoire », « Mes enfants ont beaucoup de mal sans moi le lundi soir », « difficilement compatible avec vie familiale (garde d'enfants...) ». « Difficile de trouver des moyens de garde correcte pour les enfants (grands-parents souvent loin ou non disponibles) ainsi qu'une aide compétente pour gérer son intérieur et être "déchargée" de certaines considérations matérielles. Il faut donc jouer "l'équilibre" en permanence ce qui est une réelle source de stress. »

Certaines femmes rappellent que les conditions de travail ne sont pas adaptées à leur statut, aussi bien au niveau de leur grossesse et de son suivi qu'au niveau sécuritaire : « La profession de dentiste n'est pas très adaptée pour les femmes notamment lors des grossesses où nos charges restent les mêmes et où l'on est obligé de travailler jusqu'au huitième mois et voire jusqu'à terme. Lors des gardes du dimanche aussi, j'ai été agressée verbalement et ça aurait pu aller plus loin. Nous devons avoir une salle dans un hôpital nous permettant d'effectuer des gardes dans un endroit sécurisé! » Certaines consœurs retardent l'âge de leur « première grossesse du fait de la gestion du cabinet libéral ». Suite au congé de maternité, un praticien a eu une dépression.

4.8.3. L'image de la profession

Dans les remarques laissées par les chirurgiens dentistes dans les questions ouvertes du questionnaire, on retrouve que l'image ternie de leur profession par la population les affectent beaucoup. « Une image dévalorisée de la profession », une image négative de la profession véhiculée par les politiques et les médias », « les émissions de télévision qui nous montrent comme des « voleurs » », « dévalorisation de mon travail par les médias ». Le manque de reconnaissance est ressenti par les professionnels : « sans beaucoup de reconnaissance », « l'augmentation des procédures des patients face aux professionnels », les professionnels aimeraient « des patients moins agressifs et exigeants », poussant la métaphore jusqu'à « mettre une barrière à la sortie de son cabinet ? ».

L'image du chirurgien dentiste est perçue comme détériorée par les patients : « je supporte mal l'image qu'ont les patients de notre profession », « le fait que des patients ne se rendent pas compte de la difficulté de notre métier rend notre travail

ingrat », « manque de reconnaissance de certains patients pour nous praticiens qui sommes avant tout là pour eux ». Certains confrères constatent que « l'état d'esprit des patients change ». Il existe une « dégradation de la relation patient-praticien liée à la mauvaise image de notre profession. Les dentistes critiquent le manque d'information des patients sur « les difficultés et les compétences que nécessite notre exercice ».

Quelques praticiens sont inquiets de recevoir des remarques de leurs patients : « les remarques de jalousie des patients relatives à nos congés et aux signes extérieurs d'aisance financières ». « On a l'impression de n'être que des voleurs ». Une « mauvaise reconnaissance de notre intégrité par des patients souvent déçus d'autres confrères « voleurs », « menteurs » etc.. « boucher ». Un praticien signale les « incivilités grandissantes des patients, absentéisme et fausses urgences ».

4.8.4. Les moyens de prévention du stress

Les moyens de lutte contre les facteurs de stress sont également évoqués dans les remarques personnelles. Tout d'abord les chirurgiens dentistes affirment qu'une « alimentation saine » et la « nécessité de prendre soin de sa personne » est important pour avoir « exercice serein ». La pratique de « yoga », « Tai-Chi » et « Qi Cong » permet de se délivrer du stress et se relaxer. Certains font aussi des gestes de relaxation durant la journée de travail. La notion « d'équilibre » a été citée de nombreuses fois. « J'essaie au maximum de soigner ma santé physique et psychologique ». Il faut « connaître ses limites », « alterner travail et repos », « savoir déléguer ». La profession demande une « super hygiène de vie ». Le sexe a été cité plusieurs fois comme moyen de détente.

Quelques praticiens ont des moyens de défense face au stress mais ces moyens ne permettent pas de prévenir mais de supporter le stress : « pour me calmer, utilisation très fréquente de chewing-gums ». « L'expérience » comme moyen de lutte face au stress est cité par les chirurgiens dentistes.

4.9. Comparaison spécifique entre les départements du Bas-Rhin et de la Moselle en 2011

Nous ne retrouvons pas de différence d'âge des chirurgiens dentistes entre les départements du Bas-Rhin et de la Moselle ($p = 0,17$; $\chi^2 = 5,46$; $ddl = 4$).

Les chirurgiens dentistes de Moselle sont plus nombreux à exercer en zone mixte que les Bas-Rhinois. À l'inverse, les praticiens mosellans travaillent moins en milieu rural que les praticiens Bas-Rhinois (Tableau 19).

Ces données sont difficilement interprétables car la définition de la zone mixte n'est peut-être pas la même pour les praticiens mosellans et Bas-Rhinois.

Il existe une différence statistiquement significative entre les chirurgiens dentistes de Moselle et du Bas-Rhin au niveau de leur lieu d'exercice : les Mosellans travaillent moins souvent en zone rurale et exercent plus souvent en zone mixte ($\chi^2 = 6,47$; $ddl = 2$; $p < 0,05$).

	Bas-Rhin		Moselle	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Urbain	72	25,8	207	74,2
Rural	22	17,2	106	82,8
Mixte	24	32,4	50	67,6

Zone colorée : Différence statistiquement significative ($p < 0,05$; $\chi^2 = 6,47$; $ddl = 2$)

Tableau 19 : Répartition urbaine de 118 chirurgiens dentistes de Moselle et 481 du Bas-Rhin en 2011

Les Mosellans jugent plus souvent leur travail routinier ($\chi^2 = 8,81$; $ddl = 1$; $p < 0,01$). Les praticiens mosellans ont également plus fréquemment des difficultés diagnostiques ($\chi^2 = 4,18$; $ddl = 1$; $p < 0,05$). De plus, les Mosellans se sentent moins bien préparés par leurs études à la réalité professionnelle comparés aux Bas-Rhinois ($\chi^2 = 4,70$; $ddl = 1$; $p < 0,05$).

5. Discussion

5.1. Taille de l'échantillon

Le taux de réponses est de 29,6%. Cela peut générer un biais bien que 692 questionnaires soient suffisants pour faire l'étude. Nous avons eu moins de réponses en Lorraine, notamment en Moselle comparativement au Bas-Rhin. Le questionnaire a été envoyé en avril pour le département alsacien alors qu'il a été envoyé début juillet en Lorraine. Le nombre de réponses plus faible en Lorraine peut être expliqué par le fait que beaucoup de chirurgiens dentistes étaient partis en vacances lors de l'envoi du questionnaire. Toujours pour la Lorraine, le questionnaire était sous la signature de la Faculté alors que pour le Bas-Rhin, le questionnaire devait être retourné aux coordonnées de l'étudiant. Pour améliorer le nombre de réponses, il aurait fallu joindre une enveloppe timbrée de retour. Une relance par courriel n'a pas été possible car il n'existe pas de base de données exhaustive des courriels des praticiens de ces deux régions. Il faut également noter un fort pourcentage de réponses de la part des enseignants. Deux départements inclus dans l'étude comprennent deux villes pourvues d'une Faculté d'Odontologie : Nancy et Strasbourg. Nous avons pu remarquer un nombre un peu plus important de réponses incomplètes dans le Bas-Rhin. En effet, le questionnaire a été rédigé sur deux feuilles recto-verso, agrafées pour la Lorraine, non agrafées pour le Bas-Rhin, certains praticiens n'ont pas rempli les quatre côtés. Les deux listes d'adresses postales des chirurgiens dentistes peuvent être considérées comme exhaustives : l'Ordre départemental des chirurgiens dentistes répertorie tous les chirurgiens dentistes en exercice et la Faculté d'odontologie a une liste remise à jour tous les ans sur la base des données des Ordres départementaux des chirurgiens dentistes.

Il a été très difficile de comparer les résultats aux données statistiques existantes. En effet il n'a pas été possible d'avoir accès aux données des Caisses Primaires d'Assurance Maladie ni de la Caisse de Retraite des Chirurgiens dentistes et Sages-Femmes. Les données des Ordres départementaux étaient disparates : parfois incomplètes, peu d'aide pour la récupération de données ou pas d'accès et la majorité des données n'étaient pas suffisamment mises à jour.

Notre étude est limitée par le fait que l'on ne peut pas établir des relations causales mais seulement pouvoir en faire l'hypothèse.

5.2. Situation des chirurgiens dentistes interrogés

La profession de chirurgien dentiste continue à se féminiser et devient une profession mixte. C'est le cas également dans d'autres pays comme aux Pays-Bas (Te Brake et al., 2003) ou en Thaïlande (Leggat et al., 2001). Il est important de rappeler qu'aucune étude n'a révélé de différence de niveau de stress entre les hommes et les femmes (Fradin et Aalberse, 2008). Cependant, les conditions de travail des femmes doivent être aménagées car il n'existe pas de réflexion autour de la grossesse, de l'arrêt de travail et de la reprise des femmes enceintes. Les femmes ont peu de soutien pour leur permettre de vivre aisément une vie de femme et une vie professionnelle libérale. La différence de temps de travail entre les hommes et les femmes s'explique par le fait qu'encore actuellement, le travail à la maison n'est pas le même selon le sexe, la femme s'occupant encore de façon importante des enfants et de l'entretien de la maison.

On décrit généralement un lieu de travail de plus en plus urbain (Rigal et Micheau, 2007). Notre étude ne retrouve pas de différence significative selon l'âge et le lieu d'exercice. Notre étude confirme que la majorité des chirurgiens dentistes travaillent en milieu urbain dans les cinq départements sondés.

Concernant le mode d'exercice, le chirurgien dentiste devait choisir s'il exerçait une pratique libérale ou salariée et pour les libéraux, s'ils travaillaient individuellement ou avec un (ou plusieurs) associé(s). Les chirurgiens dentistes associés ont coché la case plus souvent que les praticiens travaillant individuellement, ceux-ci s'étant arrêtés au terme « libéral » de la question et ne cochant pas la case « individuel ». De ce fait, il est difficile de juger du réel nombre de praticiens isolés ou exerçant en groupe. Il aurait été préférable de fractionner la question avec d'un côté le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte) et d'un autre côté le type d'exercice (individuel, associé). De plus, la question est incomplète car il manque le choix de travail en collaboration, devenu un mode fréquent particulièrement chez les jeunes praticiens. On peut tout de même estimer que le pourcentage de chirurgiens dentistes interrogés avoir déclaré « être associés » est exact : 39,0%.

Parmi les chirurgiens dentistes spécialistes à temps partiel, on retrouve les praticiens formés à l'implantologie et pas seulement les orthodontistes, seuls spécialistes reconnus par la profession (en attendant les premiers sortants du nouvel internat mis en place en 2011). C'est pourquoi nous retrouvons une population jeune. Il faudrait d'autres études pour savoir si les praticiens exerçant l'implantologie et la chirurgie parodontale sont effectivement plus des hommes, comme le présente notre étude.

Notre enquête confirme le rapport du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports sur l'installation tardive des jeunes diplômés et la progression du salariat (Rigal et Micheau, 2007). En effet, les salariés (collaborateur salarié, centres mutualistes, travail hospitalier à temps plein) et les praticiens exerçant un exercice mixte (regroupant notamment les attachés et les assistants hospitalo-universitaires) ont moins de 34 ans. Le travail salarié est sans doute choisi car les salariés ne jugent pas leurs charges de gestion trop lourdes et il permet d'être plus concentrés sur la pratique de leur métier sans les inconvénients administratifs. De plus, l'exercice salarié regroupe plusieurs chirurgiens dentistes généralement et permet d'être moins isolé ce qui peut être rassurant en début de carrière. Le regroupement présente de nombreux avantages pour le jeune diplômé : expérience des confrères pour la gestion du cabinet, du personnel et l'aide aux soins, les relations avec les organismes de santé,... S'installer dans un cabinet de groupe permet de s'intégrer plus facilement dans l'environnement professionnel local (Ordre, confrères,...). C'est l'ensemble de la profession qui se dirige vers cette tendance au regroupement. Les chirurgiens dentistes cherchent à être moins isolés (Rigal et Micheau, 2007).

La très grande majorité des chirurgiens dentistes de notre étude travaillent avec assistance. Cependant une étude faite onze ans auparavant notait que les deux tiers des praticiens travaillaient sans assistance (Toussaint, 2000).

5.3. Conditions de travail

5.3.1. Temps de travail

Les heures de travail au fauteuil sont les mêmes et elles sont réparties de la même manière que les heures de travail des chirurgiens dentistes britanniques (Gilmour et al., 2005). Cependant, selon l'étude de Gilmour, la question ne

différençiait pas le travail au fauteuil et le travail hors fauteuil. On peut émettre l'hypothèse que les chirurgiens dentistes français ont des horaires de travail plus importants que leurs confrères britanniques.

Selon notre étude, 25% des chirurgiens dentistes travaillent plus de 40 heures par semaine au fauteuil, la même proportion que pour les praticiens espagnols (travail administratif compris) (Perez-Padron et al., 2010). Pourtant selon Toussaint (2000), il n'est pas raisonnable de travailler plus de huit heures par jour et un nombre trop important d'heures travaillées par semaine est lié à un haut niveau de stress (Myers et Myers, 2004).

Les chirurgiens dentistes travaillant moins de 30 heures par semaine, au fauteuil, sont des femmes. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les professionnels à temps partiel sont davantage représentés par les femmes. De plus, encore aujourd'hui, les femmes cumulent vie de famille et vie professionnelle. La charge de travail familial est encore bien différente actuellement entre les hommes et les femmes. La profession du couple ne modifie pas ce constat (Rigal et Micheau, 2007). Une étude hollandaise observe que les femmes ont un temps hebdomadaire consacré à l'exercice professionnel inférieur à celui des hommes (Te Brake et al., 2003). Une étude britannique conforte ces résultats un an après (Myers et Myers, 2004). Il faut toutefois remarquer que l'on n'a pas trouvé de différences sur le nombre de patients consultés par heure entre les hommes et les femmes.

On retrouve également une différence de nombres d'heures de travail au fauteuil selon l'âge. Les chirurgiens dentistes travaillant plus de 40 heures ont soit plus de 54 ans et soit n'ont pas moins de 34 ans. Les plus jeunes n'ont pas encore leurs propres cabinets et les plus âgés travaillent plus que l'ensemble de la population comme le souligne le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La nouvelle génération, les moins de cinquante-quatre ans, souhaitent laisser davantage de place à la vie familiale et aux loisirs (Rigal et Micheau, 2007).

Comme le rappelait l'étude de Te Brake, le temps de travail diminué des femmes est souvent compensé par des charges familiales plus importantes : soins des enfants et entretien du domicile privé.

Les chirurgiens dentistes travaillant plus de 40 heures ont des problèmes familiaux dus à leur profession. Ce résultat rejoint l'idée que trop de temps passé au travail a un impact négatif sur la vie de famille des praticiens (Puriene et al., 2011).

5.3.2. Nombre de fauteuils

Nous notons une différence statistiquement significative selon le sexe pour le nombre de fauteuils utilisés par le chirurgien dentiste. Cette différence, sans que l'âge soit un biais de confusion, peut s'expliquer par le fait que les hommes exercent plus souvent que les femmes une spécialité à temps partiel (implantologie et parodontologie), nécessitant un deuxième fauteuil avec une salle de soins spécifique.

5.3.3. Pénibilité des chirurgiens dentistes

Il aurait été intéressant d'utiliser un inventaire des facteurs de stress validé pour pouvoir comparer avec d'autres études, comme décrit par Cooper (Cooper et al., 1978), qui contient trente items et que Meyers a utilisé récemment (Myers et Myers, 2004). Notre étude a le mérite, par cette question sur des critères jugés stressants dans la profession, de relever quelques points importants.

Le retard pris sur l'emploi du temps est le premier facteur de stress selon les chirurgiens dentistes qui ont répondu à cette étude (65% d'entre eux). Ce pourcentage est comparable à celui des chirurgiens dentistes britanniques où le retard pris sur l'emploi du temps est également la première source de stress pour 68,4% des praticiens interrogés (Myers et Myers, 2004). La gestion des urgences et l'enchaînement des rendez-vous empêchent bien souvent le praticien de faire des pauses, essentielles pour soulager le stress (Toussaint, 2000).

De nombreux chirurgiens dentistes reconnaissent comme stressant de traiter les patients anxieux (29,3%, I.C. à 95% [25,9 ; 32,7]) et cela rejoint d'autres études comme celle de Kay et Lowe (Kay et Lowe, 2008) ou encore l'étude britannique de Myers dans laquelle les patients anxieux font partie des dix sources de stress les plus importantes (pour 47,4% des praticiens interrogés) (Myers et Myers, 2004). Les praticiens qui sont stressés par les patients anxieux travaillent plus que les autres chirurgiens dentistes (plus de 40 heures par semaine au fauteuil). Les patients anxieux demandent plus de temps de communication et doivent être pris en charge

par des praticiens en forme et ayant un emploi du temps leur permettant d'être disponibles pour ne pas être un facteur stressant professionnel.

Causer de la douleur est le troisième facteur de stress selon les 692 chirurgiens dentistes interrogés de notre enquête. C'est également un des facteurs de stress principaux des chirurgiens dentistes néozélandais (Ayers et al., 2008).

Alors que le chirurgien dentiste sait à quel point les conditions bucco-dentaires jouent un rôle clé pour la santé de l'individu, une grande partie de la population ne considère pas la santé buccodentaire comme une composante essentielle de la santé globale et de la qualité de vie (Wolf et Ramseier, 2012). Une des principales variables révélées comme stressantes par les chirurgiens dentistes est l'absentéisme des patients. Cette différence de point de vue entre patients et praticiens peut expliquer ce phénomène et que le chirurgien dentiste ressente cela comme très stressant.

Les demandes techniques pour le perfectionnisme stressent plus d'un chirurgien dentiste sur dix dans notre étude. Il est important de faire attention aux chirurgiens dentistes perfectionnistes car ces praticiens pourront se sentir frustrés tout au long de leur carrière (Toussaint, 2000).

Les chirurgiens dentistes qui sont stressés par la technicité des soins et les patients non coopératifs travaillent moins d'heures par semaine que les autres praticiens. Cela peut s'expliquer par le fait que la maîtrise technique des actes de chirurgie dentaire réclame un nombre d'heures au fauteuil suffisant pour permettre de pouvoir réaliser des soins de haute technicité de façon moins stressante.

Les praticiens stressés par les contrôles de la Sécurité Sociale et les praticiens surchargés par leur travail travaillent plus que les autres chirurgiens dentistes (plus de 40 heures par semaine au fauteuil). Les chirurgiens dentistes stressés par les contrôles de la Sécurité Sociale sont peut-être ceux qui prennent moins le temps pour faire correctement les charges administratives au profit d'un nombre d'heures plus important au fauteuil. Certains de ces praticiens réalisent alors des erreurs de cotations. En effet les charges administratives demandent un temps incompressible dans le travail quotidien du chirurgien dentiste.

Le questionnement sur la pénibilité du travail aurait pu également s'intéresser à la posture de travail ainsi qu'à l'ergonomie de l'environnement de travail. De

manière générale, les facteurs liés au stress physique auraient mérité plus d'attention dans cette étude.

5.4. Problèmes relationnels, de gestion, de formation

5.4.1. Problèmes relationnels

5.4.1.1. Avec l'assistante

Les chirurgiens dentistes en grande majorité s'entendent bien avec leur assistante. Cependant ceux qui ont des problèmes avec leur assistante ont plus souvent que les autres un problème de qualité de travail. Le fait que le chirurgien dentiste ne soit pas satisfait de son travail crée un environnement stressant qui peut entraîner une dégradation de la relation avec l'assistante, proche du praticien tout au long de la journée.

5.4.1.2. Avec les confrères

Il est évident que les chirurgiens dentistes travaillant en collaboration ou en association ont plus de contacts avec leurs confrères (partage du matériel, emplois du temps partagés, etc.) et les problèmes relationnels peuvent donc être plus fréquents.

Les chirurgiens dentistes qui ont des problèmes avec leur assistante ont également plus souvent que les autres praticiens des problèmes avec leurs confrères. Les problèmes relationnels ne se limitent pas à la relation chef d'entreprise / salariés mais à tous les contacts professionnels (confrères, praticiens, prothésistes voire Sécurité Sociale).

5.4.1.3. Avec les patients

Dans notre étude, plus d'un quart des chirurgiens dentistes ont des problèmes relationnels avec leurs patients. Ces problèmes sont ceux qui affectent le plus les chirurgiens dentistes.

En plus des différents facteurs stressants de cette relation, l'aspect commercial est difficile à gérer pour de nombreux praticiens. Le tarif sera un des

critères de choix principal du patient et faire des compromis sur la valeur thérapeutique des soins peut être difficile à vivre (Toussaint, 2000). Les chirurgiens dentistes de notre étude nous le rappellent par leurs remarques personnelles comme « Quand les patients n'ont pas beaucoup de moyen c'est difficile de travailler correctement ».

L'image négative qu'a le patient du chirurgien dentiste est une source d'insatisfaction professionnelle (Brown et al., 2010). Elle est révélée dans notre étude par des remarques telles que : « On a l'impression de n'être que des voleurs ».

Travailler avec des patients est une source de stress quotidienne relatée par les différentes remarques des chirurgiens dentistes interrogés. Les problèmes relationnels peuvent être multiples : difficulté de la gestion douloureuse du patient, difficulté d'expliquer les actes techniques aux patients et savoir donner un aperçu du coût global des traitements que devra avoir le patient (« patients désagréables, phobiques, désintéressés par leur traitement qui ne viennent qu'en urgence »), etc.

5.4.1.4. Avec les prothésistes

Les praticiens qui ont des problèmes avec leurs prothésistes jugent plus souvent voir une différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue. Il est évident que la relation avec le prothésiste peut être source de conflits quant à la qualité de travail.

5.4.1.5. Avec la famille

Alors que 38,2% des praticiens de notre étude déclarent avoir des perturbations de leur vie familiale dues à leur profession, il est important de rappeler que les interférences entre vie professionnelle et privée sont des facteurs de stress (Gorter et al., 2006). L'association entre ces praticiens et ceux qui auraient souhaité plus de cours de psychologie, sont inquiets et / ou anxieux confirme ce lien. De plus les chirurgiens dentistes qui ont des perturbations familiales sont associés à ceux qui voient une différence de qualité de travail entre celle obtenue et celle souhaitée. On peut penser qu'il s'agit d'une conséquence du stress.

5.4.2. Problèmes de gestion

5.4.2.1. Installation et équipement

Il est important de noter que la très grande majorité des chirurgiens dentistes pensent être correctement installés et équipés. Ceux qui ne pensent pas l'être, déclarent plus souvent être stressés par les soins inadéquats. Il est essentiel de se sentir correctement équipé et d'avoir tout le matériel nécessaire pour réaliser des soins de qualité pour diminuer le stress engendré par des soins qui ne satisfont pas le praticien.

5.4.2.2. Charges de gestion

Avec la perception négative du patient de la chirurgie dentaire, les charges de gestion sont parmi les facteurs majeurs d'insatisfaction de la profession. Elles sont omniprésentes dans le quotidien des chirurgiens dentistes (Brown et al., 2010), ceux-ci les trouvant trop lourdes à gérer pour 79,9% des répondants de notre enquête. Les formalités administratives sont les activités qui satisfont le moins les travailleurs (Pines et Kafry, 1978). Il est difficile de supporter une quantité trop importante de ce type d'activité.

Quant à la question sur les difficultés financières, l'Alsace et la Lorraine sont deux régions où les revenus moyens des chirurgiens dentistes sont supérieurs à la moyenne nationale (Figure 76). Cependant 15% d'entre eux ont tout de même des difficultés financières. Ces chirurgiens dentistes sont une population plus fragile que les autres : ils se sentent plus inquiets, plus anxieux, plus angoissés, dorment moins la nuit, travaillent plus que les autres, ou encore se sentent plus souvent en mauvaise santé...

Le fait qu'actuellement, l'ordre des chirurgiens dentistes et les principaux syndicats dentaires constatent le développement du travail salarié parmi les nouvelles générations n'est pas anodin. Les charges de gestion étant un stress permanent, travailler en tant que salarié, bien que privant les chirurgiens dentistes de certains avantages d'un travail libéral, permet d'être soulagé d'un grand facteur de stress de la profession.

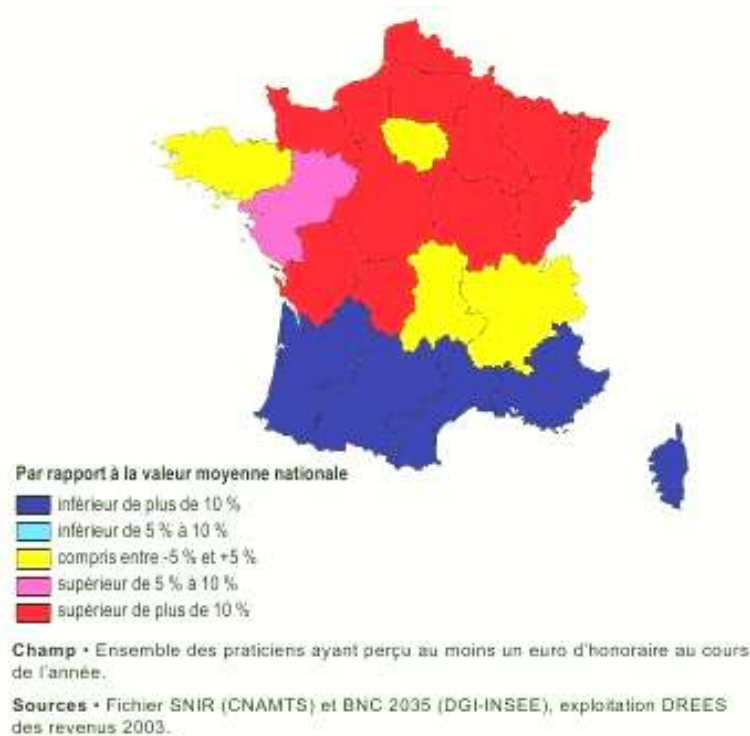


Figure 76 : Revenu libéral moyen des chirurgiens dentistes par région en 2003 (Collet et Sicart, 2007)

5.4.3. Problèmes de formation

Les tests statistiques ne permettent pas de mettre en évidence une différence significative sur la qualité de la formation initiale selon l'âge des chirurgiens dentistes. Cependant, la formation initiale n'est pas entièrement la cause de la difficulté qu'ont les chirurgiens dentistes à être prêts à la réalité de la profession. En effet, une étude américaine a montré qu'il existe une différence entre la perception de la carrière de chirurgien dentiste et la réalité clinique de la pratique (Rice et al., 1997).

Au sujet des cours de gestion, même si l'on ne retrouve pas de différence statistiquement significative, on peut relever que le pourcentage de jeunes chirurgiens dentistes (moins de 34 ans) voulant davantage de cours de gestion est plus élevé que la moyenne des praticiens (96,1% contre 86,4%). Une étude de Gorter avait aussi noté que les jeunes chirurgiens dentistes ne se sentaient pas assez préparés à la gestion d'entreprise (Gorter et al., 2007). On peut également rappeler que le passage à la vie active est une phase importante et difficile pour toute personne.

Plus qu'une amélioration de la formation initiale, on peut remarquer que ce sont les chirurgiens dentistes les plus en difficulté qui réclament davantage de cours de psychologie ou de gestion. Les actes très techniques que demande notre profession (implantologie souvent citée par les chirurgiens dentistes interrogés mais également l'endodontie, les soins prothétiques complexes, les greffes osseuses etc.) sont des thèmes très présents en formation continue et préférentiellement traités par rapport aux thèmes concernant le management ou la gestion du cabinet. Les entreprises de coaching se développent dans la profession avec tous les risques que cela peut engendrer, il serait donc important pour les chirurgiens dentistes que des structures de formation continue prennent en charge cette formation. C'est une réelle demande de la part des professionnels de santé. Aujourd'hui, la profession ne se limite pas à réaliser des actes très techniques mais également à une gestion d'entreprise, aussi bien administrative que relationnelle. Cette gestion n'est pas innée et les chirurgiens dentistes doivent être formés tout au long de leur carrière professionnelle.

Dans les remarques des chirurgiens dentistes, la complexité et le renouvellement fréquent des normes professionnelles sont souvent notés comme un problème. Les praticiens ressentent un manque de soutien lors de changements dans l'organisation de leur travail, cela étant un facteur de stress professionnel (Fradin et Aalberse, 2008). Une meilleure information et un meilleur encadrement notamment sur les normes d'hygiène, informatiques et radiographiques pourraient diminuer le niveau de stress de la profession.

5.5. Santé

5.5.1. État de santé, rapport avec la profession

Selon l'étude de Kay en 2005, 90% des chirurgiens dentistes britanniques interrogés jugeaient leur santé bonne voire excellente et cela rejoignait les chiffres de Gorter (Kay et Lowe, 2008 ; Gorter et al., 2000). Seulement 81% des chirurgiens dentistes de notre étude estiment être en bonne santé. Il est assez inquiétant de constater qu'un chirurgien dentiste sur 5 se juge ne pas être en bonne santé. Un biais de notre étude est celui des travailleurs en bonne santé (« healthy worker effect »). En effet les chirurgiens dentistes interrogés sont tous en exercice, et ne sont

pas compris les chirurgiens dentistes ayant arrêté pour cause de mauvaise santé. Il est également possible que les chirurgiens dentistes britanniques s'arrêtent plus souvent lorsqu'ils sont malades que les praticiens français (Système britannique basé sur le salariat des praticiens, le risque financier pour l'entreprise est plus faible).

Une étude spécifique aux chirurgiens dentistes a confirmé qu'il existe une forte relation entre détresse psychologique et symptômes somatiques (Perez-Padron et al., 2010). Pour une meilleure santé des praticiens, il serait important d'améliorer les conditions de travail.

Les chirurgiens dentistes qui considèrent être en mauvaise santé déclarent dans la grande majorité que cela est dû à leur profession (86,3% ; I.C. à 95% [80,2 ; 92,3]). Là aussi, il faut être prudent avec les résultats car les praticiens ayant des pathologies non dues à leur profession ont peut-être dû arrêter de travailler. Il faut également rappeler que les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont un impact négatif important sur le jugement des chirurgiens dentistes sur leur santé et que d'autres études vont aussi dans ce sens (Sharma et Golchha, 2011). Les TMS sont la cause de douleurs au niveau du rachis cervical, des épaules et du rachis lombaire. Il peut également exister des syndromes canaux de piégeage nerveux (défilé thoracique, canal carpien, etc.). Les tendinites et les douleurs de coude comme l'épicondylite peuvent être également rencontrées. La posture de travail et la nature répétitive et minutieuse des gestes odontologiques sont des causes possibles (Sayegh Ghoussoub et al., 2005). Les chiffres concordent avec ceux de Gorter qui observait que 82% des chirurgiens dentistes hollandais en arrêt maladie durant l'année considèrent que cela est dû à leur profession (Gorter et al., 2000). Nous devons toutefois noter que la tolérance au stress est réduite lorsque les personnes sont malades (Hill et al., 2010) et donc les maux professionnels sont bien plus ressentis.

Trop de douleurs physiques limitent le travail des chirurgiens dentistes britanniques. Dans notre étude, il existe également une relation forte entre mauvais état de santé et qualité de travail ($p < 0,001$) et difficultés diagnostiques ($p < 0,05$).

Il est important de noter qu'un chirurgien dentiste en mauvaise santé n'est pas capable d'être aussi performant et qu'il a besoin d'appui au niveau professionnel pour pouvoir gérer son entreprise.

5.5.2. Inquiétude, anxiété, angoisse et surmenage

Les chirurgiens dentistes sont nombreux à être inquiets (37,5%). Dans une autre question de l'enquête, on retrouve un nombre important également de praticiens anxieux (45,4%), un pourcentage retrouvé dans d'autres études britanniques et françaises (Toussaint, 2000 ; Hill et al., 2010).

Les chirurgiens dentistes angoissés sont ceux qui sont stressés par un grand nombre de facteurs. Il serait important de pouvoir mieux encadrer ces professionnels pour leur apprendre à gérer leur angoisse. L'anxiété doit être également prise en charge. Cependant, avant de pouvoir prendre en charge ces chirurgiens dentistes, il faudrait pouvoir les discerner dans la population. Il serait donc important d'avoir un suivi de santé au travail pour les chirurgiens dentistes travaillant en libéral comme ce qui existe pour tout salarié.

En ce qui concerne les arrêts pour surmenage, de nombreux praticiens pensent ne pas pouvoir se le permettre. En effet, ils déclarent qu'il est trop difficile financièrement de pouvoir arrêter l'activité du cabinet dentaire. Le même constat a été fait chez les chirurgiens dentistes hollandais (Gorter et al., 2000). Le pourcentage serait sans doute bien supérieur à 8% si les praticiens ne prenaient pas des risques pour leur entreprise en s'arrêtant. Les chirurgiens dentistes qui ont tout de même interrompu leur activité pour surmenage se sont sans doute arrêtés à un stade très critique. Le surmenage se définit par la chronicité de la fatigue, qui génère une baisse des performances du chirurgien dentiste. Lorsqu'une personne est surmenée, elle consomme plus d'énergie et de temps, elle est moins productive et son travail est de moins bonne qualité. Enfin les erreurs techniques sont plus fréquentes (Toussaint, 2000). Il faut également noter qu'un chirurgien dentiste surmené a plus souvent des idées noires que les autres chirurgiens dentistes. Ces praticiens sont fragiles et ne peuvent améliorer leur qualité de vie sans aide.

5.5.3. Qualité du sommeil

Tout comme les chirurgiens britanniques d'une autre étude (Myers et Myers, 2004), plus de 60% des praticiens dorment plus de sept heures. Alors que 25% des chirurgiens dentistes Bas-Rhinois et lorrains interrogés déclarent avoir un réveil fatigué, seulement 14% des praticiens hollandais répondaient avoir des problèmes de sommeil (Gorter et al., 2000). Il faut rappeler l'importance d'un bon sommeil. Ne pas dormir assez peut être une conséquence du stress (l'inverse également (Hill et al., 2010)) qui a lui-même une influence sur l'immunité et la santé de la personne (Cohen et Williamson, 1991). Les chirurgiens dentistes qui ne dorment pas assez (moins de sept heures par nuit) sont corrélés significativement avec des praticiens anxieux et inquiets. Ils veulent également davantage de cours de psychologie et ont des problèmes dans leur vie familiale à cause de leur profession. Toussaint pense qu'il est nécessaire de dormir au moins sept heures et notre étude conforte sa position (Toussaint, 2000). De plus une étude britannique observe la relation entre un niveau de stress élevé et les praticiens qui ne dorment pas assez (Myers et Myers, 2004).

5.5.4. Addictions et suicide

5.5.4.1. Alcool

Selon une étude de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) en 2005, 14% des Français déclarent boire quotidiennement de l'alcool. Les chiffres de notre étude sont moins élevés, 9% déclarent boire de l'alcool pour chasser leurs problèmes. Cela fait tout de même presque un praticien sur dix et il serait intéressant d'étudier le mode de consommation (consommation régulière, festive, quantité par prise, ...) de ces chirurgiens dentistes car il faut rappeler qu'il existe une relation forte entre la consommation d'alcool et le stress (Gorter et al., 2000).

Les praticiens qui boivent de l'alcool pour chasser leurs problèmes sont associés aux chirurgiens dentistes hommes dans notre étude, c'est également le cas des praticiens thaïlandais (Leggat et al., 2001) et néozélandais (Ayers et al., 2008).

Contrairement aux résultats de l'étude néozélandaise, nous ne retrouvons pas de différence de consommation liée à l'âge.

De nombreux facteurs négatifs pour la santé sont également rencontrés chez les consommateurs d'alcool : travail routinier, perturbations de la vie familiale dues à la profession, jugement d'une mauvaise santé par le praticien ($p < 0,05$), praticiens angoissés, nourriture pour chasser leurs problèmes ($p < 0,01$) et d'une manière très significative difficultés financières. Les praticiens inquiets, les chirurgiens dentistes qui fument pour chasser leurs problèmes et enfin ceux qui ont déjà pensé au suicide ($p < 0,001$) font partie des consommateurs d'alcool. Myers fait le même constat, les chirurgiens dentistes britanniques qui boivent le plus sont les plus stressés (Myers et Myers, 2004).

5.5.4.2. Tabac

En 2010, chez les 26-75 ans, 27% de la population française fumait selon les chiffres de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). Même si tous les chirurgiens dentistes qui fument ne le font pas que pour chasser leurs problèmes, le pourcentage de fumeurs est bien plus faible (14%) et rejoint celui des chirurgiens dentistes hollandais (Gorter et al., 2000). Les chiffres vont dans le sens des nombreuses études internationales sur la consommation de tabac des chirurgiens dentistes (Smith et Leggat, 2006 ; Leggat et al., 2001). Différentes études montraient déjà une diminution du nombre de fumeurs chez les chirurgiens dentistes des précédentes générations (Garfinkel et Stellman, 1986). Cette diminution est sans doute due aux campagnes de prévention de lutte contre le tabac. Le fait que le chirurgien dentiste occupe une place centrale dans la prévention des cancers buccaux et contribue activement à la lutte contre le tabagisme (le tabac est notamment un facteur de risques de nombreuses pathologies bucco-dentaires) explique également le faible taux de fumeurs par rapport à la population générale.

5.5.4.3. Drogues (hors tabac et alcool) ou stimulants (tranquillisants...)

Une étude pour une thèse professionnelle à l'Université Paris 7 – Denis Diderot en 2008 relevait que 15% de 350 praticiens interrogés dans la région

consommaient des psychotropes (Théry-Hugly, 2008). Les chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en consomment moins (7,5%). Les résultats sont contraires aux études qui disent que les chirurgiens dentistes recourent à l'automédication (Toussaint, 2000). Les chirurgiens dentistes qui emploient d'autres drogues que le tabac et alcool ou médicaments (tranquillisants, divers stimulants...) sont une population fragile qu'il faudrait pouvoir soutenir. En effet ils sont plus souvent anxieux, angoissés, inquiets que les autres praticiens, ce sont également des personnes qui ne vont pas bien professionnellement et moralement. Encore une fois, il serait important de pouvoir prendre en charge ces personnes qui ne peuvent travailler dans de bonnes conditions d'exercice.

5.5.4.4. Nourriture

Un cinquième des chirurgiens dentistes interrogés déclarent avoir recours à l'alimentation pour chasser leurs problèmes. Notre étude rejoint les conclusions d'une étude britannique (Gorter et al., 2000), en effet il existe une relation très significative ($p < 0,001$) entre une mauvaise santé et de mauvaises habitudes alimentaires chez les chirurgiens dentistes.

5.5.4.5. La pensée suicidaire

Le suicide est plus fréquent chez l'homme que la femme en France (Aouba et al., 2009). Les pensées suicidaires sont également liées aux chirurgiens dentistes masculins de notre étude.

Les divorcés et les veufs semblent également plus touchés par les pensées suicidaires (Tableau 20). En 2006, dans la population générale française, les taux de suicide les plus élevés étaient ceux des veufs et des divorcés (Aouba et al., 2009).

Le rapport d'Aouba pour la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) indique que les 45-54 ans est la classe d'âge où le taux de suicide est le plus fréquent. Dans notre étude, les idées suicidaires sont liées aux chirurgiens dentistes de plus de 54 ans ($p < 0,001$). Cela peut s'expliquer par l'inégale répartition des hommes et des femmes selon l'âge dans la profession.

Il serait intéressant d'analyser le taux de suicide des chirurgiens dentistes pour voir s'il varie par rapport à la population française. L'Est de la France n'est pas

une des régions les plus touchées par le suicide. En France la Bretagne, et dans une moindre mesure le Nord et le Centre sont les plus touchés (Aouba et al., 2009).

Tableau 20 : Nombre de Réponses à la question "avez-vous déjà pensé au suicide ?" parmi 692 chirurgiens dentistes du Bas-Rhin et de Lorraine en 2011 selon leur statut marital

	Oui		Non		Total	
	(Effectif)	(%)	(Effectif)	(%)	(Effectif)	(%)
Marié(e)	54	12,2	390	87,8	444	100,0
Pacsé	6	12,2	43	87,8	49	100,0
Veuf(ve)	2	7,0	7	77,8	9	100,0
Célibataire	5	6,4	73	93,6	78	100,0
Divorcé(e)	18	23,7	58	76,3	76	100,0
Autre	6	13,9	31	86,1	36	100,0

La question aurait été plus pertinente si l'on avait demandé combien de chirurgiens dentistes avaient pensé au suicide l'année précédente. Cependant 13% des praticiens qui répondent affirmativement à la question évoquent un profond malaise dans la profession. Ainsi est mise en évidence une population fragile et précaire dans la profession qui n'est pas du tout suivie.

5.5.5. Relation entre la santé et le travail

Les chirurgiens dentistes de notre étude ont noté très justement le besoin d'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle pour maintenir de bonnes conditions de vie. Un équilibre insuffisant est une source de stress (Fradin et Aalberse, 2008) et un bon équilibre entre les deux est un facteur d'une bonne qualité de vie (Logan et al., 1997).

Dans les rapports entre la santé et la profession, les chirurgiens dentistes ont souvent signalé la posture de travail comme source d'algies. Cela rejoint les études

qui considèrent la posture de travail comme un facteur de stress et un souci majeur dans la profession (Toussaint, 2000).

5.6. Activités et Loisirs

5.6.1. Le sport

Tout comme les chirurgiens dentistes britanniques et hollandais (Kay et Scarrott, 1997 ; Gorter et al., 2000 ; Myers et Myers, 2004), les trois-quarts des praticiens lorrains et Bas-Rhinois font du sport.

L'étude de Myers citée précédemment montre la relation entre les chirurgiens dentistes à haut niveau de stress et ceux qui font le moins d'exercice. Dans notre étude, les praticiens qui ne font pas de sport sont liés aux anxieux et à ceux qui ont des problèmes dans leur vie familiale dus à leur travail. Cela conforte l'étude britannique et on peut supposer que cela explique que les praticiens non sportifs voient une différence dans leur qualité de travail par rapport à celle qu'ils auraient souhaitée.

La pratique sportive, plus que l'intensité avec laquelle on pratique un sport, est significativement liée à un moindre degré de stress. Cette relation ne semble pas être expliquée par les profils psychologiques liés habituellement au stress. La pratique sportive représente un facteur protecteur contre le stress, au même titre que la pratique d'une activité de loisirs. La pratique sportive régulière de une à trois heures par semaine est recommandée comme moyen pouvant contribuer à la diminution du stress (Boudet et al., 2005).

5.6.2. La musique

Écouter de la musique est un moment de détente qui permet de décompresser et prendre le temps pour se préserver (Malenfant, 2011). D'après notre enquête, les chirurgiens dentistes qui n'écoutent jamais de musique sont ceux qui ne font aucune activité extra-professionnelle : ils sont corrélés avec ceux qui ne font pas de sport ($p < 0,05$), qui n'ont pas d'activités extra-professionnelles ($p < 0,001$), qui ne vont pas aux congrès ($p < 0,001$) et ne veulent pas de cours de psychologie ($p < 0,05$) et enfin qui ne souhaitent pas une mise à jour de la Sécurité Sociale

($p < 0,05$). On peut faire l'hypothèse que ce sont des personnes qui se sont écartées des normes sociales avec une santé psychologique fragile.

Les praticiens qui ne se sentent pas en bonne santé sont plus souvent que les autres des praticiens qui n'écoutent pas assez de musique.

Les chirurgiens dentistes qui n'écoutent pas assez de musique jugent plus souvent leur métier routinier ($p < 0,01$ χ^2 10,11, ddl 2), ont plus fréquemment des perturbations de vie familiale ($p < 0,01$ χ^2 11,95, ddl 2), éprouvent plus souvent des difficultés diagnostiques ($p < 0,01$ χ^2 9,88 ddl 2), jugent moins souvent leur état de santé bon ($p < 0,001$ χ^2 14,71 ddl 2), sont plus souvent angoissés ($p < 0,05$ χ^2 7,84 ddl 2) et chassent leurs problèmes plus souvent par compensation avec la nourriture ($p < 0,01$ χ^2 11,40 ddl 2). La musique peut soulager une partie du stress mais on peut aussi penser que les chirurgiens dentistes débordés par de multiples problèmes ne prennent plus de temps pour eux-mêmes, notamment d'écouter de la musique.

5.6.3. Les activités extra-professionnelles

Dans les activités extra-professionnelles, les chirurgiens citent la famille, les amis et les enfants. Dans les moments difficiles, ils sont un soutien important pour réussir à les surmonter (Malenfant, 2011).

Il est nécessaire pour pouvoir supporter le stress de prendre des vacances sans se sentir coupable, ne pas s'inquiéter d'une éventuelle baisse de productivité et s'autoriser des loisirs (Botchway, 2000).

Nous pouvons mettre en évidence dans notre étude que les chirurgiens dentistes qui n'ont pas d'activités extra-professionnelles sont ceux qui sont probablement stressés : ils se sentent plus souvent angoissés ($p < 0,05$), ont plus souvent que les autres praticiens des perturbations de leur vie familiale dues à l'exercice de leur profession ($p < 0,05$) ou encore ressentent une certaine routine dans leur métier ($p < 0,05$).

5.6.4. Les vacances

Les chirurgiens dentistes lorrains et Bas-Rhinois prennent, pour 40,9% d'entre eux, cinq à sept semaines de vacances par an. Cela rejoint les données de Gilmour sur les chirurgiens dentistes britanniques. Cependant, quand 60% des Britanniques

prennent moins de cinq semaines de vacances par an (Gilmour et al., 2005), 20% des chirurgiens dentistes posent moins de 5 semaines de congés par an.

5.7. Hygiène de vie professionnelle

Tout comme une étude finlandaise (Murtomaa et Lehtinen, 1984), les chirurgiens dentistes qui ne vont pas en formation continue travaillent en milieu rural ($p<0,05$). Toute la profession participe aux congrès (94,4%), et ceux qui n'y vont pas sont ceux qui n'ont pas un bon état de santé ($p<0,05$), qui ne font pas de sport ($p<0,05$), qui n'aiment pas la musique ($p<0,05$) et qui prennent des drogues (hors tabac et alcool) ou des tranquillisants pour chasser leurs problèmes ($p<0,05$). Ce sont donc pour la plupart des chirurgiens dentistes qui sont en souffrance.

Les praticiens qui ne souhaitent pas de mises à jour de la nomenclature de la Sécurité Sociale sont sans doute des orthodontistes (quatre rendez-vous et plus par heure ($p<0,001$), deux fauteuils ou plus ($p<0,01$)) et des chirurgiens dentistes qui n'ont aucun problème avec leur travail (pas de différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue ($p<0,05$), pas de perturbations de la vie familiale par la profession ($p<0,05$), pas de charges de gestion trop lourdes ($p<0,05$) et ils n'auraient pas eu besoin davantage de cours de psychologie ($p<0,05$) et de gestion ($p<0,01$) dans la formation initiale).

Les chirurgiens dentistes qui jugent les moyens pour améliorer leurs conditions de travail nombreux sont ceux qui ont le moins souvent des problèmes professionnels (pas de différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue ($p<0,001$), pas de problèmes relationnels avec les patients ($p<0,05$), praticiens pas inquiets ($p<0,001$)). Au contraire, les chirurgiens dentistes qui les jugent insuffisants et rares sont ceux qui en auraient besoin comme le montrent les différents liens statistiquement significatifs entre l'impression d'avoir un manque de moyens et : une différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue ($p<0,001$), des perturbations de la vie familiale dues au travail ($p<0,001$), des difficultés financières personnelles ($p<0,001$), un état de santé pas jugé bon ($p<0,001$), les praticiens inquiets ($p<0,001$), anxieux ($p<0,01$) et angoissés ($p<0,05$) ainsi que ceux qui ne font pas de sport ($p<0,05$)).

5.8. L'image de la profession

Les chirurgiens dentistes ont peur pour leur image. Cela vient sans doute d'un problème d'image que les praticiens s'auto-attribuent car dans la population, ils jouissent d'un haut degré de respect et de confiance (Wolf et Ramseier, 2012). Cependant les chirurgiens dentistes néozélandais ressentent également un manque de reconnaissance de leurs patients (Ayers et al., 2008).

Le fait que les patients se plaignent des rémunérations des praticiens est dû en partie au fait qu'ils ne savent pas que 65 à 70% du chiffre d'affaires correspondent aux coûts du cabinet et au salaire des collaborateurs. De même, l'offre à visée purement cosmétique peut être assimilée à l'idée de promouvoir une culture de la superficialité. Le chirurgien dentiste proposerait alors des prestations à des personnes dans le cadre d'une société de consommation au lieu de traiter des patients dans le domaine de la santé. Par ailleurs, les chirurgiens dentistes n'assument pas leur responsabilité professionnelle s'ils excluent par des honoraires excessifs les personnes à revenus modestes (Wolf et Ramseier, 2012).

5.9. Les chirurgiens dentistes et leur avenir

Les chirurgiens dentistes sont un corps de métier inquiet. La moitié d'entre eux ne se sentent pas rassurés par l'avenir alors que généralement l'emploi est décrit comme stable avec de très nombreux avantages.

6. Étude comparative 1987-2001

L'objectif de cette étude était de comparer les conditions psycho-sociales du chirurgien dentiste dans le département de la Moselle et du Bas-Rhin en 2011 et comparer les résultats à ceux de 1987 (Engels-Deutsch, 1987).

6.1.1. Méthodologie

La comparaison des pourcentages entre les deux échantillons a été réalisée grâce au test de χ^2 d'homogénéité quand les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5 avec un effectif réel supérieur ou égal à 30. Si ces conditions n'étaient pas réalisées, le test exact de Fisher a été appliqué. Tous les calculs ont été réalisés

à l'aide du logiciel Excel ®. Le principe du test est de tester la distribution observée par rapport à une distribution théorique où les effectifs des deux échantillons seraient uniformément répartis (Ancelle, 2011).

6.1.2. Présentation des hypothèses

6.1.2.1. Hypothèses Nulle : H0

Les conditions psycho-sociales du chirurgien dentiste sont les mêmes pour les deux générations de praticien.

6.1.2.2. Hypothèse alternative : H1

Les conditions psycho-sociales du chirurgien dentiste sont moins bonnes en 2011.

6.1.3. Résultats et discussion

6.1.3.1. Analyse de l'effectif

En 1987, 600 chirurgiens dentistes avaient été interrogés, 300 en Moselle, 300 dans le Bas-Rhin. Le nombre de réponse était de 184, 75 du Bas-Rhin et 109 de la Moselle avec un taux de participation de 30,6% (respectivement pour chaque département 25,0% et 36,3%). En 2011, l'échantillon était plus grand, 363 réponses du Bas-Rhin (36,3%) et 118 réponses de la Moselle (21,45%).

Le tirage au sort n'avait pas été effectué pour l'étude de 1987 mais les chirurgiens dentistes avaient été répartis proportionnellement au nombre de chirurgiens dentistes par arrondissement référencés dans l'annuaire (Engels-Deutsch, 1987).

6.1.3.2. État civil des chirurgiens dentistes de 1987 et de 2011

25 années séparent ces deux études et leur comparaison permet de connaître l'évolution de la profession de chirurgien dentiste sur deux générations.

Concernant l'état civil, on peut observer une féminisation de la profession et une augmentation de l'âge des chirurgiens dentistes (Tableau 21).

Tableau 21 : Comparaison de l'état civil de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			Degré de signification
	En 1987 (en %)	En 2011 (en %)	I.C. à 95% (en %)	
Nombre de femmes	21,7	41,6	[37,2 ; 46,0]	p<0,001
Âge				
Moins de 34 ans	39,1	20,0	[16,4 ; 23,5]	p<0,001
De 55 à 65 ans	14,1	24,3	[20,5 ; 28,2]	p<0,010
État Civil				
Marié(e)s	80,0	64,9	[60,6 ; 69,1]	p<0,001
Divorcé(e)s	07,0	10,2	[7,5 ; 12,9]	N.S.

N.S. : Non significatif. ; I.C. : Intervalle de Confiance

Tout comme l'étude de 1987 le présentait, il existe une différence significative entre les hommes et les femmes selon l'âge : les femmes sont les plus jeunes praticiens et les hommes les plus âgés en 2011 ($\chi^2 = 41,37$; ddl = 3; $p < 0,001$).

Nous constatons que la profession se féminise de façon importante depuis 25 ans et que la population des chirurgiens dentistes est vieillissante. Dans l'échantillon de 1987, nous ne retrouvons pas de praticiens de plus de 65 ans, en 2011, un petit pourcentage ont répondu (1,0% ; I.C. à 95% [0,1 ; 1,9]).

Nous constatons moins de mariés en 2011, ce qui est en harmonie avec les données démographiques du reste de la population française.

6.1.3.2.1. Conditions de travail des chirurgiens dentistes en 1987 et 2011

Si l'on observe les conditions de travail des deux générations (Tableau 22), les chirurgiens actuels travaillent plus fréquemment moins de 35 heures et ressentent moins souvent de différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle observée.

Tableau 22: Comparaison des conditions de travail de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			
	1987 (en %)	2011 (en %)	I.C. à 95% (en %)	Degré de signification
Conditions de travail				
Heures de travail hebdomadaires au fauteuil				
Moins de 35h	27,0	44,8	[40,3 ; 49,3]	p<0,001
35 - 45h	64,5	49,0	[44,5 ; 53,6]	p<0,001
Plus de 45h	9,0	06,2	[4,0 ; 8,4]	N.S.
Travail routinier	31,7	26,1	[22,1 ; 30,0]	N.S.
Différence de qualité de travail entre celle souhaitée et celle obtenue	55,3	47,0	[42,4 ; 51,7]	p<0,001

N.S. : Non significatif. ; I.C. : Intervalle de Confiance

Aujourd'hui, les chirurgiens dentistes feraient donc moins d'heures au fauteuil par semaine qu'il y a 25 ans. Alors qu'en 1987, la majorité des chirurgiens dentistes travaillaient entre 35 et 45 heures par semaine au fauteuil, actuellement plus de chirurgiens dentistes travaillent moins de 35 heures. Entre temps la loi Aubry sur le temps de travail hebdomadaire (loi n°2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail) a été créée. Les chiffres nationaux observent une augmentation du travail avec assistante. Les chirurgiens dentistes ayant des

salariés dans leur cabinet adaptent leur temps de travail au fauteuil pour correspondre aux horaires des salariés.

La création d'emplois salariés (mutuelles, regroupement de chirurgiens dentistes) fait partie également des explications à ce changement. De plus dans notre étude, la proportion d'enseignants est importante. Le cumul d'un exercice libéral et public diminue le temps de travail au fauteuil, cela concerne les attachés et les assistants hospitalo-universitaires ainsi que les MCU-PH temps partiels.

Sur les deux générations on constate que la moitié des femmes travaillent moins de 35 heures par semaine au fauteuil. En 2011, la majorité (58,2%) d'entre elles travaillent moins de 35 heures et travaillent moins que les hommes ($\chi^2 = 25,16$; ddl = 2 ; $p < 0,001$). La féminisation de la profession entraîne alors une diminution du nombre d'heures de travail au fauteuil. D'après une étude suisse, la proportion de femmes chirurgiens dentistes de moins de 40 ans travaillant à temps partiel est cinq fois plus élevée par rapport à leurs collègues masculins du même âge (Wolf et Ramseier, 2012). Cela risque encore de s'accroître à l'avenir vu que les femmes sont de plus en plus nombreuses.

Les hommes jugent plus souvent leur travail routinier que les femmes aussi bien en 1987 qu'en 2011. C'est également le cas pour les plus de 54 ans par rapport aux autres classes d'âge. On peut faire l'hypothèse qu'il existe certainement un biais de confusion dû à l'âge.

Le fait que les chirurgiens dentistes actuels voient moins de différence entre la qualité de travail qu'ils souhaitent et celle obtenue peut être la conséquence d'une amélioration de la formation initiale et continue, ainsi que des progrès technologiques qui permettent de réaliser des soins de haute précision.

6.1.3.2.2. Problèmes relationnels des chirurgiens dentistes en 1987 et 2011

Les problèmes relationnels sont moins fréquents actuellement avec les patients, les prothésistes et la Sécurité Sociale (Tableau 23).

Tableau 23: Comparaison des problèmes relationnels de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			Degré de signification
	En 1987	En 2011	I.C. à 95%	
	(en %)	(en %)	(en %)	
Problèmes Relationnels				
Avec les assistantes	11,5	8,8	[6,2 ; 11,3]	N.S.
Avec les confrères	6,2	8,3	[5,8 ; 10,8]	N.S.
Avec les patients	41,6	28,0	[23,9 ; 32,1]	p<0,001
Avec les prothésistes	19,0	8,6	[6,1 ; 11,2]	p<0,001
Avec la Sécurité Sociale	21,9	7,9	[5,4 ; 10,3]	p<0,001

N.S. : Non significatif. ; I.C. : Intervalle de Confiance

La nouvelle génération de praticiens a moins de problèmes avec les patients que les chirurgiens dentistes exerçant en 1987. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les praticiens sont aujourd'hui peut-être mieux formés à gérer les conflits. La qualité des soins étant meilleure grâce aux progrès de la science, les patients ont peut-être moins de conflits avec les chirurgiens dentistes. On peut aussi penser que les conflits sont acceptés par les chirurgiens dentistes actuels comme faisant partie du métier et donc ils les gèrent mieux.

On constate également moins de tensions dans les relations avec les prothésistes. Les formations des deux professions ont peut-être évolué et les progrès technologiques permettent là aussi une meilleure efficacité technique et qualitative des deux professionnels.

Enfin les relations avec la Sécurité Sociale ont également évolué positivement. La grande différence en 25 ans est la suppression de l'entente préalable qui était nécessaire pour de nombreux actes. Les contacts avec le service de Sécurité Social sont donc moins fréquents.

6.1.3.2.3. Problèmes de gestion

Il y a 25 ans, les chirurgiens dentistes avaient plus fréquemment des difficultés financières personnelles et plus pensaient ne pas être convenablement équipés (Tableau 24).

Tableau 24: Comparaison des problèmes de gestion de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			Degré de signification
	1987 (en %)	2011 (en %)	I.C. à 95% (en %)	
Perturbations de la vie familiales dues à la profession	37,4	38,1	[57,5 ; 66,3]	N.S.
Ne pense pas être convenablement équipé	16,3	8,0	[5,5 ; 10,4]	p<0,01
Charges de gestion trop lourdes	75,8	81,7	[78,3 ; 85,2]	N.S.
Difficultés financières Personnelles	25,1	15,5	[12,3 ; 18,8]	p<0,01

N.S. : Non significatif. ; I.C. : Intervalle de Confiance

Comme pour les problèmes relationnels, on peut noter à nouveau une amélioration dans la profession. Cependant les charges de gestion sont au moins perçues toujours aussi lourdes, voire encore plus. Il n'y a pas eu d'amélioration à ce niveau pour les chirurgiens dentistes.

Les praticiens ont également moins de difficultés financières qu'en 1987 mais une étude américaine a montré que sur la période 1986-1995, les chirurgiens dentistes ont augmenté leur activité par heure. Pour pouvoir gagner autant, voire plus, les praticiens ont dû avoir un rendement horaire plus performant (Brown et Lazar, 1998). C'est également le cas en France, l'évolution des honoraires hors dépassement est proportionnelle aux nombres d'actes (Figure 77).

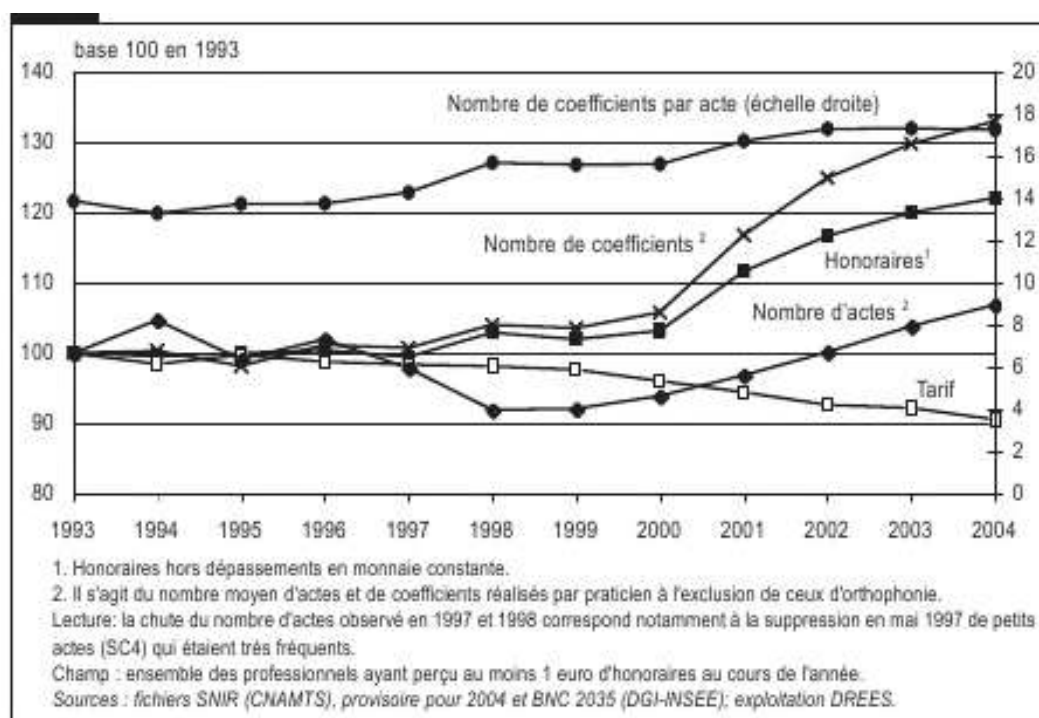


Figure 77 : Évolution des honoraires réels hors dépassement par chirurgien dentiste et ses composantes (Legendre, 2006)

6.1.3.2.4. Problèmes de formation

Même s'il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les chirurgiens dentistes des deux générations au niveau des difficultés diagnostiques, les chirurgiens dentistes de 2011 sont proportionnellement plus nombreux à juger que leurs études ne les ont pas préparés à la réalité professionnelle (Tableau 25).

Tableau 25 : Comparaison des problèmes de formation de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 avec 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			
	1987 (en %)	2011 (en %)	I.C. à 95% (en %)	Degré de signification
Difficultés diagnostiques	17,5	19,2	[15,6 ; 22,8]	N.S.
Études ne préparent pas à la réalité de la profession	64,6	72,7	[68,5 ; 76,8]	p<0,05
Besoin de cours de psychologie	59,9	57,1	[52,6 ; 61,5]	N.S.
Besoin de cours de gestion	89,4	87,9	[85,0 ; 90,9]	N.S.

N.S. : Non significatif. ; I.C. : Intervalle de Confiance

On peut observer que les deux générations considèrent en majorité que les études ne préparent pas à la réalité professionnelle. On remarque même une dégradation significative du jugement des professionnels en 2011 par rapport à 1987.

6.1.3.2.5. Santé des chirurgiens dentistes en 1987 et 2011

Dans cette étude, nous ne relevons pas de différence statistiquement significative au niveau de la santé entre les deux générations si ce n'est que les chirurgiens dentistes répondent plus souvent, de manière statistiquement significative, en 2011 qu'ils se sentent inquiets, et / ou angoissés (Tableau 26).

Tableau 26 : Comparaison entre la santé de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 et celle de 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			Degré de signification
	1987 (en %)	2011 (en %)	I.C. à 95% (en %)	
Santé pas jugée bonne	22,4	18,0	[14,5 ; 21,4]	N.S.
Mauvais état de santé lié à l'exercice de la profession	84,6	88,0	[80,9 ; 95,0]	N.S.
Inquiets	35,6	37,5	[33,1 ; 41,9]	N.S.
Anxieux	30,6	45,4	[40,8 ; 49,9]	p<0,001
Angoissés	7,2	23,3	[19,4 ; 27,1]	p<0,001
Déjà arrêté pour surmenage	9,3	9,0	[6,4 ; 11,6]	N.S.
Alcool «pour chasser ses problèmes»	5,0	7,5	[5,2 ; 9,9]	N.S.
Drogues (tranquillisants) «pour chasser ses problèmes»	5,0	7,8	[5,4 ; 10,2]	N.S.
Déjà pensé au suicide	9,4	12,8	[9,8 ; 15,9]	N.S.

N.S. : Non significatif. ; I.C. : Intervalle de Confiance

Dans notre étude, nous ne pouvons pas dire que la santé s'est dégradée de manière significative. Si l'on compare la consommation d'alcool pour chasser leurs problèmes des hommes et des femmes, on observe que les hommes ont une consommation plus importante que les femmes pour les deux générations de chirurgiens dentistes.

6.1.3.2.6. Loisirs des chirurgiens dentistes de 1987 et 2011

L'étude ne constate pas de différence statistiquement significative entre les chirurgiens dentistes de 1987 et 2011 concernant l'activité sportive et les loisirs. Les chirurgiens dentistes actuels aiment moins la musique que leurs aînés (Tableau 27).

Tableau 27 : Comparaison entre l'hygiène de vie de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 et celle de 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			Degré de signification
	1987 (en %)	2011 (en %)	I.C. à 95% (en %)	
Fait du sport	81,3	78,9	[75,2 ; 82,6]	N.S.
aime la musique	96,2	90,1	[87,4 ; 92,8]	p<0,05
Joue d'un instrument	24,3	20,3	[16,6 ; 23,9]	N.S.
A une activité extra-professionnelle	80,8	84,6	[12,1 ; 18,7]	N.S.

N.S. : Non significatif. ; I.C. : Intervalle de Confiance

Le nombre de semaines de vacances est réparti de la même façon en 1987 et en 2011. Il n'y a pas de différence significative qui permet de penser que les praticiens d'aujourd'hui prennent plus de vacances que par le passé.

6.1.3.2.7. Hygiène de vie professionnelle des chirurgiens dentistes en 1987 et 2011

Enfin moins de chirurgiens dentistes souhaitent une mise à jour de la Sécurité Sociale aujourd'hui mais nous pouvons noter que la proportion dans l'échantillon de 2011 de spécialistes exclusifs est plus importante (Tableau 27) cependant le pourcentage de praticiens la voulant reste très élevé (91,8%).

Tableau 28 : Comparaison entre l'hygiène de vie professionnelle de 692 chirurgiens dentistes exerçant en 2011 et celle de 184 chirurgiens dentistes exerçant en 1987 dans le département du Bas-Rhin et de la Moselle

	Nombre de réponses			Degré de signification
	1987 (en %)	2011 (en %)	I.C. à 95% (en %)	
Vont en congrès	92,8	94,3	[92,2 ; 96,4]	N.S.
Souhaite une Mise à jour de la Sécurité Sociale	98,3	91,8	[89,2 ; 94,3]	p<0,01

I.C. : intervalle de confiance

Depuis 2004, la formation continue est obligatoire en France pour les chirurgiens dentistes (Loi n°2004-806 du 9 août 2004 – art. 99 JORF 11 août 2004). La très grande majorité des chirurgiens dentistes allaient déjà régulièrement en congrès ou séminaires en 1987. Nous pouvons supposer que cette loi n'a pas modifié le comportement de la majorité des chirurgiens dentistes quant à leur formation professionnelle.

PARTIE 3 : LA PRÉVENTION DU STRESS CHEZ L'ODONTOLOGISTE

1. Pour toute personne stressée

La prise en charge du stress en entreprise a tout d'abord été abordée sur un mode individuel afin d'aider les salariés à développer des capacités de faire face. La démarche collective a plutôt été portée par une analyse des causalités organisationnelles et du management puis l'accompagnement des différents acteurs de l'entreprise. Notons qu'à l'heure actuelle, ces deux démarches se voient souvent opposées alors qu'une prise en charge efficace du stress requiert ce double travail qui est à la fois individuel et collectif. L'impact d'un facteur de stress professionnel varie nécessairement selon l'évaluation qu'en fait l'individu, selon ses capacités d'y faire face. C'est là où réside toute la difficulté des interventions : comment prendre en compte à la fois les aspects organisationnels et subjectifs dans la prise en charge du stress ? Travailler avec les individus pour augmenter leurs capacités à faire face est nécessaire et est inextricablement lié au travail d'identification des facteurs de stress professionnels et de la mise en place d'actions pour amoindrir leur effet sur la santé mentale et physique des personnes.

Il est important de ne pas limiter les initiatives de lutte contre le risque de burnout au bien-être mental. À l'inverse, les problèmes physiques ne doivent pas être traités sans réflexion sur l'existence d'une éventuelle composante psychologique (Gorter et al., 2000). La solution réside dans le changement qu'il s'agisse de l'environnement de travail, du style de vie ou de sa perception des choses (Malenfant, 2011).

L'idéal est de faire de la prévention, avant l'apparition des lésions organiques souvent irréversibles et invalidantes (Toussaint, 2000). Elle commence par la connaissance et reconnaissance des signaux d'alarme (Tigrid et Sintès, 2009 ; Wolf et Ramseier, 2012 ; Toussaint, 2000). Les traitements et la prévention doivent être abordés à plusieurs niveaux et dans plusieurs directions. Il est ainsi important d'apprendre à identifier le stress pour mieux lui résister et moins le subir (Tigrid et Sintès, 2009).

Il faut miser sur de bonnes pratiques individuelles, réviser ses pratiques professionnelles, améliorer l'environnement de travail et améliorer les pratiques de l'équipe de travail. C'est aussi accepter d'apporter des changements dans sa façon habituelle de faire, même dans les choses les plus banales. Par exemple aborder les tâches difficiles par étape au lieu de se laisser décourager (Malenfant, 2011).

Le traitement des causes est plus efficace et durable que celui des symptômes (Fradin et Aalberse, 2008). En effet le traitement du burnout étant long et difficile, c'est la prévention du burnout qui s'impose. La prise en charge thérapeutique du stress passe par la diminution des facteurs de stress dans l'environnement, le développement de stratégies adaptées pour mieux faire face aux facteurs de stress qui n'auront pu être écartés et l'augmentation de la résistance au stress (Théry-Hugly, 2008).

Les conséquences du stress professionnel ne sont pas une maladie individuelle, elles ne sont pas seulement dues à un environnement de travail négatif mais le burnout provient d'une « dysfonction écologique » et donc doit être vu sous une approche globale (Paine, 1982). Le burnout est évitable et il est important de bien délimiter ses causes.

On distingue deux parcours de stratégies de prévention : l'approche organisationnelle et l'approche individuelle (Wolfe, 1981 ; Maslach et Leiter, 2010) avec selon l'état de burnout dans lequel se trouve le patient, des moyens de prévention primaire, secondaire et tertiaire (Delbrouck, 2003). Les programmes d'intervention qui ont pour objectif de réduire les effets nocifs du stress peuvent être suppléés par une prévention primaire ayant pour but d'améliorer les conditions de travail des chirurgiens dentistes. Cependant son efficacité n'est pas suffisamment décrite pour suggérer qu'elle soit plus bénéfique que la prise en charges des symptômes du stress (Newton et al., 2006).

Ces stratégies de prévention concernent le domaine physique (relaxation), émotionnel (développement d'attitudes mentales adaptées) et comportemental (relations affirmées avec les autres) (Legeron et al., 2008).

Cependant en stade sévère de burnout, la prise en charge nécessite impérativement l'éloignement de la personne de son environnement professionnel et une hospitalisation peut s'imposer quand la composante dépressive est importante.

Elle peut être associée à des idées suicidaires et à des signes d'épuisement physique majeurs. Dans ce cas-là un traitement médicamenteux est nécessaire avec une démarche psychothérapeutique centrée sur la réappropriation des émotions liées à la profession et à la reconstruction de l'estime de soi avec des stratégies cognitivo-comportementales (Legeron et al., 2008).

Les interventions peuvent se faire sur des cibles spécifiques dont les quatre plus importantes sont :

- Individuelle : elles visent à renforcer la capacité de la personne à faire face au stress professionnel,
- Interpersonnelle : pour renforcer la dynamique de groupe de travail ou les relations interpersonnelles dans le but de diminuer le stress ou renforcer les capacités de défense individuelles,
- Lieu de travail : modifier l'environnement de travail pour réduire le stress,
- Organisationnelle : changements dans la politique de gestion, les protocoles pour faire face aux facteurs organisationnelles liés à l'épuisement professionnel (Paine, 1982).

Tableau 29 : Voies comportementale, cognitive et physique pour alléger les pressions au travail (Kaney, 1999)

Comportement	Cognitif	Physique
Anticipation des problèmes	Réévaluation des attitudes et des idées	Relaxation
Apprendre à se contrôler	Examiner ses attentes	Régime alimentaire
Résolution des problèmes	Ne pas dramatiser	Habitudes de travail
Compétences en gestion	Évaluer les priorités	
Compétences en communication		
Compétences sociales et interpersonnelles		
Compétences en management		

Les interventions visant à réduire le stress et le burnout des chirurgiens dentistes doivent avoir pour but d'aider les praticiens à créer un changement qu'ils peuvent maintenir. De simples informations sur le niveau de stress qu'ils éprouvent peuvent être suffisantes pour promouvoir un changement chez les praticiens très motivés (Newton et al., 2006).

Les principaux axes pour alléger les pressions au travail sont répertoriés dans le tableau 29.

1.1. Se connaître, reconnaître, et prévenir

Pour faire face au burnout, une des actions de prévention les plus importantes est d'être conscient de ses propres besoins et d'essayer de comprendre pourquoi on travaille dans une profession de soins. Arriver à faire ce travail sur soi peut permettre d'éviter le surmenage si fréquent dans ces professions (Wolfe, 1981). Bien que cela semble évident, c'est la première étape de la prévention. Si l'avis vient directement du milieu professionnel, le praticien fait souvent la sourde oreille même s'il reconnaît qu'il présume de ses forces et de sa résistance. Mais il est d'usage dans le milieu de l'odontologie que le praticien travaille un peu plus tous les jours sans pour autant se soucier de sa capacité physique ou morale à endurer cette masse de travail (Gorter, 1999).

Il faut apprendre à reconnaître les signes avant-coureurs de l'épuisement, porter attention aux premiers signaux qu'envoient le corps et le cerveau : changement de l'humeur, émotions négatives face à soi et aux autres, fatigue. Il est important de s'arrêter pour comprendre ce qui est à l'origine du stress éprouvé et de faire le point pour bien cerner ses inquiétudes. La personne doit agir avant d'atteindre une phase critique comme en allégeant ses horaires de travail (Malenfant, 2011). L'individu est donc tenu de savoir reconnaître les signes avant-coureurs du burnout et de réagir à temps en ralentissant le rythme de travail. Homer, en 1985, condamne les bourreaux de travail et insiste sur les dangers d'un tempérament perfectionniste qui mène le plus souvent à la peur de l'échec et à l'incapacité de se détendre, de déléguer et de demander de l'aide lorsque le besoin s'en fait ressentir. L'individu doit apprendre à reconnaître ses limites émotionnelles et physiques et les respecter en travaillant moins dès que les premiers signes de stress apparaissent (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

Les habitudes de vie sont également à revoir (alimentation, activité physique, sommeil). Il est recommandé de savoir dire « oui » à ce qui donne de l'énergie, et « non » à ce qui vide. L'individu doit réviser ses besoins et les valeurs qu'il veut préserver (Malenfant, 2011).

Mieux se connaître, c'est aussi cerner ses limites et ses forces. Il faut identifier ses résistances et les déjouer. La prévention passe par le fait de lâcher prise sur les anciennes habitudes et de modifier sa perception des choses de manière à donner un sens à sa vie (Malenfant, 2011).

Le déni est une réaction fréquente, on entend encore trop souvent que le stress n'est pas une « vraie » maladie et qu'il n'empêche pas de travailler (Tigris et Sintès, 2009). Le chirurgien dentiste doit s'autoévaluer et relever ses principaux facteurs de stress auxquels il est soumis lors d'une semaine de travail habituel. Ensuite il pourra les analyser et, avec le soutien d'un thérapeute, les évaluer (Théry-Hugly, 2008).

1.2. L'affirmation de soi

Dans des circonstances difficiles, les personnes qui ont une saine estime de soi se ressaisissent plus facilement (Malenfant, 2011).

L'affirmation de soi regroupe un ensemble de techniques comportementales axées sur l'amélioration des interactions sociales et le développement des capacités d'empathie. Le comportement affirmé, qui s'oppose à la fois au comportement passif et au comportement agressif, se définit par l'expression de ses pensées, besoins et sentiments, de la manière la plus claire et la plus directe possible. Il s'exprime sans ressentir de tension excessive et en tenant compte des pensées, besoins et sentiments de son interlocuteur. C'est aussi agir dans ses propres intérêts et faire respecter ses droits, sans pour autant porter atteinte à ceux des autres. C'est en fait le comportement le plus efficace, matériellement, rationnellement et le plus confortable émotionnellement (Théry-Hugly, 2008).

Être empathique est la première des occasions à exercer l'affirmation de soi dans la relation thérapeutique. C'est, bien sûr, être proche de son patient qui souffre ou qui se pose des questions, le comprendre et le lui dire, mais en gardant malgré

tout une distance suffisante pour justement se protéger tout en étant efficace (Théry-Hugly, 2008).

Les programmes d'affirmation de soi développés par les thérapeutes se donnent pour objectif de développer chez les praticiens, des compétences relationnelles leur permettant d'aborder, le plus efficacement et le plus sereinement possible, différentes situations quelquefois stressantes ou embarrassantes comme aider le patient à s'exprimer, améliorer l'observance d'un plan de traitement, exprimer une critique ou répondre à une critique, savoir faire une demande, refuser les demandes abusives, convaincre et motiver, faire face à une erreur médicale (Théry-Hugly, 2008).

1.3. Modifier ses cognitions

Modifier ses cognitions, c'est savoir retraiter ses informations, dédramatiser, relativiser. Dans le contexte du stress au travail, la restructuration cognitive a comme objectif de permettre au professionnel en difficulté de résister aux différents facteurs de stress en l'aidant à substituer, aux pensées automatiques, aux sentiments négatifs corollaires des cognitions inadéquates, des sentiments plus conformes à une appréciation objective de la situation. Cela consiste à repérer et à corriger les distorsions cognitives qui sont des erreurs de logique, mécanismes conditionnés qui nous amènent, par exemple, à tirer des conclusions sans preuve, à généraliser, ou à ne voir qu'une partie de la situation aux dépens de l'ensemble. Quant aux schémas cognitifs ils constituent notre système de croyances, nos valeurs profondes dont les origines sont notre éducation, nos expériences, notre culture, notre environnement. Ces structures relativement stables faussent notre jugement et peuvent se révéler être de vrais handicaps. L'intérêt sera de les reconnaître dans nos pensées et celles des autres et de travailler à les assouplir (Théry-Hugly, 2008).

Il faut changer l'individu car celui-ci est avant tout considéré comme étant principalement responsable de son expérience de burnout. La façon qu'a l'individu de réagir face aux facteurs de stress auxquels il est confronté au travail est sérieusement mise en cause. Le problème dans ce cas vient du fait que l'individu semble incapable de gérer la frustration causée par son inhabilité à répondre efficacement aux attentes placées sur lui par les autres ou par lui-même. Par ailleurs, quel que soit la cause réelle du burnout, l'individu est tenu responsable de trouver un

moyen de gérer la situation et le danger que représente ce stress et ses conséquences. Cette approche du problème est finalement en accord avec notre culture individualiste qui tient non seulement les gens responsables pour ce qui leur arrive mais qui va aussi avoir tendance à récompenser ceux qui parviennent à surmonter les obstacles qu'ils rencontrent. De plus, les individus sont tenus responsables de la façon dont ils perçoivent et gèrent les facteurs de stress professionnels dans la mesure où les conditions de travail d'un employé ne deviennent stressantes qu'à partir du moment où celui-ci les perçoit comme telles. En outre, le fait qu'il existe toujours quelques individus isolés ne percevant pas leurs conditions de travail comme étant stressantes tend à renforcer la notion selon laquelle la solution au problème du burnout se trouve effectivement sous le contrôle de l'individu qui doit changer la façon dont il interprète et ressent son environnement de travail et les événements qui s'y produisent (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004)

Cette approche de prévention du stress est par-delà étayée par notre culture et société enclines à récompenser et glorifier les individus capables de faire des efforts surhumains pour atteindre les objectifs totalement irréalistes. De telles valeurs encouragent les individus à être fiers de leur épuisement physique et émotionnel et de leur capacité à dépasser leurs propres limites dans la mesure où notre culture soutient la notion qu'il nous faut travailler dur pour travailler bien. Le stress fini par être rationalisé comme étant quelque chose de relativement positif et que nous pouvons être fiers de notre habilité à l'endurer (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

1.4. Les modérateurs de stress

Les modérateurs de stress sont des habitudes de vie qui permettent d'augmenter sa résistance générale au stress. C'est adopter des comportements antagonistes de la réaction de stress : ralentir, s'octroyer un petit plaisir, sortir de la situation stressante, sourire. Mais c'est aussi diminuer la pression du temps en le gérant : évaluer l'utilisation de notre temps, planifier du temps pour nos priorités, dire « non » plus souvent (Théry-Hugly, 2008).

Dans la vie personnelle, c'est une meilleure hygiène de vie : sommeil, alimentation équilibrée et régulière dans un endroit calme, c'est pratiquer un exercice physique régulier, c'est réduire ou arrêter les comportements à risques comme l'alcool, le tabac, le café, les excitants (Théry-Hugly, 2008).

1.5. L'engagement professionnel

Combattre le burnout ne consiste pas juste à réduire le nombre de facteurs négatifs et parfois il n'existe pas beaucoup de moyens pour lutter contre. Il est souvent plus utile de développer les facteurs positifs et d'amener l'opposé du burnout défini par le terme d' « engagement ». Quand le burnout est contrecarré par l'engagement professionnel, l'épuisement est remplacé par l'enthousiasme, l'amertume par la compassion, l'anxiété par l'efficacité (Maslach et Leiter, 2010). De plus la fréquence des algies dues aux postures de travail sont proportionnelles aux satisfactions procurées par le travail (Toussaint, 2000).

Il est nécessaire d'apprendre à réajuster ses perceptions et ses attentes à l'égard du travail (Malenfant, 2011).

L'engagement caractérisé par l'énergie, l'implication au travail et l'efficacité, permet de lutter contre l'épuisement professionnel. C'est une sorte de « tampon » pour le stress professionnel. Les professionnels engagés ont la capacité de supporter les exigences de leur travail et de dépasser ceux-ci pour avoir une réelle satisfaction au travail (Maslach et Leiter, 1997). Ne s'y opposant pas mais généralement corrélé négativement avec, l'engagement professionnel est un phénomène aussi complexe que le burnout. Il existe également trois dimensions : la vigueur, le dévouement et l'absorption. La vigueur est caractérisée par des niveaux élevés d'énergie et de résistance mentale pendant le travail. C'est la volonté d'investir des efforts dans son travail qui perdurent même face aux difficultés. Le dévouement est défini par un sentiment d'importance, d'enthousiasme, de fierté, d'inspiration et de défi. La concentration est le fait d'être totalement absorbé et concentré par son travail, le temps passe vite et il est difficile de se détacher de son travail (Gorter et al., 2008).

1.6. Le soutien social

Le soutien social représente l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir le phénomène de burnout. Le soutien social consiste non seulement en du soutien apporté par la famille et les amis d'un individu, mais aussi par le contexte professionnel dans lequel il se trouve par le biais de ses collègues et de ses supérieurs (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

Il est important de bien s'entourer de manière à se sentir soutenu. Le fait de parler de ce qui préoccupe peut faire toute la différence. Le soutien social est un excellent exutoire au stress (Malenfant, 2011).

Pour 87% des 545 chirurgiens dentistes répondants à une étude britannique, la famille et les amis sont des confidents avec qui ils peuvent parler de tous leurs problèmes et se soulager (Kay et Lowe, 2008). Pour réduire son stress, il faut s'organiser du temps dans une vie relationnelle sociale et familiale (Théry-Hugly, 2008).

1.7. Les techniques de relaxation et de méditation

L'équilibre entre la fatigue et le repos est souvent instable chez le chirurgien dentiste souffrant de tension physique, psychique ou professionnelle (Théry-Hugly, 2008). Le stress peut produire un état de contraction musculaire chronique et augmenter la concentration de toxines. Les exercices de détente sur le lieu de travail ou en dehors, tiennent du miracle pour la plupart.

On y oppose deux types d'exercices : d'un côté, les exercices purement physiques qui soulagent une fatigue musculaire, et de l'autre, ceux qui permettent de se vider totalement l'esprit. Beaucoup de praticiens s'énervent lorsqu'un patient annule son rendez-vous au dernier moment, alors que ce pourrait être le moment de s'accorder un instant pour prendre un café ou régler diverses tâches administratives (Gorter, 1999).

La relaxation est obligatoire pour arriver à gérer le stress (Théry-Hugly, 2008). Le repos, la relaxation ou toute autre forme d'introspection sont bénéfiques pour diminuer certains symptômes liés au burnout. Il faut cependant rappeler que ce ne sont pas des moyens pour le traiter réellement (Malenfant, 2011).

Le soignant doit savoir faire usage de son temps sans patients pour récupérer ses réserves physiques et émotionnelles. Les techniques de relaxation pendant les heures quotidiennes de pauses peuvent réduire l'incidence des symptômes physiques, diminuer la pression artérielle et augmenter la satisfaction au travail. L'hypertension artérielle peut être diminuée par la pratique régulière de certains exercices de relaxation incluant l'entraînement autogène (technique particulière

d'exercices mentaux impliquant la relaxation et l'autosuggestion), quelques types de yoga et de méditation (Peters et al., 1977a).

La relaxation peut se définir comme un état psycho-physiologique inverse de celui de l'excitation. Se relaxer peut ainsi être une méthode adéquate pour réduire le stress. L'idée de base est celle d'apprendre à relâcher la tension musculaire pour réduire le stress physiologique afin d'obtenir une sensation d'apaisement psychologique tout en maintenant l'esprit en éveil. Le training autogène de Schultz et la relaxation progressive de Jacobson sont à la base des méthodes actuelles les plus employées. Pratiquer la relaxation est d'un intérêt tout particulier dans le cas de stress professionnel. Elle fournit un moyen efficace d'une anxiolyse extemporanée, permettant une action ciblée dans différentes situations éprouvantes. Pour un praticien, la pratique régulière de la relaxation, relaxation-récupération ou mini-relaxation, lui permettra de conserver la maîtrise et le contrôle de son comportement. Cet automatisme appris de maîtrise, en plus de son confort personnel, sera d'une influence efficace dans sa relation avec ses patients (Théry-Hugly, 2008).

La mini-relaxation ou la relaxation-récupération sont des exercices simples qui doivent être répétés et réparties sur toute la journée. Ils sont faisables dans de nombreuses circonstances : assis, entre deux patients, debout, en parlant...). Les praticiens doivent apprendre à se programmer pour arriver à un automatisme. La connaissance, l'entraînement et la récupération sont nécessaires pour que l'effet soit efficace. L'objectif des exercices est ne pas laisser le stress s'installer. Les exercices ne doivent durer qu'une à cinq minutes. Il faut trouver une position confortable, même debout, détendre les muscles du visage, des épaules et des membres, contrôler la respiration ventrale, constater son bien-être et pour finir prendre une grande respiration avec des étirements (Théry-Hugly, 2008).

Les personnes qui commencent à méditer régulièrement tendent à devenir moins anxieux, moins névrosés, plus indépendants et ont un meilleur développement personnel. L'étude de Peter a montré qu'il était faisable pour les chirurgiens dentistes d'incorporer des pauses de relaxation dans la routine journalière professionnelle et que cela engendrait de grandes améliorations comparé aux personnes qui n'en faisaient pas. De plus, c'est une méthode non onéreuse qui permet aux personnes de faire face aux facteurs de stress quotidiens (Peters et al., 1977b).

1.8. L'exercice physique

En plus de la relaxation, un exercice physique régulier est important et est jugé efficace pour prévenir le burnout (Wolfe, 1981).

Les activités sportives sont, pour beaucoup de chirurgiens dentistes palestiniens, un moyen de gérer les conditions de travail stressantes et de calmer les douleurs musculo-squelettiques dues à la profession (Al-Khatib et al., 2006).

Les exercices d'aérobics sont mentionnés comme diminuant ou prévenant les lombalgies. En général, les programmes d'exercice facilitent la perte de poids, améliorent la posture du tronc et étirent les structures musculo-tendineuses. Tout cela atténue les douleurs des lombalgies basses. Trente minutes de programme d'aérobic trois fois par semaine sont idéales pour le bien-être général (Nancy, 2009).

1.9. Les mesures alimentaires et diététiques

Il n'y a rien de plus efficace dans la prévention du stress que l'écoute et le conseil. En outre, les bonnes habitudes alimentaires, l'exercice physique, le sommeil, la nature et l'air frais, les activités extra-professionnelles sont autant d'éléments source de résistance et de bien-être et qui ajouteront un plus non négligeable dans le combat quotidien contre le stress (Gorter, 1999).

1.10. Les méthodes de psychothérapie

Le but de la psychothérapie comme approche préventive est d'encourager les individus à avoir une meilleure connaissance d'eux-mêmes, de leur personnalité, de leurs désirs profonds et de leurs motivations. Cette recherche personnelle est censée assister les personnes concernées à mieux comprendre les raisons pour lesquelles ils sont vulnérables au stress tout en les aidant à trouver le moyen d'aborder leur vie professionnelle en minimisant les risques de burnout (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

De véritables programmes de gestion du stress existent. Ils ont pour objectif d'aider l'individu à développer des stratégies efficaces pour maintenir le stress à des niveaux acceptables. Les stratégies cognitivo-comportementales s'inscrivent dans le domaine physique (techniques de relaxation adaptées à la gestion du stress),

émotionnel (développement d'attitudes mentales adaptées), et comportemental (relation affirmée avec les autres) (Théry-Hugly, 2008).

Les méthodes dites de « coping » utilisées par les psychologues sont étudiées pour que les personnes puissent développer des stratégies pour faire face aux situations stressantes (Toussaint, 2000).

Les cours de gestion du stress et les services d'aide offerts aux professionnels peuvent être d'un grand secours, mais cela ne suffit pas. Il importe de s'attaquer à la source du problème le plus rapidement possible (Malenfant, 2011).

1.11. L'apport de la médecine non conventionnelle

L'acupuncture est la spécialité la plus connue de la médecine traditionnelle chinoise et est largement répandue à travers le monde (Pavao et al., 2010). Elle est apparue il y a plus de 5000 ans en Chine (Luu, 2006). Elle comprend actuellement différentes techniques dont les bases fondamentales demeurent hypothétiques. L'implantation d'aiguilles en est le déterminant commun. Leurs différences reposent sur les sites utilisés (points des méridiens ou zones-gâchettes), la mobilisation ou non des aiguilles implantées, l'adjonction d'une électrostimulation (Beaudreuil et Gallou, 2004). Des études, comme celle de Pavao, tendent à observer que des séances régulières d'acupuncture diminuent le stress et stimulent la prolifération de lymphocytes (Pavao et al., 2010).

Une autre approche alternative à considérer est le *shiatsu*, reconnue notamment au Japon, qui signifie pression (*atsu*) des doigts (*shi*). C'est une stimulation du corps par les mains et les doigts. Cette pratique se base sur la tendance naturelle du corps à se guérir lui-même, et le stimule. Le praticien de *shiatsu* réveille ce potentiel naturel de guérison et de rééquilibrage, en harmonisant à la fois l'esprit et le corps. Dans le cadre des somatisations des patients en burnout, les troubles directement liés à un état de tensions musculaires semblent être nettement améliorés à la suite des séances de *shiatsu*. Les bénéfices attendus du *shiatsu* concernent essentiellement la fatigue ressentie, l'irritabilité, les difficultés de concentration (Hazif-Thomas et al., 2009).

La musicothérapie, terme du début du siècle pour une pratique connue depuis l'antiquité, définit l'utilisation du rythme et de la mélodie comme moyen d'expression

et de communication permettant une meilleure connaissance de son corps et facilitant la relation avec les autres. En étudiant la personnalité sonore et musicale des personnes en burnout, la musicothérapie aide très nettement celles-ci à se décentrer de leur vie intérieure. En ce sens, le cadre thérapeutique a une connotation de sécurité, de réassurance, de limite et de fermeté, et doit être présent durant de longues périodes (Hazif-Thomas et al., 2009).

Il existe une place pour la relation et le soin du corps à côté du traitement médicamenteux antidépresseur. La prise en soin du malade en burnout doit être globale (Hazif-Thomas et al., 2009).

1.12. Les loisirs

Prévoir des activités permet de prendre plus de temps pour récupérer : peinture, lecture, tricot, visite au musée, écoute de musique, marche et enfin des repas avec le portable, l'ordinateur et la télévision éteints (Malenfant, 2011).

2. Le traitement et la prophylaxie du stress pour les chirurgien dentistes

Un petit nombre de chirurgiens dentistes peut déjà être affecté après quelques années de pratique par le burnout. Le plus important est d'avertir ces jeunes praticiens des risques encourus (Gorter et al., 2007).

2.1. Au cabinet dentaire

2.1.1. Amélioration l'environnement de travail

La modification des conditions de travail a pour but de changer l'environnement du chirurgien dentiste (Barbier, 2004). Cela commence par créer un environnement physique de travail stimulant : suffisance de ressources matérielles, salle réservée au personnel, amélioration de l'insonorisation des lieux (Malenfant, 2011)...

L'attention à la santé physique, notamment en faisant des exercices réguliers spécifiques doit être un geste quotidien pour prévenir les troubles musculo-squelettiques (Gorter et al., 2000 ; Sharma et Golchha, 2011).

Le chirurgien dentiste peut de façon simple, réduire lui-même son niveau de burnout en modifiant son environnement de travail pour le rendre ergonomique et améliorer sa posture de travail (Murtomaa et al., 1990 ; Nancy, 2009). L'amélioration du niveau de burnout va faire diminuer le risque de dépersonnalisation. Le maintien d'une posture de travail de qualité va diminuer la fatigue et le risque de démotivation du chirurgien dentiste (Murtomaa et al., 1990).

Il faut inciter les chirurgiens dentistes à diminuer les facteurs de stress inutiles et modifiables. L'ergonomie permet la diminution des facteurs de stress physiques (Théry-Hugly, 2008). Les praticiens qui travaillent en position assise ont plus de douleurs dorsales sévères que ceux qui alternent les positions. Il faut changer de posture et ne pas rester en position statique pour diminuer la prévalence des douleurs de dos (Ratzon et al., 2000).

Pour le renouvellement de l'air, acquérir un appareil de traitement de l'air permettrait de pouvoir décharger l'air de ses aérosols (Toussaint, 2000).

2.1.2. Gestion des ressources humaines

Des réunions d'équipe doivent se mettre en place, il faut engager des discussions constructives entre collègues et avec le personnel. Lorsque l'on vit des relations harmonieuses avec son entourage au travail, on est plus heureux et plus efficace (Malenfant, 2011).

La reconnaissance et la compréhension au sein de l'équipe passent par des réunions avec ordre du jour permettant une régulation des stress de la journée, des entretiens de profil de poste qui ont pour objectif de souligner ce qui fonctionne bien et féliciter l'assistante. Les compliments faits sincèrement lorsqu'ils sont justifiés ne sont pas une faiblesse de la part de l'employeur. Ils procèdent d'une pédagogie aujourd'hui validée, les meilleurs résultats sont obtenus grâce aux renforcements réguliers (Sintes, 2007).

Le chirurgien dentiste doit adapter la gestion de son équipe en prenant en compte le risque de stress et proposer une prévention des conséquences dommageables. Ainsi, autour de l'acte réalisé en bouche, les tâches satellites peuvent être déléguées aux assistantes, dans la mesure où le niveau de délégation a bien été précisé entre praticien et assistante. Il est important que l'assistante ait un

contrôle sur le rythme et les moyens à utiliser dans les étapes de son travail. Il faut donc qu'elle développe parallèlement une participation aux décisions d'organisation du cabinet, ainsi qu'une autonomie pour la part de tâches où compétence et capacité sont présentes. Elle doit se sentir concernée, responsable de la qualité de travail. Ses tâches doivent être diversifiées, susciter de l'intérêt. Elle doit pouvoir avoir des contacts sociaux de qualité (Sintes, 2007).

Dans sa pratique, personne n'obtient le *feed-back* qu'il pourrait espérer. Le patient ne se préoccupe que de ses problèmes et le praticien ne sait pas donner de reconnaissance sur un travail bien accompli par son équipe. Réfléchir sur l'organisation du travail, ses attentes et la façon de s'entretenir avec quelqu'un ne sont pas monnaie courante dans ce métier (Gorter, 1999). Le stage actif de fin de cursus universitaire est bénéfique pour les jeunes chirurgiens dentistes afin de pouvoir prendre conseil auprès de confrères plus expérimentés dans l'objectif de s'améliorer à mieux gérer à l'avenir les problèmes relationnels.

2.1.3. Maîtrise du temps

La réorganisation du travail dans le rythme et la périodicité, comme le temps partiel ou aménagé, la flexibilité des horaires avec des périodes de détente, constituent un facteur de plus grande disponibilité (Barbier, 2004).

Des temps de récupération sont nécessaires. Durant la journée, des périodes sans patients, utilisés par exemple pour les charges administratives permettront au chirurgien dentiste d'avoir des phases moins stressantes (Wolfe, 1981). Les pauses sont indispensables pour le bon équilibre physique et nerveux du praticien (Toussaint, 2000) et même s'il est difficile d'adapter son emploi du temps par la démographie professionnelle actuelle. En effet le départ en retraite non compensé des chirurgiens dentistes les plus âgés entraîne la surcharge de patientèle pour la plupart des cabinets dentaires. Il est donc important de réserver des plages horaires de temps libre pour soi et ses proches en l'inscrivant dans son agenda. Les pauses permettent de décrocher, de prendre l'air (Malenfant, 2011).

2.1.4. La prévention de la surcharge de travail

Certains chirurgiens dentistes sont débordés par le nombre de patients. Si la surcharge est due à une zone démographique où la demande en chirurgiens dentistes est forte, les aides à l'installation devront être développées et surtout connues par les jeunes chirurgiens dentistes, qui n'ont pas toujours accès à toutes les informations. L'Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD) aimerait, dans cet objectif, voir paraître une liste de toutes les mesures incitatives à l'installation nationales et locales destinées aux futurs praticiens.

Une autre solution est envisagée lors des derniers congrès de l'UNECD, pour faire face au manque de chirurgiens dentistes dans certaines régions. L'idée est d'instaurer une année civique où le jeune praticien serait en collaboration avec un chirurgien dentiste dans des zones dépourvues de praticien. Cela permettrait suite aux études de pouvoir profiter de l'expérience du collaborateur et apprendre à connaître la nouvelle région grâce à un mentor.

2.1.5. Gestion du cabinet dentaire

Il est important pour le praticien de réfléchir aux aspects et opportunités que lui proposent la profession, de sélectionner ce qu'il apprécie le plus pour continuer à être engagé activement dans son métier et lutter contre l'épuisement professionnel (Gorter et al., 2008). Pour permettre au chirurgien dentiste de découvrir de nouveaux aspects de sa profession, il doit pouvoir maîtriser les finances de son cabinet. Il doit pour cela connaître le coût de son activité par mois, par jour voire par heure. Des règles simples permettent de réduire le stress économique, les chirurgiens dentistes délaissent trop souvent toute la gestion financière à leur expert comptable et l'Association de Gestion Agréée (AGA). Le chirurgien dentiste doit s'assurer de minimiser les dépenses pour qu'elles soient toujours inférieures aux recettes, séparer les dépenses personnelles des professionnelles, les bénéfices retirés de l'exercice professionnel doivent suffire aux dépenses personnelles et familiales, etc. Ces règles paraissent évidentes mais ne sont pas suffisamment suivies par les chirurgiens dentistes qui peuvent se retrouver dans des situations complexes et précaires (Wyll, 1981).

2.1.6. Aide entre confrères

Il convient de souligner l'importance de la revalorisation de l'expression et des échanges lors de réunions, symposiums, congrès, pour mieux partager ses difficultés et surtout sortir de son isolement (Barbier, 2004).

Ce partage interpersonnel, informel, animé par un intervenant extérieur, doit avoir plusieurs objectifs. Outre la communication centrée sur la circulation de l'information, la concertation et la réflexion, ce partage offre la possibilité d'évoquer, pour ceux qui le souhaitent, les difficultés professionnelles et d'éviter que des situations difficiles d'un point de vue relationnel ne se transforment en problème personnel (Barbier, 2004). 71% des problèmes professionnels des chirurgiens dentistes finlandais sont résolus en consultant un ou plusieurs confrères (Murtomaa et al., 1990). Si la personne souhaite un changement plus radical et désire s'interroger sur ses choix, une psychothérapie ou une psychanalyse sont alors indiquées. Ce type de thérapie permettra de découvrir les causes profondes du malaise dans lequel autrui parfois nous plonge.

2.1.7. Contrôle de l'anxiété du patient et diminution du stress relationnel

Mettre de la distance dans la relation avec le patient est un important moyen de défense face au stress mais il faut faire attention à ne pas se retrouver dans une logique de dépersonnalisation (Wolfe, 1981).

Il est important d'avoir une certaine distance dans la relation avec les patients tout en faisant attention de ne pas être dans un phénomène de distanciation. Il est impossible de ne pas être débordé en s'impliquant intimement avec chaque patient (Wolfe, 1981).

Pour améliorer les relations avec les patients anxieux, il faut prendre le temps de parler avec eux, allonger les rendez-vous de ces patients pour permettre d'avoir des pauses courtes durant les moments anxiogènes et inconfortables pour permettre une réussite des soins dans les meilleures conditions (Moore et Brodsgaard, 2001).

2.1.8. Les vacances

De véritables jours de vacances sont nécessaires pour diminuer l'épuisement professionnel. Les vacances doivent être prises régulièrement (Humphris, 1998). Souvent les personnes ne perçoivent pas qu'elles sont dans un processus d'épuisement et cela peut être source d'absentéisme. En chirurgie dentaire, l'absentéisme se manifeste plus par l'arrêt du cabinet dentaire une journée de temps en temps or ce n'est pas efficace pour récupérer. Au contraire, perturbant les soins aux patients (décaler les rendez-vous, souvent la décision est prise au dernier moment), cela augmente le sentiment de culpabilité (Wolfe, 1981). Seule l'interruption de travail longue (au moins une semaine), prévue et organisée en amont, permet un repos véritable du chirurgien dentiste.

2.2. Suggestions pour la formation initiale

Bien connaître l'attitude face au stress lorsque l'on est encore étudiant peut être une clé pour gérer mieux le stress professionnel (Gorter et al., 2007). À la Faculté d'odontologie de Nancy, depuis 2011, les étudiants de 5^{ème} année ont des séances de groupe organisées par deux psychiatres, le docteur Witkowski et le docteur Droz qui permettent aux étudiants de parler de leurs difficultés cliniques. Ces initiatives sont à encourager, sans connaissance des moyens de prévention, les chirurgiens dentistes ne prendront jamais l'initiative de demander de l'aide.

2.2.1. Informer sur le stress

Pour bien gérer le stress en tant que chirurgien dentiste, il est important que, déjà en tant qu'étudiant, le futur soignant apprenne à connaître ses réactions face au stress (Gorter et al., 2007). Le stress ne fait pas l'objet d'un enseignement particulier dans les Facultés d'odontologie et trop peu de médecins savent le diagnostiquer et gérer les patients stressés (Toussaint, 2000).

Le burnout pourrait être prévenu si les chirurgiens dentistes savaient reconnaître le processus (Humphris, 1998). Il est risqué de penser que l'épuisement professionnel provient de la faiblesse de l'individu. La culpabilité va entraîner le repli sur soi du chirurgien dentiste, la négation des problèmes et la fuite face à toute proposition d'aide. Il faut s'interroger sur l'existence d'une telle stigmatisation dans

nos Facultés dentaires et dans les organisations liées à notre profession (Gorter et al., 2000).

Depuis 1998, l'Université de Montréal a un programme d'intervention à plusieurs niveaux qui inclut la diffusion d'information en matière de prévention afin que les étudiants se préparent mieux à faire face au stress. Le but est d'empêcher la survenue de la dépression et ses facteurs de risque : irritabilité et épuisement. D'après le Dr Lavigne, Doyen de la Faculté de médecine dentaire, le programme semble avoir eu un effet préventif. Il se justifie en affirmant qu'il n'y aurait eu aucune tentative de suicide à la Faculté de médecine dentaire de Montréal en 10 ans. L'intérêt majeur de ce type de programme de prévention est d'offrir la possibilité aux étudiants de parler plus ouvertement de la dépression. Dans cette université, il existe aussi un service de consultation psychologique vers lequel on peut orienter l'étudiant en cas de situation de crise. Une fois chirurgiens dentistes, ces étudiants seront capables de trouver des aides (Nancy, 2009).

2.2.1. L'enseignement de la psychologie

Des cours théoriques et pratiques sur la notion de stress en clinique du chirurgien dentiste sont enseignés à l'Université de Montréal. Mieux comprendre le stress et l'anxiété associés à la profession permet de mieux les gérer. Il serait intéressant que les facultés d'odontologie françaises préparent les étudiants à affronter les différents facteurs de stress.

Une étude danoise préconise des formations à propos de l'anxiété des patients et de contrôle de son propre stress pour les chirurgiens dentistes (Moore et Brodsgaard, 2001).

2.2.2. L'enseignement à la gestion d'une entreprise

Les jeunes professionnels sont souvent confrontés à un véritable choc face à la réalité de leur profession.

Le stress lié au travail et la gestion du cabinet sont sous-estimés par les jeunes praticiens, ils ne se sentent pas suffisamment préparés à tant de pressions :

contact avec les assurances et rapports à la loi, l'organisation professionnelle, la gestion financière et la gestion du personnel (Gorter et al., 2007).

Contrairement aux Pays-Bas, les étudiants français, lors de la première année de troisième cycle odontologique, réalisent un stage actif chez un praticien de plus de 200 heures. Cette initiative permet une expérience professionnelle libérale supervisée par un chirurgien dentiste expérimenté.

Les cours de gestion et de comptabilité, déjà proposés dans certaines Unités de Formation et de Recherche (UFR) françaises, doivent être inclus dans toutes les universités. Cette formation devrait être étudiée sous forme de petits groupes, « en e-learning » et les associations dentaires professionnelles pourraient stimuler cette initiative (Gorter et al., 2007).

2.2.3. Prévention des troubles musculo-squelettiques

Les principes généraux d'ergonomie sont déjà enseignés à la l'UFR d'odontologie de Nancy. Le docteur Mortier, en 2^{ème} année, apprend dès les premières séances de travaux pratiques à maintenir une posture de travail de qualité pour éviter les mauvaises habitudes de se mettre en place. En 6^{ème} année, le docteur Clément, à l'aide également de séances de travaux pratiques, enseigne l'ergonomie nécessaire au travail à quatre mains ainsi que les avantages et les inconvénients ergonomiques des différents dispositifs médicaux.

Cependant les enseignants doivent faire comprendre aux étudiants que l'ergonomie est aussi importante que les disciplines cliniques pour pouvoir exercer sereinement en cabinet dentaire. Les études ne montrent pas d'évolution des douleurs physiques des praticiens depuis des dizaines d'années. Apprendre comment rendre confortable son environnement de travail est une nécessité pour le chirurgien dentiste (Sharma et Golchha, 2011).

2.3. Les outils de prévention mis à dispositions

Un observatoire national de la santé des chirurgiens dentistes a été créé par le syndicat majoritaire professionnel, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD). Une évaluation de la santé des chirurgiens dentistes est en cours

d'étude afin de déterminer des moyens de prévention. Après discussion par courriel, Serge Deschaux, directeur de ce laboratoire, nous a informés qu'il était très difficile d'avoir accès aux données relatives à la santé des chirurgiens dentistes. Suite à divers entretiens, nous avons pu observer la même difficulté à obtenir des chiffres récents à propos des conditions psychosociales des praticiens. Le sujet est encore tabou et il est difficile d'en parler.

2.3.1. Thermomètre du stress et de l'épuisement professionnel

Il est très difficile de reconnaître les signes précurseurs de l'épuisement professionnel et les personnes atteintes d'épuisement professionnel négligent souvent les commentaires subjectifs de leur entourage sur leur santé. Les associations dentaires et l'Ordre des chirurgiens dentistes pourraient mettre en place des moyens plus objectifs d'avertissement au burnout et surtout des contrôles réguliers sur les risques d'épuisement professionnel des praticiens.

Comme moyen de contrôle, l'association dentaire hollandaise a mis en place un « thermomètre du stress et de l'épuisement professionnel » sur leur site internet qui donne anonymement immédiatement le niveau de stress des professionnels. Il a déjà été utilisé par plus de 12% des membres de l'association et les premières évaluations ont été positives (Gorter et al., 2007). Gorter aimerait compléter cet instrument avec une évaluation des ressources professionnelles du chirurgien dentiste : « the Dentists' Experienced Job Resources Scale » (Gorter et al., 2006). On pourrait imaginer le même dispositif, facile à mettre en place en France.

2.3.2. Les groupes de discussions

La première étape dans la lutte contre le burnout est de reconnaître son existence et d'avoir la possibilité d'avoir un moyen de discussion ouvert à propos de ce sujet. Simplement apprendre que d'autres soignants éprouvent les mêmes sentiments peut améliorer très nettement les sentiments de culpabilité et de frustration (Wolfe, 1981).

Les réunions de groupe où est donnée l'opportunité d'extérioriser les angoisses et le stress (surtout dans les professions médicales), permettent aux

employés de gérer avec plus de compétence et de compassion les problèmes de leurs patients tout en réduisant la tension émotionnelle associée à ces professions (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

Ces discussions peuvent être formelles ou informelles, de groupe ou individuelles, avec toujours une communication de soutien et sans jugement. Le contenu des discussions doit s'éloigner de la gestion spécifique des patients, haussant le risque de burnout. Il doit plutôt être centré sur le ressenti personnel. Un régulateur de la discussion, psychologue ou psychiatre par exemple, est bénéfique à la qualité de ces réunions (Wolfe, 1981).

Les groupes Balint, du nom de son créateur le docteur Michael Balint, sont composés de médecins et / ou d'autres professionnels de santé. En petit groupe d'une dizaine de personnes, le groupe est animé généralement par deux médecins : un analyste, psychothérapeute ou psychiatre et un médecin ayant l'expérience de ces groupes. L'axe principal du travail effectué dans ces réunions est la relation soignant-soigné. Ce n'est pas un groupe thérapeutique ni une présentation de cas cliniques, mais l'objectif de ces groupes Balint est de mieux former les professionnels de santé sur le plan psychologique (Delbrouck, 2003).

En France, les chirurgiens dentistes ont la possibilité de rompre leur isolement et de participer à des réunions de praticiens (formation professionnelle continue, groupe de pairs, syndicats ou encore enseignement), ce qui est un élément protecteur contre les effets de l'épuisement professionnel. La Société de Psychologie Odonto-Stomatologique et Médicale de Paris organise des ateliers d'information, d'entraînement aux stratégies de gestion du stress professionnel et de libre parole.

3. Dépistage et futures voies de prévention

Des recherches s'orientent vers l'utilisation d'un indicateur physique du stress pour pouvoir mesurer le niveau d'épuisement des professionnels. Même s'il existe sans doute une limite psycho-physiologique, l'affaiblissement du système immunitaire est une voie de recherche.

Il est important que le thérapeute prescripteur ne choisisse pas sa méthode préférée de lutte contre le burnout pour ne pas se retrouver dans le piège de

« l'expert actif » et du « patient passif ». Il est important que la personne souffrant de burnout puisse se faire écouter et encourager, se faire aider dans ses recherches pour prendre mieux soin de lui-même. Le traitement idéal est donc d'avoir le choix. Tant que les preuves cliniques et la recherche n'auront pas délimité une sélection de compétences spécifiques pour répondre aux besoins personnels et aux exigences d'une situation, le traitement de choix restera la prescription personnalisée et écrite par la personne (Paine, 1982). Aujourd'hui ces données restent toujours d'actualité.

Un « thermomètre du stress » est en développement pour permettre aux professionnels de santé d'avoir un retour personnalisé de leur niveau de stress. Cet instrument de mesure a pour but d'être mis en ligne pour être accessible à tous. L'intérêt de cet instrument est d'avoir des questions validées par méthode épidémiologique et il a la particularité de prendre en compte les facteurs de stress dentaires (Te Brake et al., 2005).

Aux Pays-Bas, un groupe de réflexion a été mis en place composé de chirurgiens dentistes ayant comme objectif la prévention du stress. Il s'agit en fait de réunions régulières par petits groupes de chirurgiens dentistes avec un expert en développement de vie professionnelle où sont abordés de nombreux sujets ayant un rapport direct avec le métier de chirurgien dentiste (Gorter, 1999). En France, les initiatives comme l'observatoire de la santé des chirurgiens dentistes de la C.N.S.D. doivent être développées.

Il serait important de mettre en place une consultation dédiée aux chirurgiens dentistes en surmenage, aux praticiens qui se sentent en mauvaise santé et qui aimeraient pouvoir être écoutés face à leurs problèmes. En France des consultations existent déjà pour les médecins qui sont pris en charge téléphoniquement par d'autres médecins (Baudeau, 2011). Un numéro de téléphone a été mis en place par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux en France, également ouvert aux chirurgiens dentistes. Cependant le numéro est insuffisamment relayé par les différents médias et peu de praticiens le connaissent : **0826 004 580**.

Un service britannique dédié aux chirurgiens dentistes existe déjà : « The Kent area the new Dental Practitioners Support Service ». Il a été développé dans le but spécifique d'aider les chirurgiens dentistes qui doivent faire face à un haut niveau de stress. Le service a pour objectif d'identifier les problèmes auxquels les praticiens

sont confrontés et de les diriger vers les solutions appropriées d'aide ainsi que de donner les premiers conseils par un consultant spécialiste du stress professionnel. Les chirurgiens dentistes sont ensuite suivis dans le temps pour connaître l'évolution de leur stress (Newton et al., 2006).

Les programmes d'intervention adaptés aux besoins spécifiques des chirurgiens dentistes peuvent réduire significativement le mal-être et modifier les mécanismes d'adaptations habituels des praticiens (Newton et al., 2006).

Le recensement des maladies professionnelles et des suicides chez les chirurgiens dentistes français est primordial. Il existe encore trop de tabous à ce sujet. Une campagne d'information sur le stress au travail des chirurgiens dentistes permettrait aux praticiens de savoir reconnaître leur niveau de stress et de connaître les différents moyens de prévention (Théry-Hugly, 2008).

En France, en 2009, un comité a été mandaté par le premier ministre François Fillon, afin de proposer des mesures pour améliorer les conditions de santé psychologique au travail. La conclusion de ce rapport est que l'amélioration de la santé psychologique au travail ne doit pas se limiter à la gestion du stress professionnel. Le véritable enjeu est le bien-être des salariés et leur valorisation comme principale ressource de l'entreprise (Malenfant, 2011).

Les organismes professionnels à but lucratif préfèrent largement s'en remettre aux méthodes de prévention centrées sur l'individu qui entraînent moins de coûts immédiats que des interventions visant à changer la structure même de l'environnement professionnel. En effet, des interventions visant à transformer certains aspects du contexte professionnel générateurs de stress représentent une menace bien plus importante de par l'engagement important qu'elles impliqueraient de la part du management ainsi que du temps et de l'argent qui devraient être investis pour mener à bien de telles interventions (Guéritault-Chalvin et Cooper, 2004).

CONCLUSION

La chirurgie dentaire est une profession soumise à un risque psychosocial important. En effet, le praticien de l'art est soumis selon nos études bibliographiques à de nombreux facteurs de stress spécifiques à notre profession et ce, quel que soit le système de santé du pays étudié (système américain, britannique, allemand, français). Cependant, le niveau de burnout dans la profession est difficile à mesurer, entraînant dans les cas extrêmes des comportements à risque tels que la toxicomanie et les idées suicidaires.

En plus d'être soumis au stress physique et psychologique inhérent à tout individu, le chirurgien dentiste doit faire à des facteurs de stress spécifiques à sa profession : la surcharge de travail, l'anxiété des patients, les positions contraignantes pour réaliser un travail de précision, les charges de gestion, la pression économique et temporelle. Ces difficultés sont accentuées par un environnement contraignant (bruits, odeurs, éclairage, champ opératoire confiné...), l'isolement professionnel et le manque d'évolution de carrière. Les responsabilités de soignant accentuent les risques de burnout du chirurgien dentiste. Les caractéristiques de la personnalité du praticien et son degré de perfectionnisme, façonnés au cours de ses études, déterminent les comportements inadaptés de lutte contre le stress. Le schéma de comportement de type A (haut degré d'hostilité, d'impatience, de hâte, d'hyperactivité, d'ambition, de compétitivité, d'engagement, de dépendance au travail) est le plus courant chez le chirurgien dentiste en attente de reconnaissance sociale.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les conditions psychosociales de l'exercice de la chirurgie dentaire dans la région Lorraine et dans le département du Bas-Rhin en 2011 afin d'identifier les éventuels facteurs de risque de stress au travail et de les comparer avec les données de la même étude réalisée par le Docteur Engels-Deutsch en 1987 sur un échantillon de 184 chirurgiens dentistes mosellans et bas-rhinois. Parmi 2334 chirurgiens dentistes interrogés, 692 praticiens ont répondu à l'enquête.

Nous avons pu observer la féminisation de la profession et les risques du non remplacement de nombreux départs en retraite sur les cinq prochaines années. En ce qui concerne les conditions de travail et les facteurs de stress inhérents, nos

résultats sont comparables aux études réalisées dans d'autres pays. Le nombre d'heures de travail au fauteuil est proportionnel avec de nombreux facteurs négatifs. Le sentiment de routine est plus fort parmi les praticiens en mauvaise santé, angoissés, avec des idées suicidaires ou n'ayant aucun loisir pour se sortir du milieu professionnel. Les problèmes relationnels concernent les chirurgiens dentistes qui ont des comportements à risques (toxicomanie, isolement, surmenage). Les chirurgiens dentistes avec des difficultés financières sont plus souvent des praticiens en situation de grande précarité : recours à des drogues (alcool, tabac, tranquillisants, etc.), idées suicidaires, nombre d'heures de travail trop important et risques thérapeutiques pour le patient. Les praticiens inquiets, anxieux ou angoissés sont des personnes fragilisées par des problèmes relationnels, surmenées avec des idées suicidaires. Parmi ces praticiens, l'utilisation de drogues ou stimulants est plus fréquente et les addictions plus nombreuses (nourriture, jeux). Enfin les praticiens ne dormant pas suffisamment, ne pratiquant pas de sport, n'écoutant pas de musique ou ne prenant pas des vacances suffisamment bien réparties sur l'année, sont également sujets à conduites à risque pour leur santé pouvant influencer sur la qualité des soins.

La comparaison sur 25 ans (une génération entière de praticiens) a permis de soulever quelques points importants sur l'évolution du risque psychosocial dans la profession. Aujourd'hui les chirurgiens dentistes ont moins de problèmes relationnels grâce à l'évolution des techniques de soins et de communication. Pour éviter d'avoir des difficultés financières les praticiens améliorent leur rendement horaire (quelquefois au détriment de la qualité) et témoignent que cela n'est pas dû qu'à l'amélioration des techniques mais également à la pression économique. Les charges de gestion sont toujours ressenties comme nombreuses et lourdes. L'informatisation des cabinets dentaires n'a pas permis de diminuer sensiblement les charges administratives. La formation initiale est toujours perçue en inadéquation avec la réalité professionnelle. Les praticiens contemporains sont plus anxieux et plus angoissés. La demande pour la mise à jour de la nomenclature de la Sécurité Sociale reste extrêmement élevée.

Afin de lutter et de prévenir le stress professionnel, plusieurs solutions sont envisagées. La première étape est de reconnaître le stress lorsqu'il est présent. Le chirurgien dentiste doit apprendre à se connaître et à accepter ses limites. Cela

passer par une nouvelle organisation de son temps de travail et de l'environnement professionnel. Il doit s'imposer des objectifs réalisables. Apprendre à améliorer la communication avec les différents acteurs de la vie professionnelle permet de combattre plus efficacement le stress, tout comme une vie de famille équilibrée. Le sport, la musique, les méthodes de relaxation et le repos sont également des moyens efficaces pour surmonter le stress professionnel. Le chirurgien dentiste stressé ne doit pas hésiter à prendre contact avec son médecin traitant qui le dirigera vers un spécialiste qui pourra mettre en place une thérapeutique personnalisée et adaptée. À ce titre, nous rappelons que la médecine du travail n'est pas obligatoire pour les chirurgiens dentistes libéraux et qu'il n'existe pas de suivi régulier des praticiens hospitaliers à la faculté d'odontologie de Nancy. Le défi, aujourd'hui, est de pouvoir faire une détection précoce des risques de burnout afin de mettre en place des actions de prévention dès la formation initiale et de suivre les personnes prédisposées (Gorter et al., 2007; Gorter et al., 2007).

Notre travail ouvre la voie à la mise en place d'études plus approfondies au niveau national avec un niveau de preuve plus élevé. La profession de chirurgien dentiste étant hautement spécialisée, il serait important de créer des possibilités de reconversion à ouverture sur la médecine, la biologie et la santé publique. L'exercice mixte ou salarié, en grande progression, représente également une solution pour la prise en charge des patients souvent exclus par le système de santé comme les handicapés (4 à 6 millions d'habitants) ainsi que les personnes âgées (2 à 3 millions). La profession de chirurgien dentiste jugée encore comme trop difficile pourrait s'émanciper par un travail en pluridisciplinarité et la création d'hygiénistes dentaires. Elle pourrait également être justement revalorisée par les pouvoirs publics.

BIBLIOGRAPHIE

- AL-KHATIB, I. A., ISHTAYEH, M., BARGHOUTY, H. & AKKAWI, B. 2006. Dentists' perceptions of occupational hazards and preventive measures in East Jerusalem. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 12, 153-60.
- ALBERT, E., BELLINGHAUSEN, L., COLLANGE, J. & SOULA, M. C. 2010. Mesurer le stress professionnel. *Arch. Mal. Prof. Environ. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 71, 130-138.
- ANCELLE, T. 2011. *Statistique ; Epidémiologie*, Paris, Maloine.
- AOUBA, A., PÉGUIGNOT, F., CAMELIN, L., LAURENT, F. & JOUGLA, É. 2009. La mortalité par suicide en France en 2006. *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques*, 702.
- AYERS, K. M. S., THOMSON, W. M., NEWTON, J. T. & RICH, A. M. 2008. Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occupational medicine*, 58, 275-281.
- BARBIER, D. 2004. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Presse Médicale*, 33, 394-8.
- BAUDEAU, B. 2011. Burn-out : des médecins à l'écoute des médecins. *Le concours médical*, 133, 600.
- BEAUDREUIL, J. & GALLOU, J. J. 2004. Acupuncture et cervicalgies chroniques : analyse critique de la littérature. *Revue du rhumatisme édition française maladies des os et des articulations*, 71, 721-723.
- BERNARD-MASSE, C. 2011. L'acoustique du cabinet dentaire : enquête d'opinion auprès de chirurgiens dentistes de Meurthe-et-Moselle et étude d'un cas particulier. *Thèse d'exercice de chirurgie dentaire. Nancy*.
- BOTCHWAY, C. A. 2000. Esclaves du stress. *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 66, 31-32.

- BOUDET, G., PARIS, C., M.-L., S.-R., AMBROISE-PIVERT, I., DESHEULLES, J. & CHAMOUX, A. 2005. Effet protecteur de l'activité physique : prise en compte des différents facteurs de variation du stress. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement.*, 66, 427-437.
- BOURASSA, M., DES ORMEAUX, J. M., DESORMEAUX, M. & THI DAO, T. T. 1984. Etude sur les facteurs de stress en dentisterie. *Le Journal dentaire du Quebec*, 21, 9-13.
- BROWN, J., BURKE, F. J., MACDONALD, E. B., GILMOUR, H., HILL, K. B., MORRIS, A. J., WHITE, D. A., MUIRHEAD, E. K. & MURRAY, K. 2010. Dental practitioners and ill health retirement: causes, outcomes and re-employment. *British dental journal*, 209, E7.
- BROWN, L. J. & LAZAR, V. 1998. Dentists and their practices. *Journal of the American Dental Association*, 129, 1692-9.
- BUSSING, A. & PERRAR, K. M. 1994. [Burnout measurement. Study of a German version of the Maslach Burnout Inventory (MBI-D)]. *Pflege Zeitschrift*, 47, suppl 20-30.
- CARILLO, C. 2011. 1/10 Le stress au travail, définition et enjeux. *Soins Soins*, 56, 63-64.
- CHAPKO, M. K., BERGNER, M., BEACH, B., GREEN, K., MILGROM, P. & SKALABRIN, N. 1986. Development of a measure of job satisfaction for dentists and dental auxiliaries. *Community dentistry and oral epidemiology*, 14, 76-9.
- CHOWANADISAI, S., KUKIATTRAKOON, B., YAPONG, B., KEDJARUNE, U. & LEGGAT, P. A. 2000. Occupational health problems of dentists in southern Thailand. *International dental journal*, 50, 36-40.
- COHEN, S. & WILLIAMSON, G. M. 1991. Stress and infectious disease in humans. *Psychological bulletin*, 109, 5-24.
- COLLET, M. & SICART, D. 2007. Les chirurgiens-dentistes en France : Situation démographique et analyse des comportements en 2006. *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques*, 594.

- COOPER, C. L., MALLINGER, M. & KAHN, R. 1978. Identifying sources of occupational stress among dentists. *Journal of occupational psychology*, 51, 227-234.
- DALOZ, L. & BENONY, H. 2007. The subject in state of burnout. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement.*, 68, 126.
- DALOZ, L., BÉNONY, H., FRÉNISY, M.-C. & K., C. 2005. Burnout et maltraitance dans la relation soignante. *Annales médico psychologiques.*, 163, 156.
- DELBROUCK, M. 2003. *Le burn-out du soignant*.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A. B., DE JONGE, J., JANSSEN, P. P. & SCHAUFELI, W. B. 2001. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 27, 279-86.
- DIMATTEO, M. R., SHUGARS, D. A. & HAYS, R. D. 1993. occupational stress, life stress and mental health among dentists. *Journal of occupational and organizational psychology*, 66, 153-162.
- DION, G. & TESSIER, R. 1994. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26, 210.
- ENGELS-DEUTSCH, M. 1987. Le stress en chirurgie dentaire : causes et traitements. *Thèse d'exercice de chirurgie dentaire. Strasbourg*.
- FRADIN, J. & AALBERSE, M. 2008. L'intelligence du stress, *Éditions Eyrolles*.
- GARFINKEL, L. & STELLMAN, S. D. 1986. Cigarette smoking among physicians, dentists, and nurses. *CA: a cancer journal for clinicians*, 36, 2-8.
- GIL-MONTE, P. R. 2002. [Factorial validity of the Spanish adaptation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey]. *Salud publica de Mexico*, 44, 33-40.
- GILMOUR, J., STEWARDSON, D. A., SHUGARS, D. A. & BURKE, F. J. 2005. An assessment of career satisfaction among a group of general dental practitioners in Staffordshire. *British dental journal*, 198, 701-4, discussion 693.
- GORTER, R. C. 1999. Le stress du travail et le "burnout" dans la pratique dentaire. *L'information dentaire*, 1999, 2559-2563.

- GORTER, R. C., ALBRECHT, G., HOOGSTRATEN, J. & EIJKMAN, M. A. 1999a. Professional burnout among Dutch dentists. *Community dentistry and oral epidemiology*, 27, 109-16.
- GORTER, R. C., ALBRECHT, G., HOOGSTRATEN, J. & EIJKMAN, M. A. J. 1999b. Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory-Dutch Version (MBI-NL) among Dentists. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 209-217.
- GORTER, R. C., EIJKMAN, M. A. & HOOGSTRATEN, J. 2000. Burnout and health among Dutch dentists. *European journal of oral sciences*, 108, 261-7.
- GORTER, R. C., STORM, M. K., TE BRAKE, J. H., KERSTEN, H. W. & EIJKMAN, M. A. 2007. Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. *International dental journal*, 57, 279-85.
- GORTER, R. C., TE BRAKE, H. J., HOOGSTRATEN, J. & EIJKMAN, M. A. 2008. Positive engagement and job resources in dental practice. *Community dentistry and oral epidemiology*, 36, 47-54.
- GORTER, R. C., TE BRAKE, J. H., EIJKMAN, M. A. & HOOGSTRATEN, J. 2006. Job resources in Dutch dental practice. *International dental journal*, 56, 22-8.
- GUÉRITAULT-CHALVIN, V. & COOPER, C. L. 2004. Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte-rendu de la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14, 59-70.
- HAKANEN, J. J., BAKKER, A. B. & DEMEROUTI, E. 2005. How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. *European journal of oral sciences*, 113, 479-487.
- HAZIF-THOMAS, C., ROULLEAUX, J. & THOMAS, P. 2009. Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants? *NPG Neurol. Psychiatr. Geriatr. NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 9, 251-255.
- HILL, K. B., BURKE, F. J., BROWN, J., MACDONALD, E. B., MORRIS, A. J., WHITE, D. A. & MURRAY, K. 2010. Dental practitioners and ill health retirement: a qualitative investigation into the causes and effects. *British dental journal*, 209, E8.

- HUMPHRIS, G. 1998. A review of burnout in dentists. *Dental update*, 25, 392-6.
- INSTITUT DE MÉDECINE ENVIRONNEMENTALE NEUROSCIENCES, C. M. D. V. 2009. Les risques psychosociaux : nouvelle donne. *Journal Officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl*, 214, 21-22.
- JAY, T. M. 2006. Le stress, un ennemi de la plasticité neuronale participe à la pathologie du vieillissement. *L'encéphale*, 32, 622.
- KANEY, S. 1999. Sources of stress for orthodontic practitioners. *British journal of orthodontics*, 26, 75-6.
- KAY, E. J. & LOWE, J. C. 2008. A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005. *British dental journal*, 204, E19; discussion 622-3.
- KAY, E. J. & SCARROTT, D. M. 1997. A survey of dental professionals' health and well-being. *British dental journal*, 183, 340-5.
- KITAOKA-HIGASHIGUCHI, K., OGINO, K. & MASUDA, S. 2004. [Validation of a Japanese research version of the Maslach Burnout Inventory-General Survey]. *Shinrigaku kenkyu : The Japanese journal of psychology*, 75, 415-9.
- LEE, R. T. & ASHFORTH, B. E. 1996. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *The Journal of applied psychology*, 81, 123-33.
- LEGENDRE, N. 2006. Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes. *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques*, 501.
- LEGERON, P., CHAPERON, A.-F., CARIOU, A.-M. & MARIE-CLAIRE, T.-U. 2008. Bien gérer son stress pour éviter le "burn-out". *Quintessence*, vie professionnelle.
- LEGGAT, P. A., CHOWANADISAI, S., KEDJARUNE, U., KUKIATTRAKOON, B. & YAPONG, B. 2001. Health of dentists in southern Thailand. *International dental journal*, 51, 348-52.

- LEGGAT, P. A., KEDJARUNE, U. & SMITH, D. R. 2007. Occupational health problems in modern dentistry: a review. *Industrial health*, 45, 611-21.
- LEJOYEUX, M. 2004. Le stress. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 131, 945-6.
- LEROY, M. S. & LE GOAZIOU, M. F. 2007. Recherche. Femmes medecins, pharmaciennes, dentistes... Quelle qualite de vie? *Revue du praticien médecine générale*, 21, 681-683.
- LOGAN, H. L., MULLER, P. J., BERST, M. R. & YEANEY, D. W. 1997. Contributors to dentists' job satisfaction and quality of life. *The Journal of the American College of Dentists*, 64, 39-43.
- LUU, M. 2006. Acupuncture et douleurs chroniques rhumatologiques : Analyse de la littérature 2000-2005. *Douleurs*, 7.
- MALAMED, S. F. 2010. Knowing your patients. *Journal of the American Dental Association*, 141 Suppl 1, 3S-7S.
- MALENFANT, N. 2011. L'épuisement professionnel : comprendre pour mieux agir. *Métiers de la petite enfance*, 169.
- MARZOUK, R. 1999. Le stress du chirurgien-dentiste. *Clinic*, 20, 191-193.
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. 1981. *Maslach burnout inventory*, Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C. & LEITER, M. P. 1997. *The truth about burnout : how organizations cause personal stress and what to do about it*, San Francisco, Calif., Jossey-Bass.
- MASLACH, C. & LEITER, M. P. 2008. Early predictors of job burnout and engagement. *The Journal of applied psychology*, 93, 498-512.
- MASLACH, C. & LEITER, M. P. 2010. Reversing burnout: How to rekindle your passion for your work. *IEEE Eng Manage Rev IEEE Engineering Management Review*, 38, 91-96.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B. & LEITER, M. P. 2001. Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422.

- MELLOR, A. C. & MILGROM, P. 1995. Dentists' attitudes toward frustrating patient visits: relationship to satisfaction and malpractice complaints. *Community dentistry and oral epidemiology*, 23, 15-9.
- MOORE, R. & BRODSGAARD, I. 2001. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29, 73-80.
- MURTOMAA, H., HAAVIO-MANNILA, E. & KANDOLIN, I. 1990. Burnout and its causes in Finnish dentists. *Community dentistry and oral epidemiology*, 18, 208-12.
- MURTOMAA, H. & LEHTINEN, R. 1984. Continuing education: attitudes and activities of Finnish dentists. *Acta odontologica Scandinavica*, 42, 199-203.
- MYERS, H. L. & MYERS, L. B. 2004. 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *British dental journal*, 197, 89-93; discussion 83; quiz 100-1.
- NAIDU, R., NEWTON, J. T. & AYERS, K. 2006. A comparison of career satisfaction amongst dental healthcare professionals across three health care systems: comparison of data from the United Kingdom, New Zealand and Trinidad & Tobago. *BMC health services research*, 6, 32.
- NANCY, D. 2009. La dépression n'épargne pas les dentistes. *Journal Forum de l'Université de Montréal*.
- NASSE, P. & LEGERON, P. 2008. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. *Rapport remis à Xavier Bertrand, ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité*.
- NEWTON, J. T., ALLEN, C. D., COATES, J., TURNER, A. & PRIOR, J. 2006. How to reduce the stress of general dental practice: the need for research into the effectiveness of multifaceted interventions. *British dental journal*, 200, 437-40.
- OSKAMP, S. & SOCIETY FOR THE PSYCHOLOGICAL STUDY OF SOCIAL, I. 1984. *Applied social psychology annual. Volume 5*, Beverly Hills, Sage.
- PAINE, W. S. 1982. *Job stress and burnout : research, theory, and intervention perspectives*, Beverly Hills, Sage Publications.

- PAVAO, T. S., VIANNA, P., PILLAT, M. M., MACHADO, A. B. & BAUER, M. E. 2010. Acupuncture is effective to attenuate stress and stimulate lymphocyte proliferation in the elderly. *Neuroscience letters*, 484, 47-50.
- PEREZ-PADRON, M., BERNABE, E., GOMEZ-SANTOS, G., TSAKOS, G. & LOZANO DE LUACESS, V. 2010. Healthy mind and body in a healthy work environment. *International dental journal*, 60, 395-8.
- PERLMAN, B., HARTMAN, E. A., EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION, C. & ROCKY MOUNTAIN PSYCHOLOGICAL, A. 1981. *Burnout : summary and future research*, Washington, D.C, Educational Resources Information Center.
- PETERS, R. K., BENSON, H. & PETERS, J. M. 1977a. Daily relaxation response breaks in a working population: II. Effects on blood pressure. *American journal of public health*, 67, 954-9.
- PETERS, R. K., BENSON, H. & PORTER, D. 1977b. Daily relaxation response breaks in a working population: I. Effects on self-reported measures of health, performance, and well-being. *American journal of public health*, 67, 946-53.
- PINES, A. & KAFRY, D. 1978. Occupational tedium in the social services. *Social Work*, 23, 499-507.
- POZOS-RADILLO, B. E., GALVAN-RAMIREZ, M. L., PANDO, M., CARRION MDE, L. & GONZALEZ, G. J. 2010. Comparative inter-institutional study of stress among dentists. *Acta odontologica latinoamericana : AOL*, 23, 222-7.
- PURIENE, A., ALEKSEJUNIENE, J., PETRAUSKIENE, J., BALCIUNIENE, I. & JANULYTE, V. 2011. Occupational Effects on the Family Well-being of Dentists in Lithuania: A Survey of Dentists. *Medicina*, 47, 399-404.
- RATZON, N. Z., YAROS, T., MIZLIK, A. & KANNER, T. 2000. Musculoskeletal symptoms among dentists in relation to work posture. *Work*, 15, 153-158.
- RICE, C. D., HAYDEN, W. J., GLAROS, A. G. & THEIN, D. J. 1997. Career changers: dentists who choose to leave private practice. *The Journal of the American College of Dentists*, 64, 20-6.

- RIGAL, E. & MICHEAU, J. 2007. le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*.
- ROTH, S. F., HEO, G., VARNHAGEN, C., GLOVER, K. E. & MAJOR, P. W. 2003. Job satisfaction among Canadian orthodontists. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 123, 695-700.
- ROUSSILLON, S. & DUVAL-HAMEL, J. 2006. *Le stress des dirigeants : mythe, compétence clé, risque pour l'entreprise ?*, Écully (23 Av. Guy-de-Collongue, 69132 Cedex), EM Lyon.
- SAYEGH GHOUSSOUB, M., GHOUSSOUB, K., MOUCHARRAFIEH, L., KHOURY, A., SLEILATY, G. & RIFAI, K. 2005. [Musculo-skeletal problems among Lebanese dental surgeons. Occurrence and risk factors]. *Le Journal medical libanais. The Lebanese medical journal*, 53, 21-7.
- SCHAUFELI, W., MASLACH, C. & MAREK, T. 1993. *Professional burnout : recent developments in theory and research*, Washington, DC, Taylor & Francis.
- SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P. & MASLACH, C. 2009. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204-220.
- SCHAUFELI, W. B. & VAN DIERENDONCK, D. 1995. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological reports*, 76, 1083-90.
- SHARMA, P. & GOLCHHA, V. 2011. Awareness among Indian dentist regarding the role of physical activity in prevention of work related musculoskeletal disorders. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*, 22, 381-4.
- SHUGARS, D. A., HAYS, R. D., DIMATTEO, M. R. & CRETIN, S. 1991. Development of an instrument to measure job satisfaction among dentists. *Medical care*, 29, 728-44.

- SINTES, J.-R. 2007. Le stress : une réalité qui demande d'agir. *Réalités Cliniques*, 18, 83-96.
- SMITH, D. R. & LEGGAT, P. A. 2006. A comparison of tobacco smoking among dentists in 15 countries. *International dental journal*, 56, 283-8.
- TE BRAKE, H., BLOEMENDAL, E. & HOOGSTRATEN, J. 2003. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community dentistry and oral epidemiology*, 31, 321-7.
- TE BRAKE, H., EIJKMAN, M., HOOGSTRATEN, J. & GORTER, R. 2005. Dentists' self assessment of burnout: an internet feedback tool. *International dental journal*, 55, 119-26.
- THÉRY-HUGLY, M.-C. 2008. Le burn out n'est pas une fatalité. *L'information dentaire*, 38.
- TIGRID, D. & SINTES, J.-R. 2009. Bien gérer son stress : notre qualité de vie en dépend! *Journal Officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl*, 214, 19.
- TOUSSAINT, M. 2000. Démasquez votre stress : mieux vaut prévenir que guérir. *Les cahiers de l'ADF*, 7, 12-17.
- WOLF, C. A. & RAMSEIER, C. A. 2012. [The image of the dentist. Part 1: Results of a literature search]. *Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia / SSO*, 122, 121-32.
- WOLFE, G. A. 1981. Burnout of therapists: inevitable or preventable? *Physical therapy*, 61, 1046-50.
- WYLL, S. L. 1981. Stress prevention in dentistry. *International journal of orthodontics*, 19, 17-8.
- YUEN, M., LAU, P. S., SHEK, D. T. & LAM, M. P. 2002. Confirmatory factor analysis and reliability of the Chinese version of the Maslach Burnout Inventory among guidance teachers in Hong Kong. *Psychological reports*, 91, 1081-6.

ANNEXE

1. Lettre explicative de l'étude envoyée aux chirurgiens dentistes

Camelot Frédéric

Nancy, le 27 mars 2011

1 rue de l'église

Feurg

70100 BOUHANS-ET-FEURG

Chère consoeur, cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude portant sur les conditions d'exercice professionnel de chacun d'entre-nous, je vous remercie de bien vouloir me retourner le questionnaire ci-joint dûment complété.

Ce questionnaire anonyme porte sur le risque psychosocial chez les chirurgiens dentistes. Une première étude a déjà été réalisée en 1987 et votre collaboration serait utile afin de pouvoir comparer ces résultats avec ceux obtenus il y a 24 ans (une génération entière de praticiens).

De plus j'ai le plaisir d'avoir le soutien du Conseil Départemental du Bas-rhin ainsi que de l'UJCD pour cette étude.

Si vous souhaitez être informé(e) des conclusions de cette présente étude, veuillez nous indiquer votre adresse électronique sur une feuille séparée afin de préserver votre confidentialité.

Dans l'attente de votre réponse, je vous adresse, ma chère consoeur, mon cher confrère, mes sincères salutations.

2. Demande au conseil de l'Ordre Départemental des Chirurgiens Dentistes

Le 16 Mars 2011

Objet : Thèse d'exercice

Mr le Président

Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse d'exercice : « stress chez le chirurgien-dentiste, étude comparative des années 1987 et 2011 dans les départements du Bas-Rhin et de la Moselle ».

Je veux réaliser une enquête auprès des chirurgiens-dentistes du Bas-Rhin et de Moselle sur leurs conditions de travail. Ce questionnaire avait été fait quelques années auparavant par mon maître de thèse, le Dr. Marc Engels-Deutsch un travail de comparaison sur plus de 20 années est donc envisageable.

J'aurais besoin de votre soutien pour l'envoi postal des questionnaires. Des étiquettes autocollantes pour enveloppes avec coordonnées des praticiens de votre département me seraient d'une grande aide.

L'UJCD, par le biais du Dr Christine Constans m'aide financièrement pour l'envoi postal des courriers auprès de 300 dentistes de chaque département concerné.

L'étude est bien entendu anonyme et respecte la confidentialité de chaque praticien.

Je vous joins une version de réponses informatisées de mon questionnaire comme aperçu. Quelques changements dans les questions peuvent encore survenir car j'attends la correction du Professeur Christophe Paris, chef du service de pathologie professionnelle de Nancy.

J'aurais aimé envoyer mon questionnaire par mail mais je ne peux rassembler que moins d'une centaine de mails par département.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués

Frédéric Camelot, Étudiant en TCEO1 à la faculté d'odontologie de Nancy

CAMELOT Frédéric - Le risque psychosocial en odontologie : enquête
parmi les chirurgiens dentistes de l'Est de la France

Nancy 2012 : f. : 230 ; ill : 80

Th : Chir-Dent : Nancy 2012

Mots-Clés :

Stress
Risque psychosocial
Burnout
Chirurgien dentiste

CAMELOT Frédéric - Le risque psychosocial en odontologie :
Enquête parmi les chirurgiens dentistes de l'Est de la France

Th : Chir-Dent : Nancy 2012

Le risque psychosocial est élevé chez les professionnels de santé, particulièrement chez les chirurgiens dentistes. Les données de la littérature internationale précisent les notions de stress et de burnout, particulièrement chez les soignants et pour quelques rares études chez les odontologistes. Le stress chronique, le burnout cousin de la dépression grave, peuvent conduire au suicide ou ses équivalents (alcoolisme, renoncement, relationnel perturbé dans le cadre professionnel mais aussi personnel et familial).

L'auteur a enquêté par questionnaire les chirurgiens dentistes de Lorraine et du Bas-Rhin en 2011 soit 692 réponses. Le questionnaire intègre celui de la thèse du Dr ENGELS-DEUTSCH (Le stress en chirurgie dentaire – 1987).

Les résultats de ce travail sont édifiants : il permet d'identifier un groupe de professionnels à risque associant une surcharge de travail, des difficultés relationnelles autant avec les collègues et collaborateurs qu'avec leur famille, une tendance nette à la gestion de l'anxiété par les addictions communes.

La comparaison des données avec celles relevées il y a 25 ans, indique que les chirurgiens dentistes sont plus inquiets et plus anxieux aujourd'hui alors que les conditions psychosociales n'ont pas l'air de se dégrader de manière significative.

Des pistes de réflexions sont ensuite développées afin de prévenir le risque de burnout dès la formation initiale et d'adapter des thérapeutiques qui pourraient soulager le stress professionnel.

JURY :	Président	Pr J.-P. LOUIS	Professeur des Universités
	Juge	<u>Dr M. ENGELS-DEUTSCH</u>	Maître de Conférences
	Juge	Dr C. CLEMENT	Maître de Conférences
	Juge	Dr P. BRAVETTI	Maître de Conférences

CAMELOT Frédéric
91D, avenue de Strasbourg
54000 NANCY

Jury : Président : J.P.LOUIS – Professeur des Universités
Juges : M.ENGELS-DEUTSCH - Maître de Conférence des Universités
P.BRAVETTI – Maître de Conférence des Universités
C.CLEMENT – Maître de Conférence des Universités

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Monsieur CAMELOT Frédéric, Julien**

né(e) à: **BELFORT (Territoire de Belfort)**

le **14 juin 1983**

et ayant pour titre : « **Le risque psychosocial en Odontologie . Enquête parmi les chirurgiens dentistes de l'est de la France.** »

Le Président du jury,



J.P.LOUIS

Le Doyen
de la Faculté d'Odontologie



FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE
96 av. de la Faculté d'Odontologie
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
NANCY CEDEX
54003 NANCY I
J.M. MARFRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 4021

NANCY, le 14.06.2012

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT

